

MOVILIZÁNDONOS POR JUSTICIA Y DIGNIDAD EN SALUD



Dossier

Diagnósticos, propuestas y articulaciones sociales
por el Derecho a la Salud

Dossier

Diagnósticos, propuestas y articulaciones sociales por el Derecho a la Salud

Fundación Educación Popular en Salud, EPES

Equipo responsable:

María Eugenia Calvin Pérez

Sandra Castañeda Contreras

Isabel Díaz Medina

Lautaro López Stefoni

Anita Peña Saavedra

Impresión: Octubre 2013

Dibujos: Francisco Pancho Ramos

Diagramación e Impresión: Caupolicán Servicios Gráficos - F. 26716467

Contacto: epes@entelchile.net

Permitida su reproducción citando la fuente

MOVILIZÁNDONOS POR JUSTICIA Y DIGNIDAD EN SALUD



Dossier

Diagnósticos, propuestas y articulaciones sociales
por el Derecho a la Salud

EPES
Fundación
Educación Popular en Salud

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
1. EXPERIENCIAS DE PARTICIPACIÓN EN SALUD	6
1.1 Participación en salud impulsada por el gobierno de la Unidad Popular	6
1.2 Coordinadoras Metropolitana de Salud Poblacional	8
2. MESAS DE SALUD: EXPERIENCIAS DE ARTICULACIÓN DE ORGANIZACIONES SOCIALES, GREMIOS DE LA SALUD Y ORGANIZACIONES DE USUARIOS/AS.....	11
2.1 Mesa de Salud Región del Biobío	11
2.2 Mesa de Salud Región del Maule	12
2.3 Mesa Social por la Salud	15
3. DIAGNÓSTICOS Y PROPUESTAS DE LAS REGIONES DE VALPARAÍSO Y DEL MAULE.....	18
3.1 Metodología de las Jornadas Regionales	18
3.2 Región de Valparaíso	18
3.3 Región del Maule.....	27
4. COMENTARIOS FINALES.....	26
BIBLIOGRAFÍA

PRESENTACIÓN

La iniciativa Movilizándonos por Justicia y Dignidad en Salud, impulsada por EPES, en el año 2012 implicó el desarrollo de Jornadas destinadas al diagnóstico y levantamiento de propuestas en las regiones de Tarapacá, Metropolitana y Biobío; la implementación de un fondo comunitario de proyectos, el desarrollo de la I Asamblea Interregional y la publicación de un Dossier que sistematiza los resultados de la Jornadas regionales y las propuestas surgidas desde los proyectos ejecutados por 14 organizaciones. Además de un trabajo comunicacional, dirigido a difundir las acciones y la propuesta de articulación de organizaciones sociales, gremiales y de usuarios/os, en la perspectiva de posicionar en el debate público la salud como derecho.

En el primer semestre de 2013, EPES impulsó la realización de Jornadas Regionales con organizaciones sociales de Valparaíso y el Maule, por lo que este documento tuvo como propósito inicial sistematizar los resultados de estas Jornadas. Sin embargo, el escenario social y político generado por la activa movilización de las y los estudiantes, y las acciones conmemorativas de los 40 años del golpe de Estado, nos llevaron como equipo a re-evaluar este objetivo inicial, decidiendo finalmente, elaborar un documento que además de abordar lo que ya estaba comprometido con las organizaciones, permitiera contextualizar la experiencia de la iniciativa “Movilizándonos por Justicia y Dignidad en Salud”. Es decir, exponer las propuestas y estrategias que diversas organizaciones están actualmente impulsando, en la perspectiva de conquistar la salud como un derecho que debe ser garantizado por el Estado, en un proceso de larga data, que da cuenta de la activa participación que han tenido los movimientos sociales en la lucha por sus derechos y en la construcción del sistema de salud.

Este documento considera tres capítulos. En el primero que llamamos Experiencias de Participación en Salud, abordamos la participación impulsada desde el gobierno de la Unidad Popular y la experiencia de coordinación protagonizada hacia finales de la década del 80, por mujeres pobladoras integrantes de grupos de salud, que dieron origen a la Coordinadora Metropolitana de Grupos de Salud Poblacional.

En el segundo apartado se presentan las experiencias de las Mesas de Salud, que son formas de articulación de organizaciones sociales, de usuarios/as, y gremios de la salud, que se han constituido en la regiones del Biobío, del Maule y a nivel nacional, las cuales han ido avanzando en la construcción de una visión, acerca del nexo que deben tener los diversos actores sociales, para transformar el sistema de salud vigente.

En el tercer capítulo, presentamos los resultados de las Jornadas Regionales realizadas en la región de Valparaíso y del Maule, dando cuenta de diagnósticos y propuestas por región.

En la última sección, reflexionamos acerca de los elementos de diagnóstico y propuestas que son comunes a las cinco regiones en las que hemos impulsado la iniciativa Movilizándonos por Justicia y Dignidad en Salud. Se esbozan también algunas ideas o desafíos que consideramos están presentes en el proceso de articulación de organizaciones sociales, gremiales y de usuarios/as, en las regiones en donde se está impulsando la estrategia de conformación de mesas de salud.

1. EXPERIENCIAS DE PARTICIPACIÓN EN SALUD

1.1 Participación en salud impulsada desde el gobierno de la Unidad Popular

El proceso de la Unidad Popular (1970-1973) tiene especial visibilidad el 2013 al conmemorarse 40 años del golpe de Estado, que de manera brutal terminó con la concreción del programa de gobierno del presidente Salvador Allende, cuyo contenido expresó las expectativas de transformación social de los sectores populares.

En Chile como en otros países latinoamericanos la existencia de Estados redistributivos (Garcés 2006), obedeció a procesos históricos, sociales y políticos, en los cuales los movimientos sociales han tenido un rol protagónico. A principios del siglo XX surge el movimiento obrero, cuyas organizaciones fueron capaces de instalar sus demandas y propuestas en relación a legislación laboral, condiciones de trabajo y previsión, que obligaron a la clase política a negociar intereses y generar respuestas desde el Estado. Posteriormente, la irrupción del movimiento de pobladores/as en los primeros años de la década del 50 que a partir de sucesivas tomas de terreno, cambio la configuración de las ciudades y fue ampliando su influencia constituyéndose a inicios de la década del 70, en un actor político relevante.

El marco legal e institucional en materia de salud y seguridad social vigente hasta el golpe militar, da cuenta de la pugna de intereses de los distintos actores. La Ley 10.383 de 1952 que creó el Servicio de Seguro Social y el Servicio Nacional de Salud (SNS), que fue precedida por un largo período de confrontación de visiones acerca del carácter que debería tener este sistema, “aparece como el resultado político-institucional de las formas de relación entre el movimiento popular en todas sus expresiones y el Estado, en cuyo seno predominaron las tendencias conservadoras, pero fuertemente influido por los sectores medios ilustrados, en especial las organizaciones médicas”. (Molina, 2010, p. 125)

Sin embargo, el Servicio de Seguro Social fue una institución que estuvo por debajo de las expectativas de los trabajadores organizados y el Servicio Nacional de Salud “fue objeto de políticas contradictorias y antagónicas con su doctrina fundacional”. (Molina, 2010, p.125)

El gobierno de la Unidad Popular pretendió poner en práctica los principios que inspiraron la creación del Servicio Nacional de Salud, criticando la “doble administración en el seno del SNS. Por un lado, la estructura y las líneas de administración regulares y por otro las líneas de atención por el sistema de

medicina curativa del SERMENA. Actuando en los mismos locales, con los mismos equipos, instrumental e insumos, los médicos especialmente obedecen a dos líneas de autoridades derivadas de dos fuentes y sistemas de pago y, sobretudo con dos niveles de remuneraciones distintas. Esta situación de hecho ha impedido implantar orden, racionalidad, disciplina, agilidad administrativa e igualdad de trato”. (Requena, 1972, citado por Molina, 2010 pp. 169-170)

Salvador Allende, al asumir la Presidencia de la República en 1970, empuñó con determinación la bandera estratégica del Servicio Único de Salud, que sería “capaz de otorgar asistencia médica eficiente, oportuna, igualitaria, continua, suficiente y gratuita” (Allende, 1971, citado por Molina, 2010 p. 167), financiado solamente con recursos del Tesoro Nacional, que acabaría con las discriminaciones existentes, incluiría la participación comunitaria y, mediante un conjunto de políticas sociales redistributivas mejoraría la calidad de los servicios, incentivaría la elevación de las condiciones de vida, la equidad en el acceso y la calidad en la asistencia.

Cuarenta medidas tuvo el programa de Allende y doce fueron específicamente en salud, en las que destaca el énfasis puesto en los determinantes sociales de la salud (cuadro N°1).

En palabras del ex Ministro de Salud Juan Carlos Concha estas medidas implicaron:

- Participación de los trabajadores de la salud en la conducción de la política sanitaria, al incorporarlos al Consejo Nacional de Salud, que dirigía la salud pública en Chile
- Contratación plena de los profesionales y técnicos graduados en los años 1971 y 1972
- Ampliación de la matrícula universitaria para las disciplinas de la salud
- Instalación del programa de alimentación complementaria. El popular “medio litro de leche” que implicó cuadruplicar el programa tradicional, y llegó a distribuir medio millón de litros de leche por año a todos los niños chilenos, a las embarazadas y a las nodrizas
- Drástico abaratamiento de los medicamentos,
- Acceso a la asistencia médica a libre disposición de los ciudadanos

En septiembre de 1971, mediante el Decreto Supremo 602, se crearon los Consejos Locales de Salud en cada

Cuadro Nº 1

Medidas de Salud del Programa de Gobierno de Salvador Allende

1. CONTROL DEL ALCOHOLISMO: Combatiremos el alcoholismo no por los medios represivos, sino por una vida mejor y erradicaremos el clandestinaje.
2. PREVISIÓN PARA TODOS: Incorporaremos al sistema previsional a los pequeños y medianos comerciantes, industriales y agricultores, trabajadores independientes, artesanos, pescadores, pequeños mineros, pirquineros y dueñas de casa.
3. EL NIÑO NACE PARA SER FELIZ: Daremos matrícula completamente gratuita, libros, cuadernos y útiles escolares sin costo, para todos los niños de la enseñanza básica.
4. MEJOR ALIMENTACIÓN PARA EL NIÑO: Daremos desayuno a todos los alumnos de la enseñanza básica y almuerzo a aquellos cuyos padres no se lo puedan proporcionar.
5. LECHE PARA TODOS LOS NIÑOS DE CHILE: Aseguraremos medio litro de leche diaria como ración a todos los niños de Chile.
6. CONSULTORIO MATERNO-INFANTIL EN SU POBLACIÓN: Instalaremos consultorios materno-infantiles en todas las poblaciones.
7. CASA, LUZ, AGUA POTABLE PARA TODOS: Realizaremos un plan de emergencia para la construcción rápida de viviendas y garantizaremos el suministro de agua por manzana y luz eléctrica.
8. ASISTENCIA MÉDICA Y SIN BUROCRACIA: Eliminaremos todas las trabas burocráticas y administrativas que impiden o dificultan la atención médica de imponentes y cesantes.
9. MEDICINA GRATUITA EN LOS HOSPITALES: Suprimiremos el pago de todos los medicamentos y exámenes en los hospitales.
10. NO MÁS ESTAFA EN LOS PRECIOS DE LOS REMEDIOS: Rebajaremos drásticamente los precios de los medicamentos, reduciendo los derechos e impuestos de internación de las materias primas.
11. NO MÁS IMPUESTOS A LOS ALIMENTOS: Terminaremos con las alzas de los impuestos que afectan a los artículos de primera necesidad.
12. EDUCACIÓN FÍSICA Y TURISMO POPULAR: Fomentaremos la educación física y crearemos campos deportivos en las escuelas y todas las poblaciones. Toda escuela y toda población tendrá su cancha. Organizaremos y fomentaremos el turismo popular.

establecimiento del Servicio Nacional de Salud. Los Consejos estaban integrados por representantes de las organizaciones poblacionales y unidades vecinales, sindicatos urbanos, consejos campesinos y de trabajadores de la salud, así como consejos paritarios entre funcionarios de la salud y representantes de organizaciones campesinas y sindicales. Esto se repetía en los distintos niveles de la estructura sanitaria nacional. (Amar et. al 2008, pp.179-180).

Si bien por ley no se establecía la participación en la toma de decisiones de los Consejos, la revitalización de la participación de las organizaciones comunitarias en salud, fue una práctica promovida precisamente, para generar campañas de salud con directa acción de la comunidad, ejemplo de ello fueron las brigadas de salud, organizaciones populares en gran medida responsables de la significativa reducción de la malnutrición, mortalidad materna e infantil por bronconeumonía y diarrea iniciada en la década de 1970. (Hadjez, 2012, p.27).

La participación iba de la mano con el proceso de unificación del sistema de salud, lo cual generó conflicto de intereses que se expresaron en la férrea oposición que encontraron estas medidas en el gremio médico, puesto que el gobierno de Allende, buscó eliminar los contenidos privatizadores de la Ley de Medicina Curativa de 1968, como la intermediación mercantil de la relación médico-paciente junto al pago por acto médico. En 1972 el convenio interinstitucional entre el SNS, SERMENA y Ministerio de Salud, determinaba el

pleno cumplimiento de los derechos de atención médica para los beneficiarios de la ley en el ámbito del SNS en todo el país, eliminación del cheque-bono como instrumento de pago asociado a la relación individual entre el médico y el paciente, conservando la libre elección del establecimiento, suprimiendo todo pago o copago de los beneficiarios por las hospitalizaciones, reservando el 15% de todos los pagos interinstitucionales para ser invertido en el mejoramiento de equipos e infraestructura de los servicios, generando un proceso de pago del SERMENA al SNS, sobre la base de una tarifa única. (Molina, 2010, p. 171)

El interés de las organizaciones populares, su compromiso con el sistema público de salud y con el gobierno popular, quedó de manifiesto durante las huelgas impulsadas por el Colegio Médico en los años 1972 y 1973, En ese contexto, las organizaciones comunitarias y los trabajadores de salud no médicos, permitieron mantener el funcionamiento de muchos policlínicos. (Hadjez, 2012p.11).

Se puede decir entonces que la construcción del sistema de salud chileno hasta 1973, como todo proceso social y político, es fruto de la confrontación de fuerzas políticas, ideológicas y no solo de saberes técnicos. De tal forma, los avances en materia de salud y previsión social, son el resultado del balance de fuerzas y consensos parciales, que un determinado contexto histórico permitió construir.

22 La ley Nº16.781 ofrecía un Sistema de Libre Elección a empleados públicos, privados, activos o jubilados junto a sus familias. El Sistema de Libre Elección consistía en un mecanismo de bonificación estatal de las prestaciones que permitía elegir libremente el médico o la institución en que cada individuo deseaba ser atendido.

1.2 Coordinadora Metropolitana de Salud Poblacional

Desde los primeros años de la dictadura militar las mujeres se organizaron para resolver los problemas de subsistencia en ollas comunes, comedores, comprando juntos y en grupos o comités de salud. Muchas de las agrupaciones de salud, nacieron en torno a policlínicos solidarios creados por las iglesias para atender las necesidades de salud de las personas afectadas directamente por la represión y deterioro de la salud pública. Paulatinamente, estos servicios solidarios ampliaron su acción hacia los habitantes de los sectores poblacionales en donde se ubicaban.

Los comités y grupos de salud estaban integrados por una mayoría de mujeres, quienes realizaban actividades de apoyo en la atención de salud, incluyendo de manera progresiva actividades de prevención en salud.

En 1986 y en un contexto político-social que demandaba la articulación del tejido social, los grupos de salud dan inicio a partir de la constitución de coordinaciones zonales, al proceso que llevó a la formación de la Coordinadora Metropolitana de Salud Poblacional:

“Nosotras vimos que habían otras organizaciones, otros grupos de salud, y sentimos que teníamos que juntarnos para hacer más presión. El pueblo unido jamás será vencido decíamos. Empezamos con una coordinación de la zona sur donde estaban todos los grupos de salud. Ahí nos juntamos en alguna Vicaría porque era peligroso, desaparecía gente”.

“Ese fue el año decisivo en donde ya habían empezado las negociaciones (para la transición a la democracia). Fue un momento político en donde lo que hicimos fue más bien un experimento de organización”.

Con el apoyo de organizaciones eclesiales y no gubernamentales⁴, los grupos de salud coordinados por zona, generaron un proceso articulador que les permitió conocer las realidades de otras comunidades.

“Con todo lo que significaba el miedo, nosotras igual buscamos las instancias para juntarnos y saber qué estaba pasando en la Santa Adriana, en San Bernardo. Comenzamos con la constituyente por las zonas, norte, sur, y nororiente. También habían otras organizaciones, como grupos de derechos humanos, comprando juntos, de mujeres”.

En el proceso de encontrarse y compartir sus experiencias, los grupos fueron forjando una identidad que trascendió los límites de sus respectivas poblaciones, reconociendo sus prácticas de trabajo comunitario, sus visiones acerca de la salud, la relación con las instituciones de apoyo, los saberes

propios de cada grupo. De allí que la voluntad de articularse a nivel metropolitano, aparece como la consecuencia lógica de un proceso de construcción de identidad colectiva.

“Los del Colegio Médico convocaron a una jornada en el verano, y en esa reunión algunos de los dirigentes comenzamos a pensar que la discusión era siempre la misma y nos preguntamos qué propuestas teníamos nosotras. No existía una organización de salud de los pobladores grande. Los grupos no estaban coordinados a nivel nacional, ni metropolitano. Por eso hicimos la propuesta de convocar a una asamblea en la que participaran todos los grupos de Santiago, para ver si podíamos hacer una organización metropolitana de grupos de salud. Nosotras quedamos a cargo. Nosotras queríamos armarlo desde adentro, permitirle a la gente que participara. La Metropolitana fue una idea que nació de repente. Yo creo que estaba incubada en nuestras mentes. Habíamos pensado muchas veces en una cosa así”.

En ese grupo había gente de la zona norte, gente de la Vicaría sur, estaba la Guillermina de La Victoria, había una mujer que pertenecía al grupo de la Parroquia Santa Adriana y había otra mujer que me parece era de la zona norte, pero no recuerdo su nombre. Estaba el Iván que era del grupo de los Salud de nosotras y el Manuel creo que era de la zona norte. Muy pocos hombres participaban de grupos de salud”.

La idea de una organización metropolitana de los grupos de salud, fue haciéndose realidad a partir de su validación en las coordinaciones zonales de los grupos de salud.

“Teníamos gente en todos lados. De la José María Caro, de Maipú, en la zona norte, en la zona sur. Íbamos a reuniones a todas partes, nos estábamos organizando. Fue difícil porque se nombró una Constituyente donde había gente de todas las zonas. Al final esos fueron los dirigentes”.

Primero como Constituyente y luego como Coordinadora Metropolitana de Salud Poblacional, la organización realizó dos Jornadas Nacionales, en las que se buscó fortalecer la identidad de la organización. La primera tuvo como eje de reflexión “Los pobladores por el derecho a la salud” y la segunda “La organización como necesidad básica”. En el discurso inaugural de la II Jornada las dirigentas plantearon desafíos para generar cambios de fondo.

“Nuestro objetivo va más allá de nosotros, como personas o integrantes de organizaciones populares, porque nos sentimos involucrados en este quehacer como pobladores. Sabemos que debemos desarrollar una organización con la fuerza suficiente que nos

3 Los testimonios que aquí se señalan corresponden a transcripciones de las entrevistas realizadas en el mes septiembre de 2013 a Rosa Quintanilla y Mónica Maldonado, ambas dirigentas de la Coordinadora Metropolitana de Salud Poblacional. Las fotografías son del archivo fotográfico de Fundación EPES, todas las imágenes corresponden al registro de la II Jornada Nacional “Salud Poblacional” realizada en el colegio Juan Pablo II el año 1989.

4 En ese período los grupos de salud fueron apoyados en esta iniciativa por la Vicaría de la Solidaridad, la Iglesia Metodista y Organismos no gubernamentales como CIASPO; Colectivo de Atención Primaria y EPES.

permitiera ser parte activa en la construcción de nuestro proyecto de salud como pueblo. Compañeras es amplia y grande nuestra tarea y estamos seguros que podemos ser actores en la lucha social y política por nuestras reivindicaciones en la salud, y nuestra experiencia aportaría a desarrollar una verdadera y democrática concepción de cómo debiera ser la participación social en salud, desarrollando programas, políticas y leyes que nos lleven a cambios estructurales” (Documento final de la II Jornada Nacional de Trabajo, 1989)⁵.

La Coordinadora Metropolitana emergió visibilizando la salud en las poblaciones, la historia, las acciones impulsadas por las organizaciones sociales, las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas de los sectores populares. La definición de salud integral que construyó la organización, se sustenta en una visión de derechos y en la comprensión de que los procesos de salud y enfermedad tienen como base las condiciones sociales, económicas y políticas en que viven las personas.

Como grupos organizados en torno a la salud tenemos nuestro propio concepto de salud: Salud Integral y Popular, en el cual la salud no es sólo ausencia de enfermedad, sino vivienda y trabajo digno, la alimentación y el vestuario adecuado, educación para todos, recreación y desarrollo físico y mental en un medio ambiente libre de la contaminación y represión, con acceso igualitario a la salud y una real participación en la decisiones. (Propuesta de Salud de la Coordinadora Metropolitana de Salud Poblacional en 1990) .



Con este concepto integral de salud, la Coordinadora Metropolitana buscó transformar la visión que instituye el modelo bío-médico vigente y aportar desde su actoría como organización popular, en el contexto de transición y democratización de la sociedad chilena.

La salud como producto social responde a un proyecto de sociedad, a la visión que tiene un pueblo acerca del modo en que se cautelan los derechos y la dignidad humana. El proceso de participación de los grupos de salud en la década de los 80, se dio en un contexto de caída de las condiciones de vida, de profunda vulneración de los derechos humanos, de exclusión económica, política y social. Esta pérdida de derechos y sentido de haber aportado en la década del 70 a la construcción de un sistema de salud diferente, queda de manifiesto en lo que señala Rosa Quintanilla.

“La salud que había en Chile para el 73 era una salud que se había ganado a pulso, no era una cosa que nos regalaron. En la dictadura se nos robó todo, no avanzamos nada. Retrocedimos respecto de lo que teníamos el 73, tanto en salud, como en educación y en calidad de vida”.

Las propuestas presentadas a la comisión de salud del primer gobierno de transición incluían 16 medidas inmediatas y legislativas (Ver cuadro N°2), las que dan cuenta de la necesidad de cambios estructurales dirigidos a transformar la institucionalidad de salud heredada de la dictadura militar, recuperar la salud como derecho garantizado por el Estado, garantizar la vigencia de otros derechos económicos y sociales, derechos políticos, derecho a la participación en salud, a generar canales para una efectiva participación en salud y atender situaciones específicas de salud.

La experiencia de la Coordinadora Metropolitana de Salud Poblacional, muestra la necesidad de articulación desde las y los actores populares a través de la identificación de sus problemáticas y especificidades de cada sujeto y su entorno. A su vez, sus propuestas sitúan la salud como derecho, postulando la necesidad de cambios legislativos que posibiliten garantizar este derecho, y avanzar hacia formas de participación vinculante.

La experiencia de la Coordinadora Metropolitana de Salud Poblacional, muestra que el sistema de salud en Chile requiere de una transformación estructural, que en el marco los derechos humanos, permita garantizar la salud como derecho y una participación protagónica de las organizaciones ciudadanas en su construcción.

5 Anexo D en Calvin y Grandón (1995) Monitoras de Salud. Trayectorias de Participación. EPES

Cuadro Nº 2

Medidas Inmediatas:

1. Proponemos cambiar la legislación vigente de manera de asegurar la efectiva representación de las organizaciones que se ha dado el pueblo durante los últimos 17 años. Los cambios en la legislación deben apuntar a eliminar el verticalismo y control de la población, que son la base de la actual Ley de Municipalidades. **1.1** La participación en salud no puede ser entendida como la simple consulta a la comunidad organizada en torno a los planes y programas elaborados por la autoridad, los grupos de salud y la comunidad organizada deben participar del debate, diagnóstico y elaboración de planes, políticas y programas de salud. **1.2** La participación de los grupos de salud y comunidad organizada en salud debe ser regulada jurídicamente, ya que no basta la buena voluntad de funcionarios del SNSS y de corporaciones municipales para abrir espacios de participación; la participación debe ser asegurada legalmente como un derecho. **2.** La restauración del programa de alimentación complementaria (PNAC) de acuerdo a las cantidades entregadas hasta 1982. **3.** Desarrollo de un censo a nivel nacional para elaborar diagnósticos sobre la real situación de los problemas de salud física, mental y social del pueblo chileno. **4.** Que se asigne el 2% para catástrofes nacionales al presupuesto de salud de 1991. **5.** Que entren en funcionamiento postas rurales y periféricas con la infraestructura necesaria para atender las urgencias a nivel de la población, atendidas con personal calificado y otorgando atención dental y de especialidades.

Legislación en Salud:

1. Que el Estado asuma el rol de responsable de la salud del pueblo chileno y legisle entregando más recursos al sistema de salud en sus diferentes niveles, recuperando el porcentaje que tuvo el aporte fiscal entre los años 70-73. **2.** Que se reduzca la cotización de salud que hacen los trabajadores a un 2% de su sueldo o salario. **3.** Que se legisle para que el empresariado aporte un 4% al fondo de salud. **4.** Recuperar la articulación del Sistema Nacional de Salud. **5.** Que se elimine el financiamiento por atención prestada (FAP) **6.** Que el Estado sea el responsable directo de elaborar una política social y racional de medicamentos. **7.** Elaborar leyes en que el Estado asuma responsabilidad de prevención y educación

en salud, utilizando los espacios en televisión, radio y prensa para la difusión de información y para que la población pueda conocer sus derechos en salud. **8.** Acceso de la mujer organizada a la elaboración de planes y programas de salud de la mujer, los que deberían tener un carácter intersectorial, comprometiéndose a los Ministerios de Salud, Educación, Trabajo y SERNAM. **8.1** Educación sexual en todos los niveles de enseñanza formal, sustentada en el derecho de la mujer a conocer y decidir sobre su propio cuerpo, lo que permitirá a la mujer reconocer que junto con tener un papel específico en la reproducción biológica, tiene derecho a decidir el número de hijos y cuando desea tenerlos. **8.3** La educación sexual deberá superar el carácter biologicista, enfocando la sexualidad en su dimensión humana. **8.4** Los medios de comunicación deben contribuir a una amplia difusión de los contenidos de educación sexual, buscando formas adecuadas de hacer llegar estos mensajes a los distintos tipos de población. Además deberán comprometerse en abandonar la utilización de la mujer como objeto sexual. **8.5** Una educación sexual masiva permitirá superar tabúes y problemas de la sexualidad humana que no se tocan, pero que afectan a un número importante de mujeres; por ejemplo, en Chile se realizan más de 410 abortos al día y cada semana muere una mujer por esta causa...esta problemática no se discute y solo se legisla condenando esta práctica, sin considerar el carácter social de este problema. **8.6** Acabar con los tratos humillantes que sufre la mujer del pueblo en la atención de policlínicos, postas y hospitales mejorando la infraestructura y proporcionando los implementos necesarios para una atención digna. **8.7** Derecho a conocer y decidir informadamente sobre las acciones médicas practicadas sobre nuestro cuerpo y el de nuestros hijos. **9.** Implementar programas específicos de salud para los jóvenes. **10.** El medio ambiente afecta la salud por ello se deben tomar medidas con destinación de recursos para enfrentar el problema ecológico. **11.** La salud mental del pueblo y los derechos humanos son temas que merecen principal atención si pretendemos recuperarnos de las secuelas de la dictadura... se deben esclarecer los casos de atropellos a los derechos humanos cometidos por la dictadura, juicio y castigo a los culpables, no más impunidad, fin a la doctrina de seguridad nacional y represión a las organizaciones populares, de derechos humanos y minorías étnicas.

¡LA SALUD ES UN DERECHO Y NO UN PRIVILEGIO!



2. MESAS DE SALUD: EXPERIENCIA DE ARTICULACIÓN DE ORGANIZACIONES SOCIALES, GREMIOS DE LA SALUD Y USUARIOS/AS

2.1 Mesa Regional del Biobío. Por una salud oportuna, digna y gratuita

La Mesa Regional por la Salud (MRS) se define como un espacio autónomo y de carácter territorial, cuyos esfuerzos se orientan a visibilizar las causas estructurales de las falencias en el sistema público, las demandas, necesidades y propuestas de salud de la población. Desde su formación, el 20 abril de 2012, la MRS se ha propuesto crear espacios de diálogo entre las/os trabajadoras/es y usuarios, para avanzar en recuperar el carácter social de la Salud, como un derecho fundamental inalienable de toda la población, por ende no objeto de lucro.

La MRS está conformada por los gremios históricos de la salud en la región del Biobío FENATS, CONFUSAM, FENPRUSS, y de organizaciones vecinales, sindicales, de mujeres, feministas, culturales, estudiantes de la Universidad de Concepción (FEC y otros grupos organizados), y Fundación Educación Popular en Salud (EPES).

Para la MRS es un desafío construir un sistema público que garantice la salud para todas/os sin distinción socioeconómica, oportuna y de calidad, abordando los determinantes sociales de la salud. Para ello plantea la necesidad de trabajar en forma articulada desde lo comunal, regional y como sociedad para hacer realidad este derecho fundamental, desde un paradigma integral de salud, centrado en lo promocional y preventivo, que incorpore la participación activa de la comunidad y los equipos de salud.⁶

La iniciativa fundante de la MRS fue la participación el 2012 en el Plebiscito Nacional de Salud⁷, cuya tarea fue articular a los pobladores/as, estudiantes, trabajadores de la salud y organizaciones sociales, para realizar esta consulta pública en la región.

Encuentros hacia la construcción de una propuesta regional de salud

Para la MRS el programa de transformación de la salud y el fortalecimiento de la salud pública debe emerger de la convergencia de diagnósticos y propuestas de cientos y miles

de organizaciones sociales y de las/os trabajadores/as. A lo largo de su trabajo, la MRS ha generado diversas instancias para la reflexión y el debate en torno a los principales problemas que el sistema de salud público enfrenta y las causas estructurales que han conducido al precario estado en que se encuentra la atención en consultorios y hospitales.

No es casual que el gran desafío inaugural como mesa autónoma, fue la organización y convocatoria del Primer Encuentro Regional por la Salud, realizado el 25 de agosto de 2012 en la Universidad de Concepción.⁸

En esta misma línea de acción, el 27 de abril de 2013 en el Centro EPES Concepción, la MRS lleva a cabo el Encuentro "Avanzando en la construcción de una propuesta regional de Salud", el cual concluyó con un claro diagnóstico de los problemas que enfrenta el sistema público de salud y sus causas, además de las demandas y líneas de acción. Se trabajaron cinco ejes principales: funcionamiento de los hospitales, atención primaria, participación de usuarios y trabajadoras/es, financiamiento y medioambiente y salud.

Posteriormente —en junio de 2013— la MRS da a conocer públicamente la declaración de los avances en la construcción de una propuesta por el derecho a la salud, que emana de la reflexión y discusión del Encuentro en Hualpén. Advierte que la propuesta seguirá siendo discutida, consensuada y enriquecida por las organizaciones que forman parte de la Mesa Regional por la Salud.



6 Declaración de la MRS "Propuestas ante el estado crítico del sistema público de salud" (www.epes.cl)

7 El Plebiscito Nacional por la Salud fue realizado desde el 26 de abril hasta el 6 de mayo de 2012, convocado por la Mesa Social por la Salud.

8 El Encuentro forma parte los proyectos sociales y comunitarios apoyados en 2012 por Fundación EPES, a través de la iniciativa "Movilizándonos por Justicia y Dignidad en Salud".

Como parte del diagnóstico se denuncia el déficit estructural de financiamiento de la salud, que genera como consecuencia la inequidad en el acceso y calidad de las prestaciones en salud. El análisis de las causas de estos problemas concluye que el modelo de salud instalado en Chile en las últimas décadas, se centra en el lucro, en suma la privatización de un derecho (Estado subsidiario).

Declara que el Estado de Chile instaló y consolidó un modelo de mercado en salud, lo que privilegia la salud privada en desmedro de la salud pública la que se ve afectada en financiamiento, falta de insumos, problemas de infraestructura y falta de recurso humano, especialmente médico.

En relación con la atención primaria en salud, esta ha sido desprestigiada por los medios de comunicación, instalándose la idea que la falta de atención adecuada es responsabilidad exclusiva de quien otorga el servicio, y no del modelo de salud y su déficit financiero, lo que atenta con la implementación de un modelo de salud familiar preventivo y promocional⁹. Un lineamiento que para la MRS debe al menos ser discutido por las organizaciones populares, es el que plantea como objetivo de política romper con la segmentación del financiamiento de la salud, y eliminar a las ISAPRES, de manera de terminar de una buena vez con el lucro en la salud. Esto significa avanzar hacia un sistema único de salud.

También plantea la propuesta, de aumentar de forma significativa el aporte directo del Estado a la salud pública, equiparando las condiciones de atención en términos de oportunidad y calidad de las prestaciones clínicas entregadas, así como a los procedimientos diagnósticos que sean necesarios, y garantizar el acceso a medicamentos. Según la MRS, esto último impactará positivamente en disminuir el gasto de bolsillo que actualmente es el más alto de los países miembro de OCDE. Para la Mesa esto no es viable sin una profunda reforma tributaria, así como la nacionalización de todos los recursos naturales, en beneficio de las grandes mayorías del país.

La MRS expone como un tema importante de la región y el país, la relación entre las comunidades y el medioambiente. Se plantearon un conjunto de problemas referidos a la contaminación industrial que afectan el aire, suelo y agua, causando directamente enfermedades y falta de acceso a alimentación saludable. Un tema que preocupa es que Ñuble y Biobío son las provincias con más presencia de semilleros transgénicos del país.

Estrategias de acción para poner en la agenda país la salud como un derecho social garantizado para todas/os

Lautaro López, coordinador de EPES Concepción, señala que “sólo la organización, unidad y movilización de las/os trabajadoras/as de la salud y de quienes utilicen el sistema público hará posible un cambio en salud, unido a

la movilización por educación y previsión digna. Hay que recorrer un largo camino de concertación social y política para lograr una salud oportuna, digna, de calidad y gratuita y no dejarse engañar por propuestas que mantendrán el negocio y el lucro”.¹⁰

Sin ninguna duda los grandes ausentes en la implementación de las políticas públicas ha sido la población organizada. Según la MRS, no se han logrado generar procesos verdaderamente participativos a nivel de gestión local, desarrollando por el contrario el asistencialismo en salud. Tampoco se ha potenciado el poder comunitario, para impulsar estrategias de apoyo local que contribuyan a la integralidad de la atención de salud, y denuncia que existe desinformación en las comunidades e instrumentalización por parte de las autoridades.

La MRS plantea la participación social como estrategia válida para incidir en las políticas de salud. Para ello se debe avanzar en una mayor articulación de las organizaciones a nivel local, regional y nacional que logre poner en la agenda política las demandas de la población, lo que implica dar un vuelco en la participación más como una herramienta de cambio, que de mantención de las inequidades. En este sentido, es vital contar con una comunidad local organizada, propositiva, con autonomía, independencia y capacidad de decisión real y resolutive. Para la Mesa Regional, la nueva salud pública debe considerar la participación activa de la comunidad organizada de forma descentralizada.

- Formación de Mesas comunales y territoriales

La MRS se plantea como estrategia para relevar los espacios de participación local, la conformación de mesas comunales de salud, lo que favorece un discurso más incluyente y movilizador de las/os ciudadanas/os.

Las mesas territoriales pueden ser de gran ayuda para fortalecer la debilidad de las políticas de promoción y prevención, desde una perspectiva autónoma que represente las necesidades reales de las comunidades, que se vinculen con iniciativas concretas en este ámbito.

Asimismo, plantea que los problemas medioambientales podrán ser abordados mediante la formación y fortalecimiento de las mesas territoriales, desde las cuales convocar a cabildos ciudadanos, de manera de construir fuerza social, que detengan la instalación de industrias que favorecen solo al capital transnacional en desmedro de la salud de la población. En este sentido, la dirigente social Brígida Lara, de la Mesa de Salud Boca Sur, señala que son importantes estas instancias territoriales porque “aunque existen problemas comunes a nivel regional y nacional, como la mala calidad de atención en los consultorios, falta de especialistas y medicamentos, las realidades son diversas. Tenemos varias luchas locales que debemos dar, además de fortalecer el sistema público de salud. Como población enfrentamos problemas de contaminación debido a la existencia de basurales clandestinos, y el proyecto del Puente Chacabuco, en San Pedro de la Paz, afectará nuestro

⁹ Declaración de la MRS “Propuestas ante el estado crítico del sistema público de salud” (www.epes.cl)

¹⁰ Las entrevistas se realizaron en octubre de 2013 por EPES a diversos actores sociales que participan activamente en las mesas de salud.

patrimonio natural y cultural". "Hemos realizado un petitorio para mejorar la atención en el consultorio Boca Sur, ante la autoridad sanitaria y estamos a la espera de respuestas, las que de no ser satisfactorias, tendremos que salir a la calle".

Hasta el momento se han formado mesas de salud en Concepción, Talcahuano, San Pedro de la Paz, Yungay, Cañete, Contulmo, Talcahuano, Arauco, Ñuble y Boca Sur.

- Hacia un movimiento social por la salud

La MRS desde su origen se ha propuesto generar espacios de participación y movilización ciudadana, vinculándose además con otras demandas del movimiento social chileno. La MRS trabaja en la construcción de un movimiento social consolidado donde converja la defensa del medioambiente, de la salud y de la educación, que permitan hacer retroceder al lucro como el motor de la sociedad.



Jorge Figueroa, dirigente de la FENATS regional asegura que "este año hemos logrado tener más trabajadores en las calles, movilizándonos por el derecho a la salud, junto a los estudiantes, pobladores, y organizaciones sociales. La MRS se ha sumado a las movilizaciones nacionales de los estudiantes y contra el sistema de AFP. El 26 de junio marchamos por la defensa de derechos humanos fundamentales: Salud, Educación y Previsión; cuyo problema común es el lucro, que se origina por un modelo económico neoliberal instalado forzosamente en dictadura".

La propuesta de la MRS es ocupar los espacios que existen para profundizar sobre el significado de los derechos fundamentales, como la salud, y de la importancia de la educación en este ámbito para seguir avanzando.

La formación de los dirigentes sociales y gremiales no ha estado ausente en el debate y se ha concretado en acciones desde el Primer Encuentro en la Universidad de Concepción.

Un ejemplo de aquello es el Seminario Taller sobre los actuales problemas de salud pública, organizado por la FENATS Regional, EPES y la Mesa Regional por la Salud (MRS), realizado los días 29 y 30 de agosto de 2013. Participaron 170 trabajadoras/es principalmente de hospitales de la Región,

además de funcionarios de consultorios, y organizaciones sociales y de usuarios. Allí entre otros puntos, se acordó la necesidad de socializar la información existente y generar espacios de autoeducación permanente que permitan fortalecer la organización y liderazgo de las trabajadoras/es de la salud, orientado a la construcción de un movimiento social capaz de llevar adelante sus propuestas, superando las trabas de la organización gremial tradicional.

2.2 Mesa de Salud Región del Maule

Un espacio en construcción

Bajo la consigna "Despierta y movízate porque la salud que soñamos es posible", la Mesa por la Salud del Maule emitió su primera declaración pública, tras su conformación en julio de 2013.

La instancia surge como parte del acuerdo de la Jornada Regional "Movilizándonos por Justicia y Dignidad en Salud", impulsada por Fundación EPES y realizada el 24 de junio en el Centro Comunitario Intendente Germán Castro de Talca, donde participaron 42 representantes de la sociedad civil y trabajadores del sistema público de salud del Maule.

El Centro Social Quidell de Talca, asume la coordinación de la reunión preparatoria de la Jornada y luego convoca a nivel regional a participar del encuentro, cuyo objetivo es levantar diagnósticos y propuestas orientadas a recuperar la salud como derecho y avanzar en los procesos de articulación y fortalecer los vínculos de las organizaciones sociales y gremiales.

Ana María Lepe, dirigente de FENPRUSS, afirma que "a partir de la amplia convocatoria, conformamos una coordinación donde definimos reunirnos en el Centro Social Quidell periódicamente y retomar los acuerdos de la Jornada. En esta primera orgánica a partir de la revisión de las conclusiones del encuentro elaboramos un petitorio regional que está en proceso de difusión".

"El petitorio surge porque las autoridades no han manifestado una intención real de fortalecer la atención de los servicios públicos de salud, sino que por el contrario planean construir los hospitales de Curicó y Linares a través del sistema de concesiones. Para el GES se están comprando servicios a privados con un valor superior a lo que sería la prestación dentro del sistema público. Esto hace también que la salud pública se vaya desfinanciando, lo que se traduce por ejemplo en falta de especialistas".¹¹

La Mesa de Salud del Maule está constituida por organizaciones sociales, comunitarias y gremios de la salud. Participan el Centro Social Quidell, Transgéneras por el Cambio de la Diversidad Sexual, representantes del Consejo de Desarrollo Local y del Consejo Consultivo del Hospital Regional, Unión Comunal de Juntas de Vecinos, Casa de la Mujer Sol y Esperanza de San Clemente, Consejo Comunal para la Discapacidad de Talca y FENPRUSS.

11 Las entrevistas se realizaron en octubre de 2013 por EPES a diversos actores sociales que participan activamente en las mesas de salud.

La Mesa por la Salud del Maule tiene como objetivos la articulación por la defensa de la salud en forma democrática y de calidad para todas/os como derecho; paralizar la entrega de concesión de los hospitales de Curicó y Linares; poner fin al lucro que se obtiene por la compra de servicios al sector privado, entre otros mecanismos; y fortalecer el Sistema de Atención Primaria de los Centros de Salud Familiar a través de los Consejo de Desarrollo de Salud Local, para resolver la atención de baja complejidad de manera de no llegar a las urgencias del Hospital.

Estrategias para la acción en Salud

La Mesa por la Salud apuesta por la participación activa para lograr incidir en materia de políticas públicas. Se trabaja en elaborar un volante informativo sobre el plan de concesión de los hospitales de Curicó y Linares, e impulsar una campaña de recolección de firmas para detener esta privatización encubierta.

Ana María Lepe asegura que “la principal estrategia para avanzar en el petitorio es la incidencia política. Asimismo, la movilización social es una acción necesaria de impulsar en cada comuna y provincia, porque las tareas de sensibilización ciudadana tienen que desarrollarse a nivel territorial”.

“La ciudadanía, especialmente en Talca, no conoce cuales son las condiciones de salud de los hospitales públicos, que tan desfinanciados se encuentran, cuales son los problemas de recursos humanos, cuales son las necesidades que tienen los funcionarios para hacer su labor, etc. No siempre se generan los canales de comunicación y de comprensión entre los ciudadanos y los funcionarios, que también hacen uso del servicio de salud público. En la medida que nos articulemos podremos lograr que se mejoren las condiciones. En ese sentido, con la Mesa por la Salud estamos haciendo historia”.

Guacolda Saavedra, del Centro Social Quidell, señala que “la Mesa de Salud del Maule está abierta a la participación. Es vital implementar estrategias para lograr fortalecer la Mesa, que haya mayor representatividad de otros actores. Hoy es un desafío ampliar la convocatoria a dirigentes/es de Juntas de Vecinos, Consejo Desarrollo de Salud Local de los Centro de Salud Familiar, otros gremios de la salud, estudiantes de Universidades como: Talca, Católica del Maule, Santo Tomás carrera de Medicina, Organizaciones Sociales con mirada de género, pueblos originarios, diversidad sexual, mujeres, y Central Única de Trabajadoras/es”.

Entre los avances de la Mesa del Maule está la participación activa en el Consejo Consultivo del Hospital Regional de Talca, donde el Director del establecimiento Dr. Alfredo Donoso, se comprometió a acoger parte del petitorio referido a la violencia de género. “Tenemos un acuerdo con el Director del Hospital de firmar un protocolo para que la constataciones de lesiones a las mujeres que viven violencia se realice de manera digna. Debemos terminar con la violencia institucional que viven las mujeres”, dice Guacolda.

Alejandra Valdés Gacitúa, presidenta del Consejo Comunal para la Discapacidad de Talca, asegura “que el problema de

la crisis de la salud nos afecta a todos, pero en mayor medida a las personas con capacidades diferentes, ya sea sensorial, física, y psíquica. Este tema ya está siendo tratado con el Director regional de Hospital de Talca, con quien como Mesa por la Salud nos reunimos mensualmente”.

Petitorio por la defensa del derecho a la salud

La Mesa Regional tiene como demanda central el favorecer la atención pública de salud a través de la entrega de recursos. Exige aumentar el presupuesto actual de la salud pública de 2,5% del PIB a un 6% para poder cubrir el gasto en salud; una real participación ciudadana en las decisiones de salud y contar con los espacios para ejercer control social.

El llamado es a resolver la falencia de especialistas, particularmente en el Hospital Regional de Talca, situación que provoca problemas de atención por la alta demanda existente, responder a la lista de espera no atendida oportunamente. Superar la escasez de medicamentos en atención primaria y hospital y terminar con los problemas de coordinación en la red de salud que afecta la atención usuaria.

Dentro del petitorio, la Mesa solicita a las autoridades “reconocer la falta de camas desde el terremoto y dejar de mentir diciéndole al país que la red de salud nacional está repuesta y activa en un 100%, como lo declaró el Presidente de la República. Transparentar la intencionalidad de privatización que existe y dejar de engañar a la comunidad diciéndole que: “no es posible construir los hospitales de Curicó y Linares si no es a través del sistema de concesiones”. La comunidad conoce el sistema de concesiones a través del agua potable, o las carreteras, que no han resuelto los problemas reales y han hecho que los ciudadanos/as paguen mucho más por estos servicios básicos”.

Pide además eliminar definitivamente todo tipo de discriminación, en los Servicios vinculados a la salud que vulneran los derechos de las personas. Especialmente la discriminación por discapacidad, género, pobreza, diversidad sexual y etnia.

Las organizaciones que conforman la Mesa por la Salud del Maule exigen un Programa de Salud Mental que enfrente el estrés postraumático que se ha producido luego del terremoto del 27/F de 2010. “Hasta la fecha no se han destinado los recursos financieros ni personal, destinado a éste tema que va más allá de los efectos iniciales, y que prevalecen en el tiempo, afectando y produciendo otros problemas de salud en la comunidad que seguramente provocarán cambios en el perfil epidemiológico de nuestra región”, declara la Mesa en su petitorio.

Se hace necesario que las políticas públicas nacionales sean descentralizadas para que las Regiones puedan contar con participación y recursos suficientes para responder a los problemas de salud específicos de manera oportuna.

Demanda una dedicación especial a las personas que han dado su vida laboral al servicio de la producción nacional y que una vez jubilados ven desmejorados sus ingresos, son humillados

por el sistema público cuando buscan una atención de salud de calidad y no pueden cubrir el alto costo que implica intentar mantener y financiar los costos de enfermedades propias de esa etapa de la vida.¹²

2.3 Mesa Social por la Salud: Desde Santiago con carácter Nacional

Otro Chile es posible, otra salud también

La Mesa Social por la Salud ha manifestado la necesidad de impulsar una transformación de la salud en Chile, que implique el derecho a la salud consagrado integralmente en la Constitución. Esto pasa por el fortalecimiento de la salud pública, con financiamiento que tenga como fundamento la solidaridad, así como impulsar una democratización y aumentar la participación, tanto de usuarios como de las/os trabajadoras de la salud.

En 2010 la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (FENPRUSS), la Federación Nacional de Funcionarios de la Subsecretaría de Salud Pública (FENFUSAP) y la Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud Municipalizada (CONFUSAM), agrupados en la Internacional de Servicios Públicos (PSI, siglas en Inglés), deciden conformar la Mesa Social por la Salud. Ese año se incorporan organizaciones de usuarios/as de la salud pública, sindicatos de trabajadores de la salud privada, de las farmacias, entre otros actores.

En 2011 se integran la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (FENATS), la Agrupación de Médicos de Atención Primaria de Salud (APS), Fundación Creando Salud y organizaciones de estudiantes de carreras de la salud.

Así lo relata Carolina Espinoza, Secretaria General de CONFUSAM, quien precisa que “dimos un paso en la idea de aglutinar a diversos actores, tanto usuarios, estudiantes y trabajadores por la defensa de la salud pública. La Mesa fue tomando cuerpo rápidamente al extremo que pensábamos que si el 2011 había sido el año de la movilización por la educación, el 2012 sería por el derecho a la salud pública gratuita y de calidad. La realidad fue distinta, pero realizamos muchas acciones en esa dirección, siendo la más visible el Plebiscito Nacional por la Salud”.¹³

Con mesas de votación en hospitales, consultorios, universidades y lugares públicos, además de Internet, la Mesa Social, junto a Voto Ciudadano, realiza a fines de abril de 2012 la histórica consulta en la que participan más de cien mil personas.

Mario Villanueva, Dirigente Nacional de FENPRUSS, señala que “como hito además del Plebiscito Nacional por la Salud debemos mencionar el movimiento potente de usuarios y de trabajadores del Frente de Defensa de Salud Zona Sur que logró detener el proceso de concesión del Hospital Barros Luco. Como resultado de esa unión y acción territorial, el Hospital Exequiel González Cortés está en proceso de construcción con fondos públicos”.

Rosa Vergara, vocera de la Red Metropolitana de Usuarios de Salud, agrega que “para detener la concesión del Hospital Barros Luco trabajamos en cuatro ejes de acción: la articulación de trabajadores y usuarios de la zona sur; la formación sobre los peligros de esta privatización encubierta y generar conciencia en la población y el personal de salud; y la movilización social, que incorporó marchas y conferencias de prensa”.

Según Villanueva, entre los avances alcanzados por la Mesa Social destaca la incidencia de instalar en la opinión pública el



12 “Despierta y movilízate porque la salud que soñamos es posible”, Declaración de la Mesa por la Salud del Maule

13 Las entrevistas se realizaron en octubre de 2013 por EPES a diversos actores sociales que participan activamente en las mesas de salud.

tema de la crisis del sistema de salud producto de la imposición del modelo neoliberal que traspasa fondos públicos a los privados e impulsa las concesiones hospitalarias.

Otro de los hitos importantes de la Mesa Social por la Salud es la elaboración y difusión del documento “Otro Chile es posible, otra salud también”, que recoge las propuestas con miras a realizar una reforma estructural al sistema de salud chileno, integrando la visión de trabajadores, usuarios, estudiantes y otros actores sociales.

En el documento, la Mesa Social rechaza todo intento de introducir el mercado y sus lógicas en el sistema público de salud, como el plan de concesiones de infraestructura hospitalaria, las crecientes transferencias de fondos públicos a clínicas privadas, la política de autogestión de los Servicios de Salud que constituyen una amenaza a la articulación de la red asistencial, así como las políticas arancelarias y copagos en las prestaciones de salud, que buscan replicar el modelo de salud privado.

Denuncia además que la distribución de los medicamentos se encuentra en manos de empresas inescrupulosas que lucran y se contraponen con un derecho social de la ciudadanía. Ello implica generar una mayor regulación e incluso generar una alternativa pública que asegure acceso a medicamentos de calidad y a precios razonables.¹⁴

La Mesa advierte que la participación de las organizaciones sociales debe ser un eje fundamental para los procesos de salud, para lo cual se debe trabajar en el fortalecimiento de las organizaciones, con la creación de un Fondo de Participación Social en Salud que entregue los recursos respectivos para el funcionamiento de dichas organizaciones.

Rosa Vergara, vocera de la Red Metropolitana de Usuarios de Salud, afirma que “a partir de la toma de conciencia del rol protagónico de la ciudadanía en cuanto a la participación social en salud, definimos sumarnos a toda articulación que hoy día se genere para denunciar, proponer, y defender la salud pública. La participación de los usuarios no es mero papel asistencialista, sino de gran responsabilidad social, por lo que nos hacemos cargo del problema de la crisis de la salud en Chile, y exigimos que debe ser un derecho constitucional garantizado por el Estado”.

Por un Movimiento Social por la Salud

La Mesa declara que es imprescindible que las mayorías ciudadanas participen activamente, por la defensa del derecho a la salud, asumiendo el desafío de la movilización social. “Estamos en el esfuerzo de articular un movimiento social más potente, pero no ha sido fácil en esta democracia limitada, porque existe una política desarrollada para evitar la organización social, tanto en el ámbito de los trabajadores, pobladores y usuarios”, dice el dirigente Nacional de la FENPRUSS.

Los dirigentes de FENPRUSS y CONFUSAM denuncian que en 2013 fueron traspasados al sector privado por la vía de

compra de servicios USD 1.200 millones. El actual gobierno pretender dejar amarrado al próximo la compra de camas al sector privado por un valor de 45 mil millones de pesos en un lapso de 3 años.

La construcción hospitalaria concesionada será más costosa para el Estado, y el gobierno al igual que en dictadura pretende dejar contratos de amarre, como las nueve concesiones en agenda, que involucran a los Hospitales Salvador, Sótero del Río, Félix Bulnes, Chillán, Curicó, Linares, Quillota-Petorca, Quilpué y Antofagasta.

En este escenario, Carolina Espinoza señala que “la pelea es grande, necesitamos generar una fuerza ciudadana de tal magnitud para lograr los cambios constitucionales que Chile requiere para tener la salud que nos merecemos. Por ello, el eje central de nuestra acción es trabajar para sumar nuevos actores a la Mesa”.

En materia de incidencia política, aseguran que como trabajo de la Mesa monitorean los proyectos de ley que se discuten en el Parlamento, que buscan debilitar la salud pública, para luego denunciar ante la opinión pública y ejercer presión ante los legisladores. “Es paradójico porque si a la ciudadanía se le consulta que tema le preocupa la salud aparece entre los primeros lugares, sin embargo eso no se plasma en las políticas públicas”, señala Espinoza.

“A excepción de la unión de colegios profesionales y sindicatos de la salud en el contexto de la Reforma Sanitaria en gobierno de Lagos el 2002, que tuvo menor impacto, no se había dado en las últimas décadas esta convergencia de distintos actores en defensa de la salud como derecho. Estamos haciendo historia”.

La Salud como Derecho

En el documento “Otro Chile es posible, otra salud también”, la Mesa Social por la Salud declara que la salud, así como otras áreas de los derechos fundamentales de la ciudadanía, han sido moldeadas por un modelo impuesto ilegítimamente desde hace más de 30 años y que hoy se encuentra en crisis. Agrega que “esto implica refundar el sistema de salud en conjunto con todos nuestros derechos sociales, pues no pueden continuar siendo bienes transables en el mercado, situación que sistemáticamente ha producido segregación y desigualdad, manifestándose por ejemplo en una salud para pobres y enfermos, y otra muy diferente para ricos y sanos. Los principios que deben orientar una nueva salud en Chile, deben ser la solidaridad, integralidad, universalidad, igualdad, y gratuidad”.

La Mesa Social postula que la salud debe ser un derecho constitucional y exigible a través de acciones concretas. Por ello, se requiere un sistema de salud integral, de cobertura universal e independiente del nivel de ingreso, que funcione en red, caracterizado por una atención de calidad digna de la condición humana según estándares internacionales de calidad, que a su vez reconozca las características socioculturales de cada comunidad y de nuestros pueblos originarios.

¹⁴ “Otro Chile es posible, otra Salud también”, de la Mesa Social por la Salud (2012).

La Salud Pública debe ir mucho más allá de la enfermedad, trascendiendo la cama clínica y los centros asistenciales. La salud, como derecho es también un bien social que hay que cuidar, a través de la prevención, promoción y educación de la población. Cuando esos cuidados fallan, el Estado debe garantizar el acceso a la medicina, al tratamiento y la recuperación.

Denuncia que la forma en que financiamos la salud en Chile, ha generado enormes problemas de desigualdad. De acuerdo a cifras oficiales, para financiar la salud de cerca de 13 millones de chilenos se utilizan 3,41% del PIB, mientras que la salud privada, donde se atienden 2,8 millones, concentra 4,4% del PIB. En este grave contexto propone dos vías de solución:

- Creación de un Fondo Único de Salud, que concentre las cotizaciones de salud tanto del sector público como privado y que pueda distribuir estos fondos según los riesgos de la población de enfermarse o requerir algún tipo de acción sanitaria.
- Generar un Sistema Nacional de Salud, que este financiado desde los impuestos generales que recauda el Estado, proporcionando a la población acceso gratuito a las acciones de salud, medida que implicaría poner fin a la lógica de los seguros de salud y por cierto a las Isapres.

Esta medida requiere implementar una reforma tributaria, y a la vez resulta fundamental que el Aporte Fiscal Directo en salud debe pasar del 2,05% a un piso del 6% del PIB, en gasto regular y permanente, siguiendo las recomendaciones de la OPS-OMS para países del tamaño de Chile.

La Mesa Social señala que el sistema de salud en Chile, requiere de un profundo proceso de democratización.

Matías Goyenechea, de Fundación Creando Salud, señala que “la Mesa Social por la Salud ha sido un espacio en el cual intentamos generar un movimiento social por la salud, algo que es absolutamente imprescindible, a la hora de producir los cambios que se requieren en el área. Desde Creando Salud pensamos que es necesario una transformación estructural del sistema de salud, que implique ampliar el derecho a la salud y que deje de estar mediado por el bolsillo de las personas. Que el sistema público sea fortalecido y que el financiamiento sea solidario”.

Goyenechea agrega que “también es esencial democratizar y que los actores de la salud no sean pasivos, sino que participen en la toma de las decisiones. El esfuerzo de la Mesa Social ha permitido ampliar las posibilidades de construcción de un movimiento social, donde los actores no solo se quedan en las reivindicaciones gremiales o económicas, sino que abre la posibilidad de articular una política de salud”.

PLEBISCITO NACIONAL por la SALUD RESULTADOS FINALES

¿La Salud debe ser un derecho garantizado por la Constitución?

- 98,6% opina que SI
- 0,97% opina que NO

¿Se debe fortalecer el sistema público de salud con financiamiento, recursos humanos y materiales?

- 98,6% opina que SI
- 0,8% opina que NO

¿Cómo debe, a su juicio, ser financiada la Salud Pública chilena?

- 88% opina : Por el Estado,
- 0,7% opina : Por cada persona
- 5,6% opina : Fonasa o Isapres.

¿Las instituciones de salud deben ser sin fines de lucro?

- 93% opina que: SI
- 6,4% opina que: NO

¿Los usuarios y los trabajadores de la salud deben participar en la toma de decisiones en temas de salud?

- 96,5 opina que: SI
- 3,1% opina que: NO

El plebiscito presencial se realizó desde el 30 de abril al 6 de mayo de 2012 y votaron a lo largo del país 84.884 personas y se votó en 104 comunas. Las regiones donde más comunas participaron fueron la RM (24), Octava (21), Sexta (11), Novena (10) y Quinta (8) La votación total del plebiscito, sumados los resultados de votación online, alcanzaron los 115.742 votos.

POR UNA SALUD PUBLICA, OPORTUNA, DE CALIDAD Y GRATUITA
Mesa Social por la Salud de Chile



3. DIAGNÓSTICOS Y PROPUESTAS DE LAS REGIONES DE VALPARAÍSO Y DEL MAULE

3.1 Metodología de las Jornadas Regionales

Cada Jornada consideró cinco momentos. En el primero y a partir de la presentación de las personas y sus organizaciones, se realizó una lluvia de ideas donde cada participante escribió cuales serían en su opinión las discriminaciones, derechos vulnerados y brechas en salud que abordan sus organizaciones. En el segundo momento se agruparon las problemáticas para realizar un trabajo grupal dirigido a priorizar las necesidades identificadas. En un tercero se compartió en plenaria lo formulado por cada grupo de trabajo y en el cuarto los grupos definieron los principales problemas, sus causas y estrategias de acción, para finalmente exponer el trabajo en asamblea. Este material además de la transcripción de las presentaciones en plenario son la base de la información contenida en este apartado del documento.

Las Jornadas tuvieron como objetivos:

- Presentar actividades que contempla la iniciativa Movilizándonos por Justicia y Dignidad en Salud.
- Levantar un diagnóstico participativo sobre el ejercicio del derecho a la salud desde la perspectiva de las organizaciones comunitarias y gremios convocados, identificando los principales problemas, derechos vulnerados, brechas y desigualdades en salud.
- Levantar propuestas para lograr una atención de salud integral, de calidad, sensible al género y diversidad cultural y sexual, oportuna y gratuita en el sistema público de salud.
- Lograr difusión en los medios de comunicación, locales, regionales y nacionales de los problemas, brechas y propuestas planteadas en esta Jornada.

A continuación se detallan los resultados de las jornadas regionales, los cuales corresponden a una sistematización de las necesidades y propuestas que surgieron de cada grupo de trabajo. Primero se presentan matrices de síntesis y el texto que les acompaña son las reflexiones que están escritas siguiendo las exposiciones de las y los integrantes de cada grupo de trabajo agrupado por eje temático.

3.2 Jornada Regional Valparaíso

El 13 de mayo de 2013 en el Auditorio de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso, se realizó la Jornada

Regional “Movilizándonos por Justicia y Dignidad en Salud”, en donde organizaciones sociales y gremiales, mediante un proceso participativo, identificaron las necesidades en salud que vive la comunidad y plantearon propuestas de acción.

Estuvieron representadas en este espacio de trabajo colectivo diversas organizaciones como consejos locales de salud de los cerros de Valparaíso, Viña del Mar y Concón, juntas de vecinos, organizaciones culturales, medioambientales, feministas y de mujeres, de derechos humanos, estudiantiles, y que trabajan en la prevención de VIH, radio comunitaria, sindicato de trabajadoras sexuales transgéneras, centros comunitarios y gremios de la salud.

En la Jornada Regional participaron 34 organizaciones, destacando la presencia de Consejos Locales de Salud y estudiantes:

1. Asamblea Ciudadana Ciudad Puerto Valparaíso
2. Comité de Medio Ambiente y Cultura
3. Centro Comunitario Las Cañas
4. Unión Comunal de Consejos de Salud Viña del Mar
5. Consejo de Salud Esperanza
6. Unión Comunal de Consejos Comunales de Salud Valparaíso
7. Consejo de Salud CESFAM Marcelo Mena
8. Consejo Local de Salud Padre Damián
9. Consejos Local de Salud Rodelillo
10. Consejo de Desarrollo Hospital Carlos Van Buren
11. Consejo Local de Salud Placilla
12. Consejos Local de Salud Placeres
13. Consejo Local Barón
14. Consejo Local de Salud Reina Isabel
15. Consejo de Salud CESFAM Plaza de Justicia
16. CESFAM Concón
17. Junta de Vecinos N°23 Cerro Bellavista, Valparaíso
18. Junta Vecinal n° 65 de Valparaíso
19. Junta de Vecinos 38-A
20. Sindicato de trabajadoras sexuales transgéneras Afrodita
21. Revolución de la Cuchara Valparaíso
22. PRAIS Comunal Viña del Mar
23. Colectiva Feministas Valpo
24. Organización por los derechos humanos migratorios: Esquina Nómada

25. Mujeres por sus Derechos
26. PIE Valparaíso Centro Juvenil El Puerto
27. Casa Club de Valparaíso
28. Radio Diferencia
29. Red Alerta Pontificia Universidad Católica de Valparaíso
30. Departamento de Salud Pública Estudiantil Universidad Valparaíso
31. Universidad Popular de Valparaíso
32. Unión Nacional Estudiantil, UNE
33. Confederación de Funcionarios de la Salud Municipalizada, CONFUSAM Valparaíso
34. AGRUCORP, Asociación de Profesionales de la salud

Las necesidades y propuestas planteadas por las organizaciones participantes se agruparon en seis ejes temáticos:

- Derechos humanos en salud
- Participación política y social en salud
- Condiciones de vida que afectan la salud
- Sistema de salud
- Calidad de atención
- Salud de adultas/os mayores



DERECHOS HUMANOS EN SALUD

“Salud es decidir sobre nuestros cuerpos”

Palabras de una dirigente en la Jornada de Valparaíso, 2013

¿Qué necesidades afectan la salud de la comunidad?

Necesidad de aborto libre, seguro y gratuito:

+160.000 abortos al año aproximadamente

+Hijos no deseados

+Muerte de mujeres

+Mujer no decide sobre su cuerpo (fetos muertos) causan grave daño psicológico a la madre-mujer.

Falta de políticas de acceso a la salud e información hacia y desde las migrantes.

Prejuicios y discriminación del servicio de salud mental expresado en mala calidad de infraestructura, alimentación y salud profesional.

Falta de educación sobre el VIH provoca estigmatización y discriminación.

Falta de respeto a la identidad de las transexuales en los servicios de urgencia

+Enfermas tienen que compartir habitación con hombres.

+Pensiones por VIH no les permiten vivir, tienen que trabajar en el comercio sexual.

¿Qué proponen las organizaciones para garantizar los derechos humanos en salud?

Fortalecimiento del Estado Laico. Las iglesias no deben influir en las políticas de Estado.

Concientizar/ crear conciencia sobre el derecho a decidir sobre nuestros propios cuerpos.

Campañas desde el Estado y medios de comunicación masivos. Retiro de inmediato de los artículos que criminalizan el aborto.

Avanzar en una propuesta de aborto sin apellidos.

No existen mecanismos que difundan los derechos de acceso a la salud de mujeres migrantes, campañas y otros.

Garantizar presupuestos en salud que permita el desarrollo de terapias alternativas como por ejemplo: las radios comunitarias, Radio Diferencia.

Mejorar las pensiones para personas con alguna discapacidad mental.

Educación a la población sobre temas médicos, separándola de la visión moralista y religiosa.

Educación en prevención de VIH en los colegios/liceos.

Garantizar el cumplimiento de la Circular Nº 21 del Ministerio de Salud.

Trans-dignidad de salud.

Falta de atención específica a las mujeres drogadictas que ejercen la prostitución (distinta realidad a la de los hombres).

Implementar programas específicos con enfoque de género que consideren la realidad específica de cada mujer.

Falta de acceso libre y oportuno a métodos anticonceptivos en el servicio público (condón, pastillas, etc.)

- Transmisión de ITS y VIH
- Embarazo no deseado
- Falta de información

Plebiscitos a nivel comunal, sobre los temas de interés que no son contemplados por los alcaldes y sus posturas políticas.

Vinculación de la población con los presupuestos de las municipalidades.

Exigir la entrega de métodos anticonceptivos (en la cantidad requerida y de forma libre).

Fiscalización de la entrega real de métodos de anticoncepción y cuidado en manos de una entidad externa (ciudadanía o una organización seria).

El Estado debe cumplir las convenciones internacionales: Acuerdos de el Cairo.

Desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos “no se exigen”

Falta de información y prevención en salud sexual y reproductiva en todo el ciclo vital.

Como organizaciones, promover la información sobre los derechos sexuales y reproductivos.

Exigir al Estado la promoción de los derechos sexuales y reproductivos de manera real y cercana.

Influencia de la religión en las política de salud pública.

Fortalecimiento del Estado Laico.

Educación a la población sobre temas médicos, separándola de la visión moralista y religiosa.

Discriminación y prejuicios hacia las personas con VIH, con discapacidad mental y diversidad sexual en el servicio público.

Perfeccionar leyes contra la discriminación (ej. Ley Zamudio, Ley de vida en pareja).

Crear conciencia a través de los medios de comunicación de la no discriminación e igualdad. Todos somos diversos, todos merecemos todo, ¡Equidad!

Crear un ambiente educativo que propicie la no discriminación.

Existe violencia obstétrica “Hay un trato deshumanizado a las mujeres que abortan y llegan al hospital”.

Garantizar el cumplimiento de los derechos humanos de las mujeres.

El aborto es un problema de salud, señala el grupo cuyo eje principal de discusión fueron los derechos sexuales y derechos reproductivos. “No tener acceso al aborto es un problema de salud para las mujeres, hay muchos hijos no deseados que nacen, tenemos violencia, muchas veces no decidimos sobre nuestros cuerpos. Una compañera nos contó que tuvo ocho meses un feto muerto en su cuerpo. Salud es decidir sobre nuestros cuerpos y por eso se debe eliminar el artículo que penaliza el aborto, porque queremos el derecho al aborto sin apellido”.

“El sistema patriarcal y las leyes restringen los derechos. Es importante fortalecer el Estado laico y detener la influencia de la iglesia en los programas de gobierno. Los candidatos en sus campañas hicieron un acuerdo con la Iglesia Católica donde prometieron que el aborto no estaría en su programa ¿Cómo es posible esto en Chile, un Estado laico?”

Una mujer y un hombre deben tener derecho a decidir sobre su cuerpo. Se deben realizar campañas potentes en los medios de comunicación para concientizar sobre este tema”. “Es importante la movilización de las comunidades, organizaciones vecinales y feministas”.

“En las municipalidades por ejemplo, si un alcalde no quiere entregar la pastilla del día después, las organizaciones debemos convocar a un plebiscito. Es importante que las organizaciones conozcamos los presupuestos para saber cuántos recursos se destinan a métodos anticonceptivos. Se deben realizar fiscalizaciones desde la comunidad que informen si se están entregando los métodos de planificación a todas las personas que lo necesiten. También es importante que como organizaciones realicemos campañas de promoción para la entrega de métodos anticonceptivos”.

PARTICIPACIÓN POLÍTICA Y SOCIAL EN SALUD:

“No estamos de acuerdo con el sistema de salud imperante ahora, porque no contempla la verdadera participación de la ciudadanía”.

Palabras de un dirigente, Jornada de Valparaíso 2013.

¿Qué necesidades afectan la salud de la comunidad?

La participación social es hoy un mito.
No basta instrucción presidencial o ministerial.
Falta participación social!! Deliberación. No solo consulta.
Falta de conocimiento y participación de los usuarios de la salud pública.
Falta de redes sociales reales de los usuarios de la región.
No se da información al respecto de los fondos de salud (se miente).
Vulneración de derechos al no conocer como usuarios de la inversión del presupuesto de salud.

Falta una participación informada y empoderada desde la ciudadanía
+ Apatía y dispersión de los dirigentes sociales.

Individualismo y frustraciones por problemas no solo de salud, no solucionados.

Poca valorización de las opiniones de los ciudadanos en los problemas expuestos.
Falta también valorar a los trabajadores de la salud y trabajadores en general.

Falta de apoyo y más bien de apatía entre trabajadores y usuarios del servicio público.

Desigualdad en todos los sistemas imperantes. “Aquí no sacamos nada tirando propuestas si no hay un cambio de la Constitución”,

Respecto a los problemas y necesidades identificadas, las organizaciones plantean que las instituciones del Estado no tienen voluntad política para generar los cambios que se requieren en materia de salud.

El problema central para el grupo es la falta de participación informada y empoderada desde la ciudadanía, identificándose como causas la apatía de las personas y la dispersión de las/os dirigentes, lo que se relaciona al individualismo y también a las frustraciones por problemas que no han sido resueltos.

Al respecto uno de los participantes señala que “el problema de la falta de interés de los ciudadanos limita la formación de una red social, además existe lucro en la salud, lo que genera divisiones”.

No se valoran las opiniones de la ciudadanía sobre los problemas de salud, planteándose que “somos poco escuchados y a veces caemos en la trampa de la pasividad”. De allí que la propuesta apunta a la necesidad de inclusión,

¿Qué proponen las organizaciones para garantizar la participación política y social en salud?

La participación debe ser vinculante y no sólo consultiva.
Generar organizaciones comunitarias, informar a la comunidad en los temas de salud.
Invertir en difusión.
Generar redes comunitarias y fortalecer las existentes.
Es necesario que la ciudadanía conozca de los recursos y tenga no solo opinión en los llamados presupuestos participativos.
Promover los presupuestos participativos desde los usuarios.

Cambio de sistema por uno solidario y ministerial.
Motivación a las poblaciones de nuestras regiones, por ejemplo:foros, actividades culturales y medioambientales.
No a la instrumentación de las necesidades de las personas. No más lucro dirigencial.

Fomentar la solidaridad en la salud pública desde el sistema de educación formal, haciéndola más participativa.
Acceso a los medios de comunicación que representen nuestros intereses de participación.

Unir e informar no tan solo a las organizaciones sociales, también a las eclesiales a valorar la vida y la organización en todo su contexto en forma real.
Educando sobre la importancia del trabajador en la sociedad que queremos verdaderamente representar.

Inclusión de los trabajadores de la salud con la propia comunidad para hacer demandas en conjunto.

Hacer una nueva Constitución.
Cambiar la Constitución política del Estado con propuestas de las organizaciones.

coordinación de las/os trabajadores de salud con la comunidad, “para hacer demandas en conjunto”.

Para revertir la situación se plantea la necesidad de información, educación y organización de las comunidades, como también, el rescate de la historia no oficial, la que da cuenta de las luchas de trabajadoras/es y pobladoras/es en la conquista de sus derechos.

Al respecto uno de los participantes señala que “es importante que en las escuelas y comunidades se imparta educación cívica, conocer la historia de los trabajadores, que está prohibida en el sistema de educación formal, pero no para el pueblo. Nosotros tenemos que transmitirla, debemos rescatar la historia de cómo nacen los consultorios”.

El grupo concluye su participación señalando que para cambiar la situación descrita, se necesita una nueva Constitución que incluya las propuestas de las organizaciones y de este modo terminar con las desigualdades imperantes.

A propósito del debate generado por la presentación del diagnóstico del grupo que trabajó en torno a problemas asociados a la participación política y social en salud, uno de los médicos presentes en la Jornada afirma que “históricamente el sistema de salud es una construcción social, no es ninguna institución impuesta, ni una fuerza sobrenatural que no se pueda cambiar. Es un producto social que por tanto se puede cambiar, y que históricamente refleja contradicciones de clase: una salud para ricos y una salud para pobres. El mayor avance en la construcción del sistema de salud, no ha surgido por parte de los médicos, ni por los trabajadores de la salud,

sino que de la movilización social del movimiento obrero a inicios del siglo XX, con la formación de las mutuales y los primeros sistemas de aseguramiento de la salud. Luego el movimiento de pobladores influye en los consultorios y realizan huelgas y protestas para mejorarla salud. Por ello tenemos que visualizar a los pobladores, a las organizaciones comunitarias como promotores de la salud, y no solo como receptores de los servicios sanitarios. Por otra parte, quisiera hacer un llamado a hablar de trabajadores de la salud y no pensar que los únicos profesionales y responsables son los médicos, porque le damos una importancia que no es tal”.

CONDICIONES DE VIDA QUE AFECTAN LA SALUD

“Entender la salud como un problema que excede la hospitalización o la enfermedad”

Palabras de un dirigente en la jornada de Valparaíso 2013.

¿Qué necesidades afectan la salud de la comunidad?

Escasez de entornos saludables que permitan un habitar digno.
Contaminación del agua.

Sobre urbanización.
Saturación inmobiliaria.
No regularización de la tala de árboles.

Medio ambiente contaminado:
+ Presencia de industrias contaminantes
+ Utilización de pesticidas en las producciones agrícolas.
+ Aumento del parque automotriz
+ Basurales, microbasurales.

Estado es aval del lucro en la salud. El Estado está distanciado de los intereses ciudadanos (y a favor del empresariado).

PRAIS, reparación del Estado que no se cumple, con pensiones miserables.

Discriminación de las personas con discapacidad.

Problemas sociales que malogran cotidianamente la salud de los ciudadanos (explotación laboral, bajas remuneraciones, jornadas, horarios excesivos, endeudamiento generalizado). para su debida atención”.

Problemas de movilización y conectividad.
Falta de movilización hacia los cerros que afecta la movilidad de las personas: “La locomoción hacia el consultorio desde los cerros es deficiente”.

¿Qué proponen las organizaciones para mejorar las condiciones de vida de las comunidades?

Promover y proteger la generación de entornos saludables que permitan un habitar digno (vivienda interior/entorno público-externo).

Plan regulador con participación ciudadana.
Protección de las especies nativas.
Detención de proyectos inmobiliarios en altura.
Visibilizar el problema.
Rescate de la historia local.

Creación de industrias sustentables.
Creación de comités ecológicos.
Articulación de redes y acción de denuncias y fiscalización.
Promover autoproducción alimentaria.
Desprivatización del agua y su contaminación. Generación de parques públicos.
Educación pro-animal.

Estado como garante y defensor de los derechos públicos y no como aval del lucro.
Fin del clientelismo electoral.
Desprivatización.
Empoderamiento y movilización ciudadana.
Asamblea Constituyente.

Garantizar el cumplimiento del programa PRAIS.

Pases de discapacidad en locomoción.
Más radios comunitarias en salud gestionadas por personas con alguna discapacidad.
Canales de TV con programas de discapacidad y temáticas de educación al paciente.

Generar condiciones laborales dignas.
Cambio de Constitución.

Recuperar todos los ascensores.
Las autoridades (SEREMI de Transporte) deben establecer medidas para solucionar el problema de locomoción.

El grupo plantea que el problema de la salud es amplio, que va más allá de la enfermedad, de los procesos de hospitalización o ir a una consulta médica. “Para un vivir digno, es necesario promover y proteger la generación de entornos saludables, y que por lo tanto el problema es la escasez de ambientes para vivir dignamente”.

Respecto de las causas se indica la sobre urbanización que existe en ciudades como Valparaíso, la saturación inmobiliaria y la tala indiscriminada de árboles. Entre las acciones se enfatiza la necesidad en efectuar un Plan regulador con participación ciudadana, la que es fundamental en el ámbito de las viviendas y el desarrollo urbano. También se propone proteger las especies nativas. “Los proyectos de licitación de la Municipalidad, primero deben ser evaluados por la ciudadanía, y no solamente promulgados para beneficiar al empresariado que en la actualidad están intentando promover estacionamientos subterráneos. Habría que preguntarnos si ello va en beneficio de la ciudadanía en su conjunto, negando la posibilidad de que nuestras familias tengan áreas verdes y espacios dignos para nuestro desarrollo y recreación”. Se plantea la detención de los proyectos inmobiliarios en altura, ya que “hemos visto que en muchos lugares de Valparaíso y Viña del Mar, se desarrollan proyectos indiscriminadamente que terminan por afectar la calidad de vida de los ciudadanos”.

Respecto a las propuestas se señala que es necesario “visibilizar los problemas, siendo importante los procesos de autoformación que desarrollemos en las comunidades, más allá de los espacios de educación formales. El rescate de la historia local, de cómo se han constituido las poblaciones donde habitamos. Este año precisamente se cumplen 10 años desde que Valparaíso fue declarado Patrimonio de la Humanidad. ¿Cuáles son las políticas públicas que están intentando observar nuestro desempeño como ciudad patrimonial?. Al respecto, las comunidades tienen mucho que decir”.

En cuanto al segundo problema referido a contaminación ambiental, se plantean como propuestas “la creación de

industrias sustentables en el tiempo, que no vayan en desmedro de la calidad de vida de los ciudadanos y tampoco que se hipotequen las condiciones de vida en un futuro y para nuestros hijos”. También se propone la creación de comités ecológicos para generar espacios sustentables en la comunidad. “Promover la autoproducción alimentaria, la necesidad de que cada familia tenga la posibilidad de cultivar sus propios productos distanciándose de los procesos de mercantilización, que incluso han limitado nuestra posibilidad de alimentarnos, de subsistir. Otra estrategia es “la articulación de redes y acciones de denuncia y fiscalización, que no solamente dependan de la institucionalidad, que muchas veces es ineficiente e inoperante. Que también se generen redes ciudadanas que permitan fiscalizar de mejor manera donde hayan defectos, por ejemplo en la legislación ambiental”.

El cuarto problema priorizado por este grupo, es el lucro en la salud avalado por el Estado. “Observamos un Estado distanciado de los intereses ciudadanos, un Estado que está a favor del gran empresariado, lo que queda demostrado en los procesos de privatización”. Además, se señala que se necesita poner “fin al clientelismo electoral. Algunos dirigentes establecen lazos con los partidos políticos, por diversos intereses como una bolsa de mercadería o un puesto de trabajo, lo que imposibilita generar autonomía que es necesaria para que la propia comunidad determine a partir de sus propios intereses, sus propias necesidades colectivas”. También se señala que se debe iniciar un proceso en que los recursos naturales vuelvan a estar en manos del Estado, como la demanda de re-nacionalización del cobre.

Por último, las organizaciones agrupadas en este eje, plantean la propuesta de generar empoderamiento ciudadano. Concordando con el grupo anterior, surge la demanda de una nueva Constitución a través de una Asamblea Constituyente, no impuesta desde las cúpulas partidistas, que refleje los reales intereses de la población.

SISTEMA DE SALUD

Sin la participación de las personas, las comunidades no son partícipes de las decisiones en salud a nivel global.

Por lo tanto las instituciones de salud, no responden a las necesidades de la comunidad.

Palabras de un dirigente en la Jornada de Valparaíso, 2013.

¿Qué necesidades afectan la salud de la comunidad?

Falta de participación comunitaria y difusión de proyectos
+ Desinterés y desencanto

+Estigmatización política de la organización comunitaria.

+Mala utilización de los medios de comunicación masiva.

¿Qué proponen las organizaciones para mejorar el sistema de salud?

Difusión de proyectos exitosos relacionados con apoyo comunitario.
Mejorar los liderazgos comunitarios.
Apropiar a la gente de los problemas locales.

Talleres de educación cívica y participación social.

Crear nuevos medios. Uso de internet.
Fortalecer los ya existentes.
Usar los medios de comunicación de los consultorios.

+Resistencia de los equipos de salud a la organización comunitaria.	Capacitación a los equipos de salud. Fortalecimiento de los equipos interdisciplinaria. Incentivar a estudiantes universitarios a participar en organizaciones comunitarias.
+Desmovilización social de parte de las clases dominantes.	Asistir a las movilizaciones. Asamblea Constituyente ahora.
Abandono de la atención primaria Salud primaria en quiebra en corporación.	Volver (al Estado) sistema solidario de salud en atención primaria.
Mercantilización de la salud.	Insistir en la regulación a las industrias alimentarias, farmacéuticas, etc.
Falta de promoción y prevención. Medicalización de la salud.	Fortalecer la comunicación entre población -- servicios de salud – universidad.
Mala atención en los consultorios por falta de médicos. Precaria o nula posibilidad de atención en salud mental en población infanto-adolescente y general. Hay diferencias en salud pública y privada. “Negativo enfoque desde la enfermedad para hablar o trabajar desde la salud de las personas (inversión/sacrificar)”.	Derecho al acceso y atención de calidad en salud. Aumentar la dotación de médicos (y otros profesionales). Mejorar infraestructura. Organizar y comprometer al personal de salud en la mejora de la atención. Calidad y claridad de la información de los profesionales de la salud a los usuarios.
Falta de tratamientos en el sistema público (prevención y tratamientos menos invasivos que están disponibles en el sistema privado)	Implementar vacunación contra el Virus del Papiloma Humano en el sistema público (cáncer cérvico uterino) Tratamiento ambulatorio no invasivo por várices.

Este grupo prioriza como problema la **“falta de participación comunitaria y difusión de proyectos”**.

Para abordar el desinterés y el desencanto que presentan las personas de las comunidades, se propone la difusión de proyectos exitosos realizados con apoyo comunitario.

Una segunda propuesta se refiere a mejorar los liderazgos comunitarios, que representen las necesidades de las comunidades. “Cada uno sabe sus problemas con el liderazgo en sus organizaciones y lo importante es conversar, encarar, plantear los problemas en reuniones”. Se propone apropiarse a la gente de los problemas locales. “Los problemas que aparecen en la televisión el Ministerio de Salud, del Hospital de Talca, del Cerro, la gente lo ve como algo muy ajeno, la idea es que la ciudadanía se sienta partícipe del problema y también busque de soluciones”.

Sobre la estigmatización política de la organización comunitaria, se plantea que “organizarse es mal mirado”, por lo que se propone “hacer que la gente le pierda el miedo a la organización social y no las vea como un espacio de discusión de política, de izquierda y derecha, sino que vamos a discutir políticas, soluciones prácticas respecto de lo que uno quiere para su población”.

Se deben realizar talleres de educación cívica y de participación social, para mejorar y fortalecer los liderazgos comunitarios.

Otro punto expuesto es la mala utilización de los medios de comunicación. “Los medios de comunicación tradicionales no nos van a apoyar la difusión de nuestras demandas, por eso

proponemos crear otros utilizando internet y fortalecer los medios de comunicación alternativos, por ejemplo las radios comunitarias de los cerros”. Se enfatiza en que hay que usar los medios de comunicación de los consultorios. “Exigir a los sistemas de salud, a los policlínicos que esos televisores se utilicen para campañas de educación sexual, educación cívica, información del sistema de salud, y como hacer uso de los servicios”.

También se señala como causa de la falta de participación en salud, que existe resistencia de los equipos de salud a la organización comunitaria. Para ello se propone “capacitación de los equipos de salud para hacerlos partícipes de los cambios sociales”. También se plantea como actividad el “fortalecimiento de los equipos interdisciplinarios, hacer que los mismos profesionales de la salud, entiendan las realidades de su compañero y que trabajen en comunidad”.

Asimismo, se propone como estrategia “incentivar a estudiantes universitarios, de los centros de formación técnica y de enseñanza media a participar en organizaciones comunitarias, porque los jóvenes tienen una fuerza muy importante, se necesitan las energías y ganas de los jóvenes”.

Para el grupo, otro problema que afecta la participación en salud es “la desmovilización social que imponen las clases dominantes”. Al respecto se señala que “las clases dominantes siempre van a querer bajar el perfil de nuestra organización. Los grandes avances sociales los hacen los pueblos. Debemos movilizarnos y todos estamos de acuerdo en la necesidad de la conformación de una Asamblea Constituyente”.

El grupo identifica otras necesidades y propuestas, relacionadas al abandono de la atención primaria, la falta de promoción y prevención en salud, problemas de calidad y desigualdad en la atención en salud. Se señala que la atención primaria debe volver a manos del Estado, a “un sistema solidario de salud en atención primaria”.

También plantean que las instituciones no escuchan sus voces. En la actualidad la participación es en solo consultiva y esto sumado a la mercantilización y lucro en la salud, constituyen un entramado donde se restringe la salud como un derecho.

CALIDAD DE ATENCIÓN

“Hay que volver al ministerio porque el sistema municipalizado no funciona bien”

Palabras de una dirigente, Valparaíso 2013.

¿Qué necesidades afectan la salud de la comunidad?

Infraestructura colapsada por el aumento de usuarios en posta y consultorios.
Mala infraestructura de la posta.
Infraestructura insuficiente en salud primaria y hospitalaria de salud pública.
Sacar a imputados ya que son un peligro para los usuarios (balaceras).

Largas esperas en atención y exámenes. Lista de espera en AUGE para las personas con problemas a las caderas y rodillas y cáncer mamario. Mucha tramitación y alargue en el tratamiento.
+ Faltan funcionarios/as en la salud: médicos y personal en salud primaria y hospitalaria en la salud pública.
.*“Planta física y de personal insuficiente para aumento de población (diseñado para 10.000 habitantes y somos 50.000)”*

Promesas incumplidas: Malversación de fondos destinados a salud.
Mala administración de recursos.

Sistema municipalizado funciona mal.

Falta de atención en los centros de salud mental. Faltan psiquiatras.

¿Qué proponen las organizaciones para mejorar la calidad de la atención?

Construir una nueva posta.
Ampliar los consultorios.
Ampliar horario del SAPU.
Educar a la población para que no dependa tanto de la posta.
Comprometer a las autoridades.
Atención especial imputados. Que se habilite una oficina donde puedan atender de manera especial a esta gente, “para que así no los tengan que estar paseando delante de todo el público, porque también muchos de ellos deben sentir vergüenza”.

Implementar la línea del número 800 y que funcione.
Aumento de personal.
Más fiscalización en la entrega de números.
Control de los horarios de atención.
Crear grupos de salud.

Mayor control ciudadano para que los recursos vayan donde tienen que ir.

Cambio a la Constitución para que garantice derechos y calidad de atención.
Terminar con la municipalización de la salud. Vuelta al Ministerio.

Más presupuesto para mejorar la contratación de profesionales y terapias alternativas en centros de salud mental.

Para este grupo, el problema central que afecta la calidad de atención es la infraestructura de salud colapsada. “En comunidades como Placilla la población se triplicó y el consultorio no da abasto, lo mismo ocurre con la posta y el hospital”. Por ello, las propuestas apuntan al aumento de la inversión para construir una nueva posta y ampliar los consultorios; a la extensión del horario de atención del SAPU, a controlar los horarios de atención, a comprometer a las autoridades para que cumplan su palabra, y a educar a la población. Al respecto, una dirigente plantea que “educar a la población es lo prioritario, porque la gente por cualquier cosa se viene derecho a la Posta y le quita el lugar a quien realmente necesita, que es una urgencia”.

Los problemas de calidad de atención también se explican porque “hay fondos que se desvían para otras cosas, por eso

se debe ejercer mayor control ciudadano para que los recursos vayan donde deben ir”. Las/os dirigentas/es enfatizan en que “hay que volver al Ministerio porque el sistema municipalizado no funciona bien, y para que eso ocurra, se tiene que cambiar la Constitución, porque garantiza el acceso, pero no el derecho, ni la buena calidad de atención”.

Otro dirigente agregó que la demanda de desmunicipalización de la salud “la estamos planteando hace mucho tiempo, porque resulta que si bien el gobierno entrega la parte que le corresponde a la municipalidad, ésta no la invierte en la salud, sino que en otra área”

En cuanto a calidad de atención, un problema importante es el tiempo de espera para lograr atención. Un dirigente señala que “se llega a las 6 de la mañana, la entrega de números

comienza de las 8:30 a las 9, y resulta que hay personas que no alcanzan a ser atendidas y las hacen venir nuevamente en la tarde, gastando doble movilización. Cuando a uno le

dan el número para que lo atiendan, resulta que la doctora o el médico no fue, entonces son tres meses los que hay que esperar y esto perjudica a otras 15 o 20 personas”.



SALUD EN ADULTAS/OS MAYORES

“La mayoría de los adultos son pensionados y viven en condiciones paupérrimas que no les permiten atender todos los problemas de salud”

Palabras de una dirigente, Valparaíso 2013.

¿Qué necesidades afectan la salud de la comunidad?

Dación de horas para adultas mayores
Cantidad de horas versus los usuarios.

Horas agendadas desde la dirección.

Aumento de población adulta mayor con condiciones de vida precarias.

26/ Falta de atención al adulto mayor en riesgo, y postrados.
Alargue en el tratamiento dental de las/os adultos mayores.
Poca ayuda a terapia y tratamiento.
Demora en los exámenes.

Calidad de vida del cuidador del adulto mayor.

Papel del Estado en el cuidado del adulto mayor.

¿Qué proponen las organizaciones para mejorar la salud de las y los adultos mayores?

SOME diferenciado para adultas mayores.
Horario flexible para la toma de horas.
Racionalización (limpieza) de usuarios que no corresponden.

Descentralización de las agendas. Que cada consultorio tenga su agenda propia.

Mejorar pensiones. Inclusión total.

Más atención y preocupación a los postrados de CESFAM Plaza Justicia.
Necesidad de que los consultorios cuenten con un geriatra para atención del adulto mayor que no se vea obligado a asistir a atención particular.
Mejorar terapias y tratamientos para personas postradas.
Generar un grupo especial para ayudar a personas postradas Visita de médico a adultos mayores al domicilio.

Ayuda para los cuidadores que se encuentran desorientados muchas veces.
Mejorar la infraestructura para que permita los desplazamientos a la comunidad adulta mayor de los cerros de Valparaíso.
Exista un apoyo económico en transporte.

Generar programas específicos de atención, contratar a médicos en atención primaria.
Más preocupación en el adulto mayor en especialidad en geriatría.

El grupo parte su exposición señalando que “nuestra población llamada tercera edad tiende a ir en aumento y vive más. Por lo general sus ingresos son muy bajos. El Estado no invierte los recursos para su debida atención en salud”.

El grupo de trabajo prioriza “la entrega de horas y para mejorar ese problema se requiere descentralizar el SOME. Hay muchos más usuarios que cantidad de horas, además los adultos mayores deberían tener la opción de pedir horas por teléfono, sin necesidad de estar haciendo colas tan temprano”.

“La mayoría de los adultos son pensionados y viven en condiciones paupérrimas que no les permite atender todos los problemas de salud. FONASA es muy poco lo que nos ayuda. No se deberían rebajar nuestras pensiones. Ningún adulto debería pagar el 7% de salud, sólo un 2%”.

Se plantea que el adulto/a mayor “debería tener mayor inclusión en todas las actividades de la vida cotidiana, derecho a recreación, a la cultura, derecho a salir de la casa, que pueda asistir a conciertos, al teatro, cine. Con una pensión de \$130.000 no tenemos derecho a la recreación”.

Para el grupo es fundamental “la inclusión total, que realmente el adulto mayor se sienta partícipe de una sociedad, que no sea lo que botó la ola”.

Finalmente este grupo informa y hace un llamado a “apoyar un proyecto de ley en el Parlamento que garantice los derechos de los adultos mayores y tenemos que ayudar para que se haga ley”.



3.3 Región del Maule

El día 24 de junio en el Centro Comunitario Intendente Germán Castro de Talca, se realizó la Jornada Regional “Movilizándonos por Justicia y Dignidad en Salud”, donde organizaciones sociales y gremiales, mediante un proceso participativo, identificaron las necesidades en salud que vive la comunidad y las propuestas de acción.

En este espacio de trabajo colectivo y diverso, participaron 28 organizaciones, destacando la presencia de organizaciones gremiales, así como de varias ciudades y comunas de la Región.

1. Centro de Mujeres Quidell
2. Consejo Comunal para la discapacidad
3. Consejo de desarrollo local de salud Carlos Trump
4. Consejo consultivo Hospital Regional de Talca
5. Transgéneras por el Cambio
6. Junta de vecinos Santa María
7. Unión comunal de juntas de vecinos
8. Casa de la mujerSol y Esperanza de San Clemente
9. FENPRUSSTalca
10. Tierra Fértil
11. Red de Violencia El Maule

12. APRUSS Costa
13. Junta de Vecinos Brilla El Sol
14. APRUSS Talca
15. FENPRUSS Curicó
16. Red Chilena PVIH
17. Organización de Mujeres del Maule
18. Mesa fe Mujeres TeKufenn Curicó
19. Junta de Vecinos Tres Puentes San Clemente
20. Domodungu
21. FENPRUSS Parral
22. CODISTAL
23. Centro de Salud Florida
24. Unión Comunal Junta de Vecinos Talca
25. Centro de Salud San Clemente
26. FENPRUSS Maule
27. Consejo Consultivo Faustino González
28. CDL Julio Contardo

Las necesidades y propuestas formuladas por las organizaciones participantes en esta Jornada, se agruparon en cinco ejes temáticos:

- Sistema de salud
- Calidad de la atención primaria y secundaria
- Participación social en salud
- Discriminación a mujeres y transgéneras
- Salud mental.



SISTEMA DE SALUD

“Si nosotros somos uno y tenemos la fuerza suficiente para lograr una transformación del modelo y una nueva Constitución y si los dirigentes de la salud estuviésemos presente, sería una cadena y eso es a lo que aspiramos”

Palabras de una dirigente de salud en la jornada de Talca, 2013.

¿Qué necesidades afectan la salud de la comunidad?

La Constitución permite el lucro en la salud.

Sistema económico que impera favorece el lucro en la salud.

Imposición de salud concesionada.

Carencia de recursos en el sistema público.

Indiferencia de la sociedad civil ante la demanda de los gremios frente a la privatización.

Carencias en el sistema de atención primaria.

Precarias pensiones (AFP).

¿Qué proponen las organizaciones para mejorar el sistema de salud?

Articulación de la sociedad civil.
Empoderamiento de la sociedad civil.
Generar congresos comunitarios en salud (civil-público), que sean de carácter resolutivo.
Reforma constitucional, que exista Derecho a la Salud y no sólo al acceso.

Fortalecimiento al sistema de salud público.
Garantizar la salud como un derecho en el sistema.
Término de las Isapres (sistema solidario).
Fondo único en salud.

Estado a cargo de la infraestructura.
Estado a cargo de las prestaciones y no de la compra de servicios externos. (ej. alimentación-aseo-lavandería, etc.)
No a la compra de servicios desde el sector privado.

Aumento en el presupuesto nacional.
Mejora salarial RR.HH.
Incentivos al retiro.
Falta de la inversión necesaria en la salud pública.
Compromiso real del Estado por la salud disminuyendo las brechas en carencia de profesionales especialistas.

Difusión.
Movilizaciones.
Campañas solidarias intersectoriales.
Fortalecimiento de mesas sociales de salud.

Devolución de la salud primaria al Ministerio.

Reformar el sistema de pensiones por uno justo y solidario.

En los análisis de grupo **el principal problema que se considera es el lucro en la salud**, en el cual se identifican cinco causas, la primera de ellas es porque la Constitución lo permite. Las acciones propuestas por el grupo es crear “una red de contactos donde todas/os podamos tener el conocimiento de

las necesidades en salud, ya que necesitamos que la salud no sea privatizada, porque el problema no es sólo de funcionarios o usuarios”. La segunda causa es el sistema económico que impera pues por un tema social y de desconocimiento

siempre la salud pública está en desmedro, es mal mirada. Si la persona se enfermase prefiere el sistema privado porque “se desconoce que los mismos médicos que atienden en el hospital, son los que atienden en una clínica”, situación que debe modificarse, ya que “si somos usuarios/as del sistema público, es preciso avanzar hacia su fortalecimiento”.

La tercera causa identificada por el grupo apunta a la concesión hospitalaria que se está avanzando en el sistema público. De ahí que las demandas por construir hospitales que hacen las y los usuarios, debe considerar que la infraestructura y su equipamiento deben ser de directa responsabilidad del Estado y no de los privados. Con fondos públicos se puede tener un excelente hospital y para ello es indispensable tener un acuerdo donde todos demandemos salud pública”.

La cuarta causa se refiere a la carencia de recursos en el sistema público, pues si en la salud pública no hay buenos sueldos nada garantiza que exista una buena dotación de especialistas, ya que la población y las necesidades aumentan, pero los recursos humanos siguen siendo los mismos. “Necesitamos que existan buenas prestaciones y rápido y no porque necesite atención de un otorrino voy a esperar un año y hacer una fila muy temprano para ser atendido”.

“El sistema tiene que funcionar con fondos públicos. El 2,6% del PIB se va a salud lo cual es muy bajo, no basta tener buena gestión en salud pública sin el presupuesto necesario. Todos los problemas de este país son un problema del modelo de mercado, por ello es importante definir si queremos reforma o cambio en la Constitución y en la Ley de Salud”.

CALIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA:

“Los recursos públicos que hay para la salud pública tienen que ser para lo público y no para los privados, por ejemplo si se paga a un privado que sea poco porque hoy se aprovechan de la circunstancia”

Palabras de un dirigente comunitario, 2013.

¿Qué necesidades afectan la salud de la comunidad?	¿Qué proponen las organizaciones para mejorar la atención en salud primaria y secundaria?
No están las personas idóneas en los cargos. Maltrato en la atención en salud por parte de funcionarios/as y por parte de las y los usuarios.	Exigir mejoramiento de la selección de funcionarios o profesionales. Mejorar el sistema de calificación de personal. Fortalecer el funcionamiento de los consejos de desarrollo. Fortalecer el funcionamiento de las OIRS.
Insuficiente fiscalización a los centros de salud.	Fiscalización por parte de FONASA, SEREMI, Superintendencia. Capacitación para funcionarios. Capacitación para los usuarios. Fortalecer la OIRS y darle autonomía.
Déficit de infraestructura y recursos humanos y materiales.	Solicitar aumento de presupuesto. Fiscalizar la inversión. Los recursos públicos deben ir en mayor medida hacia el fortalecimiento de la salud pública.
Comunidad poco informada y poco comprometida	Fortalecer los Consejos de Desarrollo. Difundir los beneficios del Estado. Empoderar a las organizaciones y a la gente en general.
Falta de horas de atención en SAPU 24 horas.	Mejorar la gestión que garantice que las y los médicos cumplan los horarios de atención. Dar horas específicas para adultas/os mayores.
Falta acentuar y proveer de más recursos para la prevención	Generar programas específicos de promoción de salud junto a las comunidades.

El grupo señala como **principal problema la deficiencia en la gestión administrativa y la falta de inversión pública en salud.** Una de las causas es que no estarían las personas idóneas en los cargos. De ahí la propuesta de velar por evaluaciones que no sólo se fijen en los indicadores de cumplimiento de metas, sino que también consideren las evaluaciones que realizan las y los usuarios del sistema, y que se incorporen

autoevaluaciones por parte de las y los funcionarios, además de la evaluación vertical que pueden concretar sus jefes directos. En este mismo punto, se propone que las OIRS sean autónomas con el objeto de garantizar la fiscalización y satisfacción de las demandas.

El diagnóstico que realiza el grupo considera que el modelo económico de mercado es lo que permite el lucro, ya que todo

se evalúa desde una medición productiva, las y los usuarios son un número, el sistema está deshumanizado. Por ello se propone cambiar las pautas de evaluación, porque si tienes buena nota te sirve para hacer carrera funcionaria, pero el cómo se atiende también se tiene que evaluar: “si muchas veces sientes que lo estás haciendo bien, pero el usuario no ve eso es porque el funcionario, no está escuchando”.

En cuanto a la gestión y atención se propone que se incorpore mayor dotación de recursos humanos, ya que existe un aumento de la población y mayor demanda. Con ello el mejoramiento de la infraestructura en atención primaria y secundaria se hace indispensable para garantizar una calidad de la atención.

Respecto a la administración de los recursos y financiamiento del sistema público, se resaltó que los recursos tienen que ser para lo público y no para los privados. En relación a los sueldos del gremio de la salud se señala que son bastante bajos y eso promueve la fuga de profesionales del sector público al privado. Por ello se propone que en la Universidad del Maule se promueva que las y los estudiantes de medicina trabajen un tiempo en la región, y se entreguen becas para que las y los profesionales no migren a otros lugares. “El sistema tiene que ofrecer algo mejor para que las y los médicos trabajen en la región y no sea sólo un negocio”. También se propuso que los procesos de formación de las y los profesionales de la salud, deberían ser más integral, para “construir profesionales que tengan una visión de conjunto, social, y no mercantil”.

En el grupo se plantea que en la atención primaria el principal problema es la atención, mientras que en los hospitales, es la inversión. “Para tener una salud de calidad faltan recursos para contratar personal y mejorar infraestructura. Hoy se gasta casi el 2% del PIB, cuando se debería estar invirtiendo

el 6%”. También se señala que se debe mejorar el sistema de ingreso de los funcionarios al sistema público. Promover que lleguen profesionales bien capacitados a la salud pública y de distintos grados como las/os técnicas de nivel superior, administrativos. La gente está formada, pero no específicamente en el área de salud”.

En relación a la administración de los servicios, el grupo indica que la atención primaria es muy diferente a la secundaria. En la primaria hay política directa de los alcaldes y hay inestabilidad en las directrices. En cambio en los hospitales es más técnico, al tener que designar directores. Respecto de la política local, el grupo expresó que de los cinco centros de salud familiar (CESFAM), algunos tienen un horario de atención hasta las 23 horas y no hasta las 24. Las autoridades deben fiscalizar que se cumplan con los programas de atención, las horas y también se entreguen los tratamientos necesarios para la población, pues ocurre que tanto en la atención primaria como secundaria no están disponibles los medicamentos, lo que genera un problema para las y los usuarios, que van en reiteradas ocasiones a buscar sus medicinas. “Frente a las necesidades de entrega de horas de atención, la situación es grave. Respecto a los especialistas son amplias las listas de espera, incluso en los centros de salud las horas de interconsulta están frenadas, archivadas”.

Por último se generó un debate respecto a los Consejos de Salud y su pertinencia. Un dirigente señaló que es muy importante trabajar articuladamente y con más organizaciones, así tomar los Consejos de Salud como ámbitos para la incidencia en las políticas públicas. Por otro lado, desde una postura crítica, otra dirigente declaró que la participación en los consejos es escasa porque esta forma de organización ha sido impuesta desde arriba y no se partió motivando a las bases.

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

“Se debe fortalecer las organizaciones para que el usuario tenga protagonismo, porque hoy se están construyendo hospitales concesionados y mucha gente no sabe, porque sólo cuando está el problema instaurado se entera, por ello falta protagonismo de los usuarios en salud”.

Palabras de un dirigente en la jornada de Talca 2013.

30/

¿Qué necesidades afectan la salud de la comunidad?

Falta de participación de los usuarios de la salud. Poco incentivo de parte de la institucionalidad de salud para incorporar a las y los usuarios. Deficientes relaciones y coordinaciones entre los organismos de salud y ciudadanía.

Escasa o nula información del sistema. Falta información del funcionamiento de la salud primaria y secundaria y de la red de salud.

Falta de voluntad política de parte de la autoridad para la participación real.

Falta coordinación de los consejos consultivos de la comuna.

¿Qué proponen las organizaciones para mejorar la participación social en salud?

Desarrollar desde los usuarios un sistema de participación.
Exigir al Estado financiar la participación.
Mesas permanentes.
Medios de comunicación.

Formación de usuarios especialistas en salud.

Instalación de sistemas para decidir políticas públicas con carácter vinculante.
Elegir a aquellas autoridades que se comprometen.

Integración de las comunas rurales y urbanas en los procesos de participación.

El grupo diagnosticó tres problemáticas. La primera se relaciona a la falta de información que tienen los usuarios, ámbito donde las organizaciones pueden hacer mucho. Por ejemplo capacitar cómo se debe proceder para solicitar una hora médica a objeto de no entorpecer el trabajo ni atochar el servicio. Al mismo tiempo, los servicios públicos también tienen que educar a los usuarios. El grupo señala que hay una falta de comunicación entre los hospitales y usuarios. Al respecto se precisó que “debemos atender que si los usuarios no tenemos información de asuntos importantes, disminuye el interés, porque ¿cómo voy a participar de aquello que no conozco?, por lo tanto no me interesa más allá de lo que veo y punto”.

En segundo término plantea que existe falta de coordinación entre los consejos consultivos ya que se repiten las problemáticas en los distintos centros, pero no hay una articulación para buscar las soluciones, y poder presentar por ejemplo proyectos a fondos regionales. La coordinación es crucial y puede aportar mucho en la información de usuarios. Se debe fortalecer las organizaciones para que el usuario tenga protagonismo, porque hoy se están construyendo hospitales concesionados y mucha gente no sabe, porque sólo cuando está el problema instaurado se entera.

“La autoridad sólo cumple lo que dice la ley 20.500, nos invitan a participar para escuchar, pero lo que digamos no les interesa”.

En un tercer punto se planteó “que las políticas públicas no tienen nada que ver con las necesidades que tienen las y los usuarios, no nos acompañan las leyes ni las políticas públicas”. Por ello la propuesta es que desde los usuarios se desarrolle una propuesta de participación, pues los legisladores sólo han permitido instancias consultivas. “Nosotros tenemos que exigir al Estado que la participación sea algo real, y para ello necesitamos financiamiento”.

Por último, el grupo hizo una crítica y un llamado a la acción colectiva. “Si nosotros no sacamos algo en limpio de las instancias donde nos reunimos, no habrá servido de nada. Todo esto que se hace hay que comunicarlo a quién, ¿nosotros somos todos los usuarios de Talca? ¿Somos todos los usuarios del país? No, entonces cómo nos comunicamos”. Se señala que las organizaciones no tienen acceso a los medios de comunicación masivos, y que ahora están las plataformas como facebook, pero se reconoce que no todos tienen internet. “Es necesario que todos tengamos nuestros medios de comunicación, de lo contrario no podremos difundir nuestras causas. Se pueden realizar otras formas de comunicación, como que cada uno asista a unas diez poblaciones para comunicar cuáles son nuestras propuestas, por ello es importante que de cada población haya un encargado de salud, la cual podría ser la especializada en la atención primaria”.

Se plantea que “para hacer efectivas las propuestas es importante ir más allá de la ley actual, pues se debe consignar en la Constitución cada ciudadano tiene poder de incidir en las políticas. Hoy estamos en el momento clave para que este punto sea contenido en la Constitución. Cuando nos pongamos de acuerdo tenemos que decir: “esto queremos señor candidato. Firma o no y si accede cobramos la palabra después, porque si no cumple debería renunciar porque la ciudadanía se lo exige. Tenemos una tarea en salud para cambiarla, pero la pregunta es ¿cómo podemos incidir para que las demandas sean escuchadas?”

“Ahí tenemos que ver por quién vamos a votar. Por ejemplo en salud, yo no he escuchado una propuesta respecto a los temas estructurales de la salud, por ello nosotros tenemos que ser contraparte y organizarnos. Hoy la ciudadanía está en la calle, preparémonos, nosotros tenemos que decidir”.

DISCRIMINACIÓN A MUJERES Y TRANSGÉNERAS:

“En cada espacio donde está la institucionalidad nos tratan como meros consultores y en ninguna medida cumplen con satisfacer las necesidades de las comunidades”

Palabras de una dirigente en la Jornada de Talca, 2013.

- Respecto a las necesidades de las mujeres:

¿Qué necesidades afectan la salud de la comunidad?

Falta un programa integral para tratar la salud mental de las mujeres.

Falta de medicamentos a personas con VIH y poca claridad en la canasta de medicamentos que cubre el AUGE.

No hay profesionales capacitados por área. Existe rotación de profesionales y no se tiene continuidad en las terapias.

¿Qué proponen las organizaciones para enfrentar el problema de la discriminación de grupos específicos?

Implementar un programa de salud mental integral y transversal que incorpore: Post-traumático (desastres), enfermedades catastróficas, etc.

Financiamiento al sistema público para garantizar el abastecimiento de medicamentos.

Reunión con director comunal de salud para informar y entregar un diagnóstico de las necesidades de la comunidad. Capacitar a los profesionales con incentivo para que se queden en los centros de atención.

La demanda de atención es muy grande y faltan horas de atención.

Catastro de personas que necesitan atención.
Presentar la demanda al director comunal de salud.
Lista de espera, revisar número.
Encuestas de satisfacción de usuarios.

Falta de financiamiento destinado a esta área desde el municipio.

Incorporarlo en el presupuesto municipal, contratación de personal.
Entregar financiamiento (subvención municipal), a las organizaciones que trabajan el tema.
Integrar a las monitoras en las terapias grupales, las mujeres tienen capacitación y se pueden realizar terapias grupales.

Falta de presencia en los consejos de desarrollo local de salud por parte de las organizaciones sociales.

Ser parte activa (integrarse) en los consejos de desarrollo local.
Mayor incidencia en las políticas públicas.

En la priorización de problemas, el grupo identificó que **la falta de un programa de salud mental para las mujeres** es una necesidad urgente. Existen varios factores que inciden en tener una salud mental no saludable, algunos de ellos son: las situaciones de estrés postraumático, todo lo relacionado con el efecto del terremoto, las enfermedades catastróficas, los derechos sexuales, el VIH Sida, el estrés laboral, todos los problemas que tienen los niños/as y jóvenes, el abuso sexual, etc.

La falta de programas de salud mental se debe a varias causas, una de ellas es la rotación de personal y las rápidas atenciones en sólo 15 minutos, lo cual no permite profundizar ni tener continuidad en las terapias. Otra causa es que existe una sobre demanda y las horas de atención no cubren todas las solicitudes. También la falta de financiamiento para implementar los programas de salud mental. Como cuarta causa el grupo hace referencia a la necesidad de que los consejos de salud, tengan injerencia en las materias de presupuestos y puedan ser activos en la generación de las políticas de salud local.

Además, se profundizó en la violencia y los derechos sexuales de las mujeres. La Legislación penaliza el derecho a decidir sobre nuestros cuerpos, Hasta 1989 el aborto terapéutico era legal, y en la actualidad no existe voluntad política para reponer y ampliar este derecho, pese a los intentos desde la sociedad civil, promoviendo leyes en el marco de los derechos, iniciativas que permanecen durmiendo en el Parlamento. Se denuncia además que no se cumple con la entrega de la píldora del día después, porque hay alcaldes que no garantizan este derecho. "Denunciar estas situaciones es un deber que tenemos las organizaciones".

Respecto de las mujeres que viven violencia se critica que sólo son atendidas en programas sectoriales y que además se está patologizando la violencia, enfrenándose sólo como

un problema de enfermedad, y no cultural y social. "Desde que empezamos a sentir que la violencia es algo natural, ahí tenemos un problema claro, porque el acoso verbal o físico no es natural".

En este grupo fue relevante el acento protagónico de las organizaciones en la construcción de una salud integral. Se señala la importancia del trabajo comunitario de las monitoras de salud y las contribuciones que ellas podrían realizar en la implementación de terapias grupales. "Las monitoras somos importantes y no somos tomadas en cuenta por no tener un título, tenemos mucha capacitación y experiencia. Nosotras sí podemos hacer terapias grupales en los servicios de salud. En la Casa de la Mujer, desde los consultorios nos enviaban personas a terapias grupales. El programa lo dirigía una asistente social del municipio, que ayudaba para el pasaje de transporte y teníamos bastante convocatoria. Ahora no existe ese recurso, no nos mandan pacientes y nosotras hacemos tratamiento gratuito".

Respecto a las instancias de participación, se criticó que estas son meramente consultivas. "**En cada espacio donde está la institucionalidad, nos tratan como meros consultores y en ninguna medida cumplen con satisfacer las necesidades de las comunidades". Por ello, una política de participación es una necesidad transversal en cada uno de los ejes analizados.**

Por último se criticaron las políticas públicas de salud y VIH, porque se dirigen a la población homosexual, desconociendo que existe un porcentaje de mujeres con la enfermedad, que también necesitan de programas estatales en esta materia. Si bien hay organizaciones que realizan talleres informativos aún existe desconocimiento de la legislación al respecto, afectando la salud pública, ya que es un tema transversal que debe trabajarse en conjunto de manera integral. "Se deben dejar las parcelas", reclama una de las participantes de la Jornada.

- Respecto a las necesidades de la comunidad transgénera:

¿Qué necesidades afectan la salud de la comunidad?	¿Qué proponen las organizaciones para enfrentar el problema de la discriminación de grupos específicos?
Falta de interés de parte de las autoridades de turno en las necesidades de la comunidad transgénera.	Mayor interés por la comunidad trans. Falta inclusión de dirigentes trans en la toma de decisiones. Pocos recursos para trabajar el tema. Reuniones con las autoridades.
Falta de especialistas en el tema transgénera.	Más interés por parte de los estudiantes en salud. Falta endocrinólogo especialista en el tema de transexualidad.
Poca información sobre la normativa. Discriminación por falta de conocimiento de la Circular Nº 21 (nombre social)	Mayor información. Más difusión sobre el tema. Activar la agenda transgénera para la atención en salud. Promoción de la Circular Nº 21 en los servicios de salud primario y secundario.
Poca fiscalización de parte de los SEREMI ante la agenda transgénera.	Más fiscalización para darle cumplimiento a la agenda.

La comunidad transgénera organizada en Talca planteó la necesidad de implementar una política pública efectiva, que garantice los derechos humanos, enfatizando la importancia que se conozca la Circular Nº21, que señala que cada transgénero/a debe ser reconocido por su nombre social en los centros salud. Además se deben realizar talleres sobre transexualidad en los servicios de salud con el objeto de que cada funcionaria/o pueda asegurar una buena calidad en la atención. “Nosotras somos transgéneras, nosotras trabajamos en salud y nos sentimos mal cuando un funcionario/a pública, nos dice “transgénero” o nos llaman por nuestro nombre de hombre”.

Aunque en el año 2011 el Ministro de Salud lanzó una agenda con los temas trans, que incluía la detección de las personas y derivarlos a endocrinólogos y psicólogos, se denuncia la carencia de especialistas en los servicios de salud, siendo Valparaíso la excepción a nivel nacional. Es un tema que afecta los derechos humanos de las personas trans, cuya población tienen una “esperanza de vida que no sobrepasa los 42 años”. En ese sentido, “es importante la Circular Nº 21, porque el sistema discrimina y aleja a las personas trans de los servicios de salud”. Las organizaciones son las que intentan sensibilizar y educar a las nuevas generaciones. “Nosotras hacemos mesas informativas y vamos a liceos y universidades. Esto afecta mucho a la salud pública a nivel local y nacional. Vemos que no hay interés por la atención de salud para nosotras. Por ello decimos que también son necesarias reuniones con autoridades como director de hospital, consultorio, entre otras”.

“Quiero terminar el tema diciendo que los grupos conservadores, consideran el estado de las personas trans como una enfermedad, por lo cual nosotros debemos trabajaren cambiar esa mentalidad, porque tiene que ver con los derechos humanos”.

Se plantea que en los Consejos de Desarrollo Local no están presentes las organizaciones trans, sin embargo en las mesas

de las SEREMI de Salud si se pueden presentar las necesidades y propuestas. En todo caso, advierten que en las SEREMI se vela por el cumplimiento de las agendas del gobierno, existiendo un interés utilitario de parte de los servicios de incorporar a las organizaciones en las campañas, por ejemplo de VIH. Se realizan voluntariados y talleres gratuitos, pero esto no es ampliado a instancias programáticas desde las políticas públicas, ni se reconoce el trabajo de las organizaciones, ni se entrega el financiamiento necesario a las organizaciones trans, para que se continúen realizando los talleres.

SALUD MENTAL:

“A los niños se les comienzan a medicar sin diagnóstico claro y luego se llega a la universidad y se dan cuenta que las pastillas que tomaban no eran beneficiosas”

Palabras de una dirigente en jornada de Talca, 2013.

Qué necesidades afectan la salud de la comunidad?	¿Qué proponen las organizaciones para mejorar la salud mental de la comunidad?
Insuficientes recursos destinados a la salud pública.	Exigir porcentajes más altos destinados a salud a través de movilizaciones. Sensibilizar al Parlamento.
Falta de profesionales dentro de la especialidad.	Incentivar la especialización en salud mental. Promover el interés de los estudiantes de medicina en la salud mental.
Diagnósticos no acertados ni oportunos.	Exigir un seguimiento de los diagnósticos en la región para tener datos estadísticos. Derecho a una segunda opinión o junta médica.
Discriminación a las personas con patologías en salud mental. Estigmatización e invisibilización.	Campañas de sensibilización en todos los ámbitos. Generar empatía entre pacientes y funcionarios. Respeto a los derechos y la atención en forma digna y oportuna.
Escaso acceso a la atención de salud mental en el servicio público. Estrés en personal especializado (afecta la atención).	Implementar programas de manejo de estrés en los grupos de trabajo. Generar instancias sanadoras para tratar el estrés postraumático (27 F)
Faltan programas específicos en determinadas problemáticas de salud mental.	Ampliar programas de atención en drogadicción. Generar programas específicos de grupos de apoyo para tratar la ludopatía: <i>“Después del 27F Curicó se pobló con máquinas de juego”</i>
Pocos especialistas lo que lleva a las atenciones muy distanciadas y sobre todo en salud mental, sin considerar terapias alternativas.	Aumentar la dotación de especialistas en los centros de atención. Incorporar terapias alternativas para los tratamientos de salud mental, por ejemplo reiki. Implementar programas para tratar la ludopatía en las mujeres. Restringir la instalación de máquinas de juegos de casino en las comunidades.
Discriminación y deshumanización en el trato por discapacidad física, psíquica, VIF y embarazo de alto riesgo.	Participación de todos para modificar cultura. Incorporar recursos para realizar campañas de no discriminación. Incorporar un lenguaje inclusivo en la atención en salud: <i>“Muchas veces hay un tema de lenguaje y de poner barreras a las personas que tienen problemas y a su familia, todo estaba en desmedro de la población”</i>

El grupo comienza señalando que **el principal problema es el escaso financiamiento a la salud pública y los programas de salud mental**, lo cual también conlleva a no tener las y los profesionales necesarios para asegurar la atención. Hay una mayor cantidad de demandantes de los que realmente pueden ser atendidos. *“Todos en determinado momento podemos necesitar una atención de salud mental, y eso no lo da el sistema público, no lo tiene. Hay escasa cobertura para realizar tratamientos, no hay lugares para que la gente pueda ser atendida con dignidad. Hay familias que tienen problemas graves de salud mental, entonces eso afecta a todo su entorno. Hay un déficit de los recursos que se entregan al*

país. No sólo la salud mental tiene pocos recursos, sino toda la salud pública”.

Se plantea que hay deficiencias en la calidad de atención en salud mental. *“Las personas cuando van al médico les recetan pastillas y después van a control, pero nunca les entregan el diagnóstico. Muchas veces a los niños se les comienza a medicar sin diagnóstico claro, y luego cuando el niño crece se dan cuenta que las pastillas que tomaba no eran beneficiosas. Hay colegios enteros que dan Ritalin y no llevan ningún control”*. Por ello el grupo señala como propuesta, *“exigir un control en la región para tener información y dar seguimiento, además de tener derecho a una segunda opinión. El gobierno*



se debe hacer cargo del valor de la consulta psicológica, para tener la certeza de ese diagnóstico”.

Otra causa que afecta la atención en salud mental, es la falta de tratamientos en los hospitales. “Hay pacientes que ingresan, pero no tienen un debido seguimiento y esto se ve aumentado por el escaso número de profesionales de psicología y psiquiatría en la red pública”.

El grupo señala que la discriminación hacia personas con patologías mentales, está instalada en nuestra cultura. “Aquí se requiere la participación de todos para modificar la cultura, por tanto los organismos públicos tienen que hacer mucho más, invertir recursos y realizar campañas de no discriminación. Nosotros discriminamos por problemas de educación y formación, por ello se deben hacer campañas desde kínder en adelante para que todos conozcan el tipo de problemas que existen”.

En la región del Maule, las secuelas del terremoto aún están presentes. En su diagnóstico el grupo reconoce que el manejo de estrés postraumático después del 27 de febrero, ha sido

deficiente, ya que no existen programas para superar el estrés. “Si no hacemos algo, la gente vivirá con dolor y miedo, por eso la comunidad tiene que estar alerta. Es un tema de salud pública que va minando la sociedad por debajo, y el daño se transmite de generación en generación”.

Se plantea que el estrés tanto de la comunidad, como de las y los funcionarios del área de salud mental, se deben atender de manera específica. Hay una sobre demanda en los consultorios, y es responsabilidad del Estado y de quién lo administra garantizar que en la salud pública existan recursos que permitan implementar programas de salud mental integral porque “actualmente se están comprando servicios, dándose formas distintas de privatización de manera solapada”.

Por último, el grupo reflexiona en torno a la falta de estadísticas sobre drogadicción, ludopatía, alcoholismo, ya que no se cuenta con un registro integrado de las problemáticas de la comunidad.



4. COMENTARIOS FINALES

La salud es un Derecho, es la convicción que anima el quehacer de las organizaciones sociales y de las trabajadoras/es de la salud, que se han vinculado a la iniciativa Movilizándonos por Justicia y Dignidad en Salud. Esta convicción de la ciudadanía organizada, emerge desde la diversidad de los territorios y problemáticas que movilizan su esfuerzo cotidiano, para apoyar a las personas, ejercer alguna influencia en los servicios y mejorar las condiciones que afectan su salud y la de sus comunidades.

En las Jornadas realizadas en las regiones de Valparaíso y del Maule, aceptaron nuestra invitación a levantar diagnósticos y propuestas regionales, una cantidad de organizaciones que sobrepasó nuestras expectativas, en total 62 organizaciones (34 y 28, respectivamente). Ello habla del interés de la ciudadanía organizada de construir colectivamente alternativas de acción, que permitan generar cambios en salud. Es reflejo de un interés que lentamente va ampliándose a través del país. Este año hemos sido testigos, de cómo los habitantes de algunas comunas y ciudades, plasmaron su descontento por la persistente falta de respuesta gubernamental a problemas de atención en salud, en importantes movilizaciones, que lograron apoyo desde otras regiones.

Una revisión de los planteamientos que surgen en las cinco regiones, en las que hemos impulsado las Jornadas Regionales, permite constatar que las organizaciones sociales, de usuarios/as y gremios de la salud, entienden que la salud es un derecho que debe ser reconocido y garantizado por el Estado. En las regiones de Valparaíso, El Maule y Biobío, las organizaciones plantean explícitamente que se requiere cambio en la Constitución Política del Estado, para hacer posible el reconocimiento y garantía de este derecho.

También, las propuestas de las cinco regiones indican que el fortalecimiento del sistema público, es condición indispensable para garantizar el derecho a la salud y el acceso a servicios en condiciones de calidad. Para las regiones de Valparaíso y El Maule, dicho fortalecimiento incluye el término a la municipalización en salud. En todas las regiones fortalecer el sistema público implica aumento de la inversión en infraestructura, en personal, en la dotación de recursos humanos especializados, incluyendo en algunas regiones condiciones justas y dignas para las/os funcionarios, políticas para la formación y retención de personal especializado en el sistema público, y la formación del personal de salud para una mayor consciencia de las diferencias culturales por género y etnia, lo que favorecería una atención humanizada.

En las regiones de Tarapacá, Metropolitana, Biobío y del Maule se plantea impedir la privatización y poner fin al lucro en la salud. En la primera región se propone restituir la capacidad de la CENABAST para garantizar el acceso a medicamentos y detener la privatización encubierta. En la región del Biobío se postula el término de las ISAPRES y la creación de un Fondo Único de Salud.

La participación en salud es otro eje en que las organizaciones identifican problemas y propuestas. En este ámbito en las cinco regiones en que hemos trabajado, se realizan planteamientos que dan cuenta de la imperiosa necesidad de cambios; de la frustración existente con las políticas impulsadas desde el Estado para cumplir con sus compromisos internacionales en materia de Derechos Humanos y participación ciudadana, que han llevado a la profusión de espacios consultivos y creación de mecanismos para recoger los reclamos de las/os usuarios, sin que estos tengan un carácter vinculante. Asimismo, se denuncian prácticas utilitarias o clientelistas como factores que desmovilizan y frenan la participación organizada.

Las organizaciones del Maule señalan que el Estado debe aportar financiamiento a un sistema de participación, impulsado desde la comunidad organizada. En la región de Tarapacá se plantean cambios en la legislación vigente para permitir una participación activa, vinculante y poder ciudadano en salud. También se postula que las OIRS deben transformarse en un mecanismo efectivo para ejercer control ciudadano.

En la Región Metropolitana y en la del Biobío, las organizaciones proponen acciones destinadas a fortalecer una participación comunitaria autónoma, generar un discurso propio en salud para instalarlo en espacios de interlocución a nivel local o en los servicios. En la región del Biobío se propone específicamente, promover a través de la acción organizada de los gremios de la salud y organizaciones sociales, el reconocimiento constitucional de la salud como derecho.

En todas las regiones los problemas de calidad de atención, se vinculan a la ausencia de mecanismos efectivos de participación, que permitan priorizar necesidades, precisar acciones, asignar recursos de acuerdo a las necesidades identificadas por la diversidad de organizaciones que trabajan en salud.

Un tercer ámbito de problemas y propuestas se refiere a Derechos Humanos en Salud, en el cual coinciden la mayoría de las organizaciones, identificando la discriminación que afecta

a la población migrante, diversidad sexual, personas que viven con VIH, mujeres, y población indígena. Esta vulneración de derechos, se expresa en prácticas que excluyen, que alejan a las personas de los servicios, que impiden o penalizan el ejercicio de derechos, que niegan el acceso a acciones de atención, prevención y promoción de derechos humanos, con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos. También se plantea que existe un desconocimiento generalizado de la salud como derecho humano, que afecta las prácticas de atención en salud y la capacidad de las personas para exigir sus derechos.

Se plantea como problema la ausencia de reconocimiento de la diversidad, que lleva homogeneizar la respuesta institucional, limitando el ejercicio de derechos. Existen necesidades distintas en las mujeres según ciclo vital, en la población migrante, a lesbianas, gay y personas trans, las que son invisibilizadas en la política pública. Se denuncia además, la criminalización del aborto, la violencia obstétrica y la violencia policial hacia trabajadoras sexuales y diversidad sexual. En una de las regiones se concluye que el centralismo de Estado en la toma de decisiones, priorización y distribución de recursos, no considera problemáticas territoriales y diversidad de necesidades en salud.

Las organizaciones proponen la incorporación de enfoques que permitan el reconocimiento de la diversidad desde una perspectiva de derechos humanos, y el desarrollo de programas en respuesta a las necesidades que presentan grupos específicos de población.

En las regiones de Tarapacá y Metropolitana, se propone la inclusión de los enfoques de género e interculturalidad, en la atención y en el diseño de políticas respectivamente. En la región de Tarapacá la propuesta incluye el reconocimiento legal de los sistemas de salud de los pueblos indígenas. En la región de Valparaíso se propone el fortalecimiento del Estado laico y perfeccionamiento de leyes antidiscriminación, para garantizar el acceso a servicios de atención, prevención y promoción en salud, así como el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, incluyendo el derecho de las mujeres al aborto.

En cuanto a programas específicos, en las regiones de Tarapacá y del Maule se coincide en la necesidad de programas de atención en violencia de género, prevención del VIH, programas de atención en salud para la población trans. En

la región del Maule se plantea la necesidad de programas de salud mental que atiendan el estrés post traumático asociado al terremoto de febrero de 2010, así como a enfermedades catastróficas.

Con respecto a la experiencia de articulación que representan las mesas de salud, estas se declaran abiertas y convocantes a nuevos actores sociales para aunar fuerzas en la demanda de Salud como Derecho; y existe consenso en las tres experiencias descritas en este documento, de la importancia de la movilización como herramienta para generar las transformaciones estructurales que el país requiere en materia sanitaria. Las Mesas trascienden la institucionalidad, y van más allá de convertirse en simples espacios de peticiones. Surge como desafío el seguir trabajando para fortalecer la vinculación con otras demandas del movimiento social chileno, cuyo ethos es la reivindicación política por una nueva Constitución.

La Mesa Regional por la Salud (MRS) del Biobío se define como un espacio autónomo y de carácter territorial, que ha impulsado la creación de mesas comunales y locales, a diferencia de la Mesa Social por la Salud conformada en Santiago que se atribuye representatividad nacional. La Mesa de Salud del Maule se encuentra en proceso de construcción y fortalecimiento, sumando nuevos actores y generando espacios de incidencia política.

Los diversos actores que conforman las Mesas están conscientes que el proceso de articulación de organizaciones sociales, gremiales y de usuarios/as resulta histórico, en un país donde luego del retorno a la democracia la clase política se encargó de desmovilizar al movimiento popular.

Las Mesas de Salud comparten un diagnóstico similar respecto a la nula participación en las decisiones que tienen las organizaciones y comunidades tanto en el ámbito local, regional y nacional, ante la existencia de instancias meramente consultivas y no vinculantes. Algunos servicios de salud han impulsado los denominados presupuestos participativos, lo que constituye un avance, pero todavía no existe un reconocimiento mayor a la autonomía de las organizaciones involucradas. En este sentido, las mesas tienen como desafío el democratizar y ampliar la participación ciudadana en la deliberación y toma de decisiones respecto a las políticas públicas de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- CALVIN, María Eugenia y GRANDON, Alicia. 1995. Monitoras de salud: Trayectorias de participación. Fundación EPES, Santiago de Chile.
- GOYENECHEA, Matías y SINCLAIRE, Danae. Artículo de opinión, publicado el 22 de mayo 2013. <http://ciperchile.cl/2013/05/22/las-rentables-heridas-de-la-salud-chilena/>
- HADJEZ, Esteban. 2012. A socio psychological perspective on community participation in health during the Unidad Popular government: Santiago de Chile, from 1970 to 1973. MSc MSc Health, Community and Development, London School of Economics and Political Science Institute of Social Psychology, Londres.
- ILLANES, María Angélica. 2007. Cuerpo y la sangre de la política, la construcción histórica de las visitadoras sociales (1887-1940). LOM Editores, Chile.
- LABRA, Maria Eliana. 2002. La reinvencción neoliberal de la inequidad en Chile: el caso de la salud. *Cad. Saúde Pública* [online]. vol.18, n.4, pp. 1041-1052. ISSN 0102-311X.
- MESA REGIONAL POR LA SALUD (2013). Declaración "Propuestas ante el estado crítico del sistema público de salud", en <http://www.epes.cl/2013/06/mesa-regional-por-la-salud-propuestas-ante-crisis-del-sistema-publico-de-salud-que-lucra-y-privatiza-un-derecho/>
- MESA POR LA SALUD DEL MAULE (2013). Declaración "Despierta y movilízate porque la salud que soñamos es posible".
- MESA SOCIAL POR LA SALUD (2012). "Otro Chile es posible, otra Salud también" en <http://www.lemondediplomatique.cl/Otro-Chile-es-posible-otra-salud.html>
- MIRANDA, Ernesto. 1990. Descentralización y privatización del sistema de salud chileno. Centro de Estudios Públicos. n. 39, pp. 5-65 www.cepchile.cl/dms/archivo_1640_1217/rev39_miranda.pdf
- MOLINA, Carlos. 2008. El Dr. Salvador Allende Gossens a 100 años de su nacimiento: una deuda pendiente, *Cuadernos Médico Sociales*, vol. 48, Nº 2, abril, Colegio Médico de Chile, pp. 93-106.
- 2010. Institucionalidad sanitaria chilena, 1889-1989. LOM Ediciones, Santiago de Chile.



*“No hay cambio sin
sueño, como no
hay sueño
sin esperanza”*

Paulo Freire.

Las normas internacionales de los derechos humanos prohíben toda discriminación en el acceso a la atención de la salud y a sus factores determinantes básicos, así como a los medios para conseguirlos, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluido el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole que tengan por objeto o resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud.

Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (2004)

EPES SANTIAGO

General Köerner 38. El Bosque.
Fono: (56 2) 25487617
Fax: (56 2) 25486021
Email: epes@epes.cl
www.epes.cl

EPES CONCEPCIÓN

Cautín 9133, Población René Schneider,
Hualpén.
Fono fax: (56 41)2470570
Email: epesconce@epes.cl