

V. PARTICIPACION COMUNITARIA EN ACCIONES DE SALUD

“EXPERIENCIAS DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y MOVILIZACION SOCIAL EN VILLA EL SALVADOR”

Jaime Zea Usca.

Regidor de la Municipalidad de Villa El Salvador

Agradezco en nombre del Alcalde de la Municipalidad de Villa El Salvador, la oportunidad de compartir esta experiencia con todos ustedes, que también desarrollan distintas experiencias dentro de la administración pública o en distintos proyectos de Lima e interior del país, y de esta manera, convencer-nos de que este trabajo que desarrollamos en Villa El Salvador no está aislado de la problemática nacional. Es un proyecto que no solamente es aplicable para Villa El Salvador sino que también puede servir para otros pueblos, para otros sectores de Lima y del interior del país.

Análisis histórico de Villa El Salvador

Quisiera dar a conocer la situación en que se transforma Villa El Salvador para tener una idea del porqué de estas características un poco, quizá, excepcionales. Como ustedes recordarán en el Gobierno del Presidente General Juan Velasco Alvarado en mayo de 1971, se origina una invasión en las pampas de Pamplona donde hoy día se encuentra la Universidad Ricardo Palma y otras urbanizaciones residenciales.

Esto origina un colapso al interior del Gobierno Velasco, creando una crisis gubernamental. Este gobierno denominado revolucionario, con un componente populista, hace que toda el área que estaba dentro de los planes de expansión de Lima para el año 2000 se destine para reubicar a toda esta invasión, entre las pampas donde se encuentra hoy Villa El Salvador.

La reubicación también coincide con la creación de la Oficina del Sistema Nacional de Apoyo a la Movilización Social (SINAMOS), que en la práctica fue la que elaboró la planificación urbana de Villa el Salvador y el Sistema Organizativo de Villa El Salvador se consolidó en lo que es la CUAVES Comunidad Urbana Autogestionaria de Villa El Salvador.

Villa El Salvador tiene una experiencia estatal, no es una experiencia oportunista, es una experiencia popular. Es a raíz del golpe de Morales Bermúdez en el año 1975, donde la comunidad entra en crisis justamente por el paternalismo que este pueblo tenía del Gobierno de Velasco.

Villa El Salvador, denominada "La Niña Bonita" de Velasco, cambia totalmente cuando entra el General Morales Bermúdez y lógicamente esto genera la crisis de CUAVES, de las empresas comunales de propiedad social, la casa comunal, todo esto entra en quiebra, coincidiendo también con una crisis dirigencial, echándose la culpa de este fracaso de las autoridades comunales a los dirigentes, sin ser así.

Esta etapa de crisis, que dura aproximadamente un año, sirvió para que la propia comunidad y los dirigentes asumieran este proyecto, y lo que en un inicio era un proyecto del Estado pasa a ser un proyecto asumido por la propia población.

Identidad Social de Villa El Salvador

Los 300,000 habitantes de Villa El Salvador, están unidos a través de una sola organización, existiendo una identidad que es lo más importante, hay una identidad de salvadoreño que no es como en otros distritos, donde no hay identidad y es difícil lograr una unidad. Esto es en parte el proceso de Villa El Salvador.

Estructura Organizativa

Vamos a señalar ahora, cómo está organizado: Villa El Salvador mantiene el mismo proyecto organizativo poblacional desde sus orígenes: la distribución poblacional es a través de manzanas, cada manzana tiene 24 familias y las manzanas conforman un grupo residencial.

Los grupos residenciales conforman un sector y el conjunto de estos sectores conforma lo que es Villa El Salvador. A nivel organizacional se ha usado esta distribución poblacional, entonces por cada manzana, es decir por cada 24 familias se eligen 5 dirigentes; el secretario de salud, el secretario de producción y tres más; luego, en asamblea de pobladores del grupo residencial se eligen los dirigentes centrales de cada 16 manzanas, que son 8 dirigentes que forman la directiva central del grupo residencial, y después en una asamblea general de todos los delegados se elige la dirección máxima a nivel de todo Villa El Salvador.

En la asamblea denominada Convención de "Villa El Salvador", que se realiza cada dos años, se elige el Consejo Ejecutivo Comunal, que es la máxima dirección comunal de Villa El Salvador, conformado por 12 dirigentes. Esta forma organizacional ha permitido lograr una identidad propia del salvadoreño y una sola organización con 300,000 habitantes. Constituye una nueva y única experiencia a nivel nacional; no es un proyecto terminado, sino que está en constante revisión, recibiendo aportes en base a la práctica, los errores y aciertos.

Participación Comunitaria y Movilización Social

El tema sobre la experiencia concreta de lo que es participación comunitaria y movilización social en salud, es de sumo interés y lo consideramos como la capacidad del pueblo organizado de una comunidad para ejercer justamente ese derecho: decidir el destino de esos pueblos.

Es importante tener la idea de lo que viene pasando en Villa El Salvador, sin que esto signifique algo trivial; también somos conscientes que existen muchas deficiencias justamente por lo nueva que viene siendo esa experiencia. Por otro lado, también es importante asumir o tomar conciencia que el Estado está al servicio de la sociedad y no al revés, y por lo tanto, es la sociedad civil organizada la que determina sus objetivos y las formas más convenientes para lograr sus objetivos; entonces, es al Estado que le corresponde apoyar y garantizar el orden de esos objetivos que se traza la sociedad, respetar esos objetivos, respetar la organización natural de la sociedad y a sus representantes naturales y electivos, creo que esto de alguna manera también está establecido en la Constitución Política del Estado y lo asumimos, pero desgraciadamente la realidad es otra.

Desarrollo Autogestionario y Proyecto Social en Salud

Hasta 1984, en Villa el Salvador tenían presencia en las acciones de salud: el Ministerio de Salud con dos centros de atención ambulatoria; algunas organizaciones no gubernamentales, y la propia comunidad (CUAVES) a través de su Consejo de Salud. Cada una de estas tenían sus propios planes sin tener ninguna relación de coordinación.

En 1984, al iniciarse la primera gestión municipal (VES, fue creado como distrito en junio de 1983), encontramos distintas organizaciones y distintos planes de trabajo que no permitían aprovechar optimamente los recursos.

Constatamos la existencia de algunos organismos no gubernamentales que desarrollaban sus proyectos que no eran conocidos ni por el dirigente ni por el vecino de Villa el Salvador, pero contaban con la aprobación de la institución o fundación a quien se había presentado dichos proyectos para su financiamiento. Una vez terminados los proyectos, después de 2 ó 3 años, los ejecutores se marchaban, no dejaban nada, no había ninguna participación, ni conocimiento de la población sobre lo que se desarrollaba.

La CUAVES, como organización comunal, tenía su plan de trabajo; hasta entonces existía el proyecto del cono sur, en convenio con UNICEF que desarrollaba algunos trabajos de atención primaria, de formación de Promotoras de Salud, así como la constitución de módulos tópicos de salud, con ambiente de educación escolar, una cocina y un depósito.

La presencia del Municipio también por ley, en vez de crear o elaborar un plan de trabajo conjunto en salud, tenían su plan de acción independiente, ocasionando desperdicios de esfuerzos, superposición de acciones llegando incluso a contradicciones, a entorpecer acciones y muchas veces a darse con intereses encontrados.

Por este motivo es que nosotros optamos por convocar a todas estas instituciones, a la comunidad, al Ministerio de Salud a través de los Jefes de los Centros de Salud y a los representantes de las instituciones gubernamentales, con el propósito de lograr lo que denominamos en este momento: objetivos mínimos comunes.

Creíamos que tanto la comunidad como el Ministerio de Salud, como estos organismos no gubernamentales, en el fondo, tenían objetivos comunes. Entonces, eso era lo que queríamos que se hubiera asumido y que hiciéramos conciencia de ello, que cada uno no trabajara por su lado, sin ninguna articulación o coordinación entre ellos; esto se logró durante un buen tiempo y simultáneamente a esto en el verano de 1984, desarrollamos una campaña que posteriormente se convierte en programa: La campaña por el agua, contra la diarrea y la deshidratación de la población.

Durante todo este proceso llegamos al convencimiento que se tenía que respetar los objetivos trazados por la población organizada por encima de cualquier otro objetivo. Respetábamos que cualquier organismo gubernamental precisara sus objetivos concretos para un proyecto determinado, pero subordinados de alguna manera a los objetivos comunes de la población organizada; igualmente, teníamos esa misma opinión frente a los objetivos del Ministerio de Salud y la propia municipalidad.

Frente a esto nosotros, concientemente y por un cambio de línea política percibíamos que ya no era el municipio el que tenía que convocar estas reuniones de coordinación, sino que se tenía que dar a la organización comunal esta potestad, o sea darle autoridad a la organización comunal para convocar a las distintas organizaciones e instituciones incluido el sector del municipio; entonces, esto permitió que las distintas organizaciones vieran a la organización comunal con mayor respeto; es así que la experiencia que desarrollamos con el sistema organizativo de la campaña de agua, sirvió para que los técnicos de los organismos no gubernamentales, las autoridades del Municipio, los dirigentes de salud de la comunidad, los médicos de los centros de salud, participen en diversas comisiones de trabajo para trazar, ya no objetivos mínimos, sino un plan común en el que el Ministerio, la comunidad, el Municipio y los organismos no gubernamentales puedan trabajar en base a estos lineamientos.

Plan Unico de Salud Integral

Después de un proceso largo de discusión con las distintas organizaciones, la CUAVES convoca a una asamblea general de secretarios generales de salud en donde aprueban los lineamientos de lo que sería el "Plan único de salud integral de Villa El Salvador", (PUSI-VES), donde participaron representantes del Ministerio de Salud, que posteriormente fue reconocido por el Ministro de Salud, Dr. David Tejada, y representantes del Concejo Distrital y los técnicos de los organismos no gubernamentales; teniendo como objetivo central el fortalecimiento de la organización popular como instrumento de gobierno capaz de planificar, programar, ejecutar, supervisar, evaluar y controlar las acciones. Dentro de este objetivo central están enmarcados también específicos, como: de contribuir el índice de morbi-mortalidad, formación de recursos humanos con visión del fenómeno salud-enfermedad.

El PUSI-VES, tiene siete programas y 16 espacios territoriales (unidades operativas) donde deben ejecutarse los programas. Los programas son:

1. Farmacia comunal
2. Salud infantil
3. Salud de la madre,
4. Saneamiento ambiental,
5. Tuberculosis.
6. Alimentación y nutrición.
7. Recursos humanos.

Cada programa tiene una comisión integrada por dirigentes, técnicos y autoridades, con la finalidad de elevar la propuesta del plan de acción en base a las sugerencias o demandas de los grupos residenciales y Unidades Operativas (UU.OO.).

Las Unidades Operativas son espacios territoriales con una población entre diez mil a quince mil habitantes que equivale a un promedio de seis (6) grupos residenciales; tenemos actualmente 16 UU.OO.; próximamente entrarán a una reestructuración. Cada Unidad Operativa tiene una instancia orgánica conformada por los dirigentes de salud, las asistentes sociales de los comités del Vaso de Leche, de los comedores y los clubes de mujeres. Estas priorizan los programas que deben desarrollarse; por otro lado, cada Unidad Operativa cuenta con un equipo técnico que se encarga de ejecutar las acciones acordadas en constante coordinación y supervisión de la Unidad Operativa.

Consideramos que estamos en un 50% de lo propuesto; existen 10 Unidades Operativas que cuentan con equipos técnicos, de los siete programas, dos son los que se desarrollan con mayor regularidad, los representantes del Ministerio de Salud no participan en la mayoría de las comisiones, existen incomprendimientos dirigenciales conllevando a la pérdida de la articulación continua entre la dirigencia y las bases.

Durante este proceso se constata, que uno de los componentes esenciales para afirmar con mayor certeza la concreción de los objetivos es tener una línea política coherente con los objetivos trazados, una organización sólida, la posibilidad de contar con recursos necesarios y voluntad de decisión para ejecutar las acciones.

Como factores favorables tenemos lo nuevo del municipio y la CUAVES que se encuentran en proceso de reactivación; en lo desfavorable está que inmediatamente después de aprobado el Plan, se cambia la dirigencia de la CUAVES.

Por último, consideramos que, la salud, es la expresión social, político-económico y cultural de la persona y de la comunidad que se encuentran en constante y estrecha interrelación. Por lo que no podemos reducirla únicamente al componente biológico; sino considerarla como el conjunto de relaciones y procesos sociales en los cuales todos debemos participar.

“CONDUCCION Y APOYO A LA ESTRATEGIA PARA LA APLICACION DE LA POLITICA NACIONAL DE SALUD Y LA PARTICIPACION POPULAR - PUNO”

Dr. Carlos Cornejo Roselló.

Unidad Departamental de Salud de Puno - UDES-PUNO.

I. INTRODUCCION

La Política Nacional de Salud y por lo tanto el primer y medular lineamiento “movilización y participación del pueblo organizado en todos sus estratos y a todos los niveles del sistema de salud”, requiere para su aplicación, que los actores y ejecutores superen las barreras intelectuales y otros, intereses que dificultan y distorsionan el proceso que la aplicación de la política debe significar. Estas barreras se refieren a:

- La Política Nacional de Salud no es igual a lineamientos de política y esto es necesario de reconocer para asumirlo realmente a plenitud y acatar en la práctica en coherencia interna y externa. La Política Nacional de Salud tiene como un todo que es, partes cuya sumatoria mecánica no la explica.
- Los lineamientos de política no pueden ni deben ser puestos en práctica como si cada uno significara un fin en sí mismo.

- La Política Nacional de Salud debe generar en el proceso de su aplicación el compromiso político-social de los ciudadanos que por su situación marginal sienten y viven las carencias múltiples que la organización de la sociedad hace realidad.
- La Política Nacional de Salud y por tanto el primero y todos los lineamientos están dados para transformar el sistema de salud de injusto por marginatorio y elitista en justo, al responder a las reales necesidades y aspiraciones de la población mayoritaria del país.

II. OBJETIVOS

1. Acelerar y garantizar el proceso de cambio en salud a través de la aplicación de la estrategia operativa que permita la puesta en práctica de la Política Nacional de Salud.
2. Impulsar las acciones de carácter técnico, social y político para enfrentar la problemática de salud en el departamento.
3. Desarrollar un trabajo sanitario que permita, desde las Unidades Territoriales Mínimas de planificación de base (UTEM), que el sector salud contribuya al desarrollo y liberación del pueblo, consolidando los Programas de Desarrollo Microrregional (UMES), a través de la participación activa del pueblo, la descentralización de responsabilidad y autoridad, la acción intersectorial y la búsqueda de tecnologías propias.
4. Desarrollar y fortalecer desde las bases y en cada establecimiento de salud, el trabajo en equipo a través de la delegación progresiva de responsabilidad y acciones de sensibilización para lograr trabajos comprometidos con el pueblo.
5. Fortalecer el sistema educativo en salud que permita la autoafirmación histórica del pueblo.

III. METAS

1. Talleres de Sensibilización - Acción
 - 1.1 Cuatro en cada UMES: 24
 - 1.2 Cuatro en cada UTEM-128
2. Aplicación y Análisis de las Guías de Trabajo (Reunión)
 - 2.1 Cuatro en cada UMES: 24
 - 2.2 Cuatro en cada UTEM: 128
3. Encuentros con Comunidades Campesinas (Educación Popular)
 - 3.1 Cuatro encuentros por comunidad: 384

4. Conformación y Reunión de Comisiones Ad-hoc de Salud Comunitaria.
 - 4.1 Cinco reuniones en cada UMES: 30
 - 4.2 Seis reuniones en las UDES: 06
5. Talleres para la Acción Intersectorial: 03
 - Organización del espacio, participación del pueblo, programación local, saneamiento básico, nutrición, comunicaciones.
6. Reunión con dirigentes de organizaciones de base: 06
7. Encuentros con técnicos sanitarios: 06
8. Elaboración del Manual de Administración Sanitaria para la efectiva participación del pueblo: 01
9. Taller de metodología de capacitación en educación popular: 03

IV. DESCRIPCION DE LAS ACTIVIDADES

La Política Nacional de Salud encuentra serias dificultades prácticas por su aplicación debido a la tradición burocrática y asistencialista que anima a la mayoría del personal de salud así como el informe puramente normativo de los planes y programas que no reflejan la realidad y lógica socio-cultural del pueblo.

Las actividades que el proyecto debe desarrollar consisten en lo siguiente:

1. Talleres de sensibilización-acción

Se propone despertar el sentido de pertenencia e identificación del trabajador con su trabajo, incentivar su sentido de responsabilidad, autenticidad al participar en la discusión y análisis de problemas, así como la de autoridades locales y dirigentes de organizaciones populares y campesinas, cuya participación propone y define la realidad concreta aclarando las diferencias entre lo sustantivo y adjetivo de ella, posibilitando la ubicación de los trabajadores de salud en su más justa y exacta dimensión, abriendo el camino para recuperar la misión de servicio a través del compromiso y la acción social, para alcanzar mejores condiciones de vida.

1.1 Organización

Se reúnen el Equipo de Salud de la UMES o UTEM, según sea el caso, con los responsables de cada Puesto de Salud dependiente, el Comité Asesor y Técnico, Promotores de Salud, Parteras Tradicionales capacitadas, dirigentes de organizaciones de base, autoridades locales y representantes de otros sectores para tener un día de trabajo.

1.2 Metodología

- a) En la UTEM: Preguntar a los asistentes, cuya respuesta es por escrito. ¿Cuál es el principal problema que se confronta para mejorar las condiciones de vida en el ámbito geográfico de la UTEM?
- b) En la UMES (Hospital de Apoyo) se pregunta, ¿cuál es el principal problema que confronta el hospital?
- c) Sistematización de las respuestas en forma pública haciendo uso de lo más conveniente y agrupación de problemas.
- d) Conformación de los grupos de trabajo.
- e) Discusión siguiendo la siguiente secuencia:
 - Analizar y determinar la o las causas del problema. Se pretende llegar al ¿por qué?
 - Estudiar las consecuencias del problema. Profundizar el análisis sin despertar el espíritu acusioso de causa-efecto mecánico.
 - Estudiar los recursos necesarios en función a una solución general y de ello partir a los que existen y a los que faltarían.
 - Proponer tareas concretas y específicas que signifiquen factibilidad para no ocasionar frustraciones y cuyo tiempo de ejecución está entre los 3 y/o 6 meses. Este paso va acompañado de la asignación de responsabilidades a quienes competa la acción.

1.3 Monitoreo

Los talleres o reuniones de trabajo se deben ejecutar por lo menos cada tres meses en cada UTEM y UMES, para evaluar y analizar el cumplimiento de las tareas y continuar con la metodología propuesta.

2. Aplicación y análisis de las guías de trabajo

Instrumento de evaluación-acción permanente y sistemática, dinámica y flexible que permite facilitar la organización de las UMES y UTEM en coherencia al proceso político de cambio en salud, y prioridad en las acciones comunitarias para su desarrollo.

2.1 Diagnóstico

Además de aquellos aspectos clásicos del nivel y estructura de salud, así como de los factores condicionantes, se organizan los datos en función a programas de desarrollo microrregional y se introduce la variable ocupación para el análisis y el estudio de la morbilidad por tasas.

2.2 Planificación, presupuesto, inversiones y cooperación externa

En coherencia a la descentralización administrativa, creación de unidades microrregionales de salud como entidades ejecutores de presupuesto, se organizan los datos por Servicios Periféricos a la descentralización de los recursos de Bienes, Servicios y Personal a nivel de Centros y Puestos de Salud, diseñando formularios de sencillo manejo y fácil comprensión para apertura y evaluación de ejecución en razón a su vínculo con el control que debe ejercer la población organizada.

La programación local se analiza en función a la organización desarrollada y a los problemas y acciones planteadas que están en relación a campos del desarrollo económico y social, es decir a la acción de sectores productivos y acción multisectorial.

Los programas de salud se evalúan cada tres meses según atributos de concentración y rendimiento.

La cooperación externa se analiza en forma sintética a nivel de Centros y Puestos de Salud.

2.3 Formación de recursos humanos e investigación

Se agrupa al personal de salud en asistenciales y administrativos, ambos por profesionales y no profesionales, para tener el diagnóstico por todos los establecimientos en cuanto a disponibilidad de recursos humanos y su relación de proporción respecto a la población, todo ello también según programas de desarrollo microrregional.

Se plantean elementos de análisis y diagnósticos para Parteras y Promotores de Salud, siendo estos más específicos a nivel de de Centros y Puestos de Salud.

2.4 Organización de Servicios y Normación de Programas

Establecimientos por EEP, que cruzan la plantilla de personal ideal para establecer los balances y proyectar necesidades además de un cuestionario guía, para evaluar el desarrollo de los subprogramas.

2.5 Administración

Refiere aspectos de dirección y organización de personal, abastecimientos y contabilidad, para luego de establecer mecanismos de control y de procedimientos ver las posibilidades de desburocratización. Se establecen criterios diagnósticos para transportes y comunicaciones.

2.6 Participación comunitaria

Se hace referencia a la estructura y dinámica de la organización comunal existentes.

Por cada establecimiento se analiza la función de los Comités Asesores, para luego ver en detalle la participación del pueblo en los elementos del proceso administrativo en salud siguiente: Dirección y Gestión, Planificación, Organización, Coordinación y Control. Este último tendiente a introducir variables de control por la población en contabilidad, abastecimientos y personal fundamentalmente.

Se hace un diagnóstico y seguimiento de las acciones de educación social e información comunitaria y de saneamiento básico.

Están en la elaboración cuatro protocolos de investigación con la característica de ser o tratar de ser investigación-acción, es decir, operativas y de campo, para iniciar la resolución de problemas a través de la toma de decisiones a nivel local.

3. Encuentros con Comunidades Campesinas

Debe constituirse en la columna vertebral y directriz para la organización del trabajo sanitario y el fortalecimiento de la conciencia social así como de la identificación y consolidación del equipo de salud como tal por acción de la misma comunidad.

Significa la organización y/o concertación con dirigentes comunales para que el equipo de salud pueda convivir, participar activamente; esperamos que con el espíritu franco y la inteligencia abierta, de las costumbres comunales, conocer el terreno de sus múltiples carencias y de sus múltiples virtudes y valores y analizar, durante tres días junto con ellos, siendo uno más de ello, para ello y por ello, la clásica educación sanitaria o para la salud no va a significar sino una barrera para la acción por su carácter formal, académico, tradicional que hipervaloriza el conocimiento del técnico y por tanto produce perplejidad, asombro y descreimiento en los portadores de otro conocimiento, siendo así, la experiencia es válida sólo para mantener un determinado orden de cosas; por ello, la metodología propuesta es la educación de proceso o popular que permita con técnicas adecuadas a la realidad y características propias de la imaginación del pueblo y según los recursos existentes, y analizar conjuntamente, a partir de la experiencia cotidiana y del conocimiento técnico y andino en forma biunívoca, aquellos problemas que afectan las condiciones de vida, de carácter socio-estructural en relación a la nutrición, el saneamiento básico, las enfermedades transmisibles, la higiene personal y de la vivienda, la salud de la mujer y del niño y otros que la comunidad exprese como forma de lograr el despertar que haga posible el cambio y por tanto la imagen-objetivo que la política de gobierno y de salud indican: democratizar la salud, es decir, la salud en manos del pueblo.

En el presente proyecto, esta actividad está planeada para trabajar en cada UTEM con tres comunidades repitiendo la actividad en la misma comunidad cada tres meses y así progresivamente la cobertura de acción en el tiempo. La elección de la comunidad es por cada UTEM, debiendo ser en primera instancia, aquellas que están organizadas y que por ser elemento importante, dispongan o estén programadas para acciones de saneamiento básico rural.

La comunidad campesina básicamente heterogénea presenta una valoración propia acerca de su realidad a la que enfrentan con su propia cosmovisión, manteniendo formas ancestrales de organización y control social, las que progresivamente se van perdiendo sembrando su camino de una desintegración paulatina por la acción incoherente, paralela, paternalista que ejecutan las instituciones públicas y privadas en su afán de justificarse a sí mismas. La comunidad se torna dependiente de determinadas necesidades de orden físico que no correspondan a su propio sistema, van replicando más vicios que las virtudes de la cultura occidental.

La política de gobierno y en consonancia de la salud, proponen el cambio que significa democratizar el estado, vale decir, transformarlo para que esté al servicio de las necesidades, aspiraciones del pueblo y sea instrumento canalizador de su propia realización socio-cultural y ello exige un serio y responsable esfuerzo intelectual y de identificación, compromiso espiritual y anímico con las mayorías postergadas, esencia de la región, para desplegar capacidades y organizar las estructuras y el trabajo.

El proyecto requiere, además de las unidades que figuran en los items IV y V, una organización ad-hoc que esté animada por trabajadores que por sus propias características y condiciones peculiares hagan posible el cambio que la política propone. Esta organización ad-hoc, aparte de la significancia conceptual y doctrinada que implican las direcciones de Unidades Micro-regionales de Salud (UMES) y de las Unidades Territoriales Mínimas de planificación de base (UTEM), cuyos responsables esperamos se conviertan con el tiempo y la acción en los líderes que el proceso requiere, parte de la organización ad-hoc de la Oficina de Coordinación de las UMES cuyos elementos operativos deben operar desde las bases, es decir, desde sus propios establecimientos periféricos pero en espacios mayores, por ello, el departamento es subdividido funcionalmente en tres macroespacios:

1. Norte : Incluye los ámbitos de las UMES Ayaviri y Azángaro (12 UTEM).
2. Centro : Incluye los ámbitos de las UMES Huancané y Juliaca (10 UTEM).
3. Sur : Incluye los ámbitos de las UMES Puno y Juli. (10 UTEM).

Cada uno de ellos es animado por cuatro trabajadores dependientes estructuralmente de sus establecimientos de origen y funcionalmente de la Oficina de Coordinación de las UMES, quienes serán las que apoyen y despierten la capacidad creadora, de trabajo y de compromiso en la acción social a direcciones y responsables de cada UTEM y a los equipos de trabajo de cada establecimiento y encuentren el camino a la comunidad. En esta organización se integra básicamente las oficinas de Apoyo a la Participación y la de Acción Intersectorial y apoya todas las Unidades Departamentales de Salud (UDES).

4. Conformación y reuniones Ad-Hoc de Salud Comunitaria

Significa descubrir trabajadores de salud que la burocracia tiene y mantiene en la trastienda del trabajo por la propia característica que la anima, el despotismo ilustrado.

En cada UMES es necesario encontrar entre 8 a 10 trabajadores que estando en los servicios periféricos, manteniendo por razones varias, su compromiso con la salud y la vida de sus semejantes y sufriendo con capa-

cidad las carencias y conociéndolas de primera línea porque también las vive, puedan ser escuchadas y su conocimiento puesto en práctica a través del proceso de toma de decisiones en cada UMES, este grupo humano debe ser enriquecido con 4 ó 5 dirigentes populares cuyo liderazgo tenga origen en las condiciones naturales de su personalidad social. Creemos que esta Comisión Ad-hoc puede y debe ser de carácter relevante para que el Director y equipo de la UMES interprete con mayor propiedad la realidad sanitaria y pueda tomar decisiones que permitan superar y transformar las injusticias, organizando sistemática y dinámicamente el trabajo sanitario.

El proyecto espera que se realicen en cada UMES un mínimo de cinco reuniones al año en las que se programa una a una las tomas de discusión dejando tareas específicas a sus miembros y creemos que a este nivel se debe realizar la evaluación permanente de la actividad tres, siendo suficientes dos días por reunión de trabajo. La misma actividad se ejecuta en la UDES.

5. Talleres para la Acción Intersectorial

Los temas básicos para ser analizados intersectorialmente deben responder a los acontecimientos o contingencias que la burocracia departamental presente, teniendo como elemento importante para la acción, el planeamiento de situaciones claras y específicas que posibiliten su evaluación y despierten la impostergable necesidad de pensar y actuar integral y comprensivamente a nivel de las instituciones estatales y que a su vez permiten reforzar en su conjunto el presente proyecto.

Creemos que cada taller debe ser de cinco días de duración y a nivel departamental sin menoscabo de las acciones de este carácter a nivel de UMES y UTEM que a la larga son y serán siempre más significativas y de mayor impacto para la acción concreta.

6. Reunión con Dirigentes de Organizaciones de Base

Se programan seis reuniones, dos en el año por cada macroespacio referido en la organización que figura en el presente ítem, con el propósito de realizar la primera de análisis y de tareas en el ámbito de una UMES y la siguiente de evaluación en el ámbito de la otra UMES conformante del macroespacio. Es obvio que los temas a tratar se centran básicamente en la participación activa del pueblo, en la difusión y conocimiento de la actividad ocho, en problemas y resultados de la actividad 3, y motivar a dicho nivel la presión social que se requiere para despertar el sentido de supervivencia de la burocracia departamental para ponernos a todos a tono con las necesidades y aspiraciones del pueblo.

Son reuniones descentralizadas por cuanto la participación debe generarse desde la base y para que las mismas organizaciones ejerzan el poder en forma democrática.

7. Encuentros con técnicos sanitarios

Sigue la modalidad organizativa del ítem anterior.

Creemos que el espíritu y la letra de estos encuentros no deben ser preparados con esquemas de conocimientos técnicos y académicos, respecto a problemas específicos de salud que por lo general significan tratar daños o enfermedades al interior de programas o propiciar conductas normadas desde fuera, por ello, el temario debe surgir a partir de la propia experiencia y conocimiento del Técnico Sanitario respecto a la realidad que él y su comunidad confrontan cotidianamente, constituyéndose en las células vitales para la acción intersectorial.

Es necesario revalorar al técnico sanitario porque del íntegro de trabajadores, es el que más en armonía está con las culturas de nuestro pueblo (quechua y aymara), está más cerca de la realidad y el abandono en que se encuentra puede y está siendo generador de conductas impropias y propias de un tipo de mercantilismo en consonancia con la actividad privada de la medicina occidental.

8. Manual de administración sanitaria para la participación del pueblo

Instrumento de conocimiento útil y práctico para que dirigentes de organizaciones de base puedan ejercer el control de los servicios de salud y la presión necesaria con conocimiento de causas y efectos, ya que se trata de, por ejemplo, buscar antes que la razón burocrática de la eficiencia del gasto, la razón social de él.

9. Taller de metodología de capacitación en educación popular

Serán tres, uno por cada macroespacio ya definido, con el propósito de preparar los cuadros que serán responsables por cada UTEM, de esta manera se consolida e incrementa el grupo de trabajadores que ya están sembrando la esencia del trabajo sanitario que proponemos. Significa la capacitación del trabajador en dinámica de grupo y manejo de técnicas de participación para responder en la práctica e ir aprendiendo de ella, sean técnicas para el análisis, la recreación y otras.

V. RESULTADOS PRELIMINARES

En este título, necesariamente se conjungan factores alentadores y desalentadores que actúan indistintamente y con diferente intensidad según se den las circunstancias sociales fundamentalmente y de acuerdo al elemento comprometido en forma central, más no total, pudiendo ser éstos: la organización comunal-campesina, las organizaciones de base de diferentes niveles, el propio sistema de salud o las autoridades locales y los otros sectores del estado, lo que exige una continua y permanente situación dinámica de evaluación-acción.

Con riesgo de juicios prematuros y tratando de ser objetivos, con la Comisión de Salud Comunitaria de las UDES adelantamos los siguientes puntos:

- Percepción de que las organizaciones populares de base y la comunidad campesina se muestre más permeable al propósito de democratizar la salud y empieza actuar en consecuencia; iniciándose un proceso de superación de barreras de decrecimiento y de desesperanza del pueblo respecto a su sistema de salud que fuera ajena a sus necesidades y aspiraciones. Se observa una mayor capacidad de convocatoria de parte de los trabajadores, en especial en comunidades que han tenido encuentros. La politización hiperideologizada aún significa un real problema, especialmente en organizaciones campesinas del ámbito departamental.
- Persiste la desconfianza respecto al discurso de la realidad y la política de salud por asebrados temores a la represión, a la posibilidad de perder ayuda asistencial y parternalista si se muestran rebeldes, y a la infaltable oferta de situaciones que no se cumplen.
- Los propios comuneros al realizar técnicas participativas de análisis caen en cuenta de sus contradicciones internas de orden organizativo, de manejo de recursos, de manipulaciones de dirigentes o comuneros de mayor estatuto económico relativo.
- Los trabajadores que más activamente participan en el proceso son observados por considerárseles extremistas tanto por el sistema de salud cuanto por autoridades locales; asunto que se agrava en las provincias de Azángaro y Melgar.
- El trabajo devela una realidad; la inseguridad del trabajador de periferie respecto a su actuar, máxime cuando se trata de la relación de los trabajadores hospitalarios, fundamentalmente profesionales en el intento de aplicar la política y se observa temor a asumir una tarea, una responsabilidad que no sea la clásica que la burocracia le asignó en el pasado y su conocimiento asistencialista permite.
Este asunto se está superando y hay claros indicios de un actuar colectivo que pone en conflicto a las autoridades y funcionarios que no actúan de acuerdo al espíritu de la Política Nacional de Salud.
- Agudización de los conflictos de poder en los integrantes del mal llamado equipo de salud, fundamentalmente al interior de los profesionales.
- Existe una diversidad de formas de reaccionar de autoridades comunales, distritales, provinciales desde la indiferencia en una mayoría, al franco rechazo cuando afectan sus intereses o generando en ellos desconciertos y muy pocas veces conflictos para quienes realmente asumen responsabilidades.

- Campesinos y dirigentes que a partir de la práctica caen en cuenta de la acción inorgánica, incoherente, parcelar y fragmentaria de las instituciones estatales respecto a la realidad cultural, económica, social y política que ellos viven, máxime cuando de participación se trata.
- Mayor claridad y conciencia respecto a que la forma tradicional de concepción y ejecución de los programas de salud no son internalizados por los comuneros.
- Conciencia más lúcida respecto a lo difícil que es y será lograr la participación del pueblo, activamente, tomando decisiones en cada uno de los elementos del proceso administrativo en salud, máxime que la formación de recursos humanos en salud está como en el pasado, como si no hubiese un nuevo gobierno, una política que es de cambio y transformación social.
- Afirmación de que es necesario continuar el trabajo con los trabajadores de periferia y los dirigentes comunitarios de base, un tanto al margen de la acción burocrática vertical.

VI. PARTICIPANTES AL SEMINARIO TALLER

– **INSTITUTO PERUANO PARA EL
DESARROLLO DE LA SALUD**

Dr. Gilberto Domínguez del Río.
Dr. Marco Antonio Garcés Morales.
Dra. Rosa Nakamatzu Nakamatzu.
Lic. Iris Vega Cárdenas.
Lic. Luis Noblecilla Jurado.
Lic. Carlos Sigwas Montoya.
Lic. Carlos Vigo Velásquez.

– **MINISTERIO DE SALUD
Dirección Técnica de Apoyo a la
Participación Comunitaria**

Sr. Víctor Cárdenas Navarro.
Sr. Luis Gavidia Castillo.
Sr. Alberto Salvatierra Hacha.
Sra. Susana Guevara Salas.
Sra. Consuelo Díaz Fernández.
Sr. Wilfredo Pilasco Flores.
Sra. Ida Soto Bazán.
Sra. María Rosa Chávez Sabrera.
Dr. Jorge Astocóndor Fuertes.
Sra. Paula Aparcana de Llanos.
Sra. Rosa Bustamante de Ramírez.
Sr. Gerardo Benites Llanos.

Dirección Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos

Dr. Guillermo Morales Stiglich.

Dirección Técnica de Logística e Informática

Ing. Gustavo Saavedra García.

Dirección Técnica de Programas Especiales

Dr. Luis Ramírez Vargas.
Dr. Mario Romo Mayuri.
Dr. Juan Ureta Tapia.
Dr. Walter Mariño Cabanillas
Dr. Luis León García.
Dr. César Montoya Obregón.
Dr. Jaime Gamarra Caiguaraico.
Dr. Guillermo Guibovich P

Oficina de Relaciones Públicas e Información

Sr. Oscar Chauca Cánepa.
Sr. Víctor Santiago Melgarejo.

Dirección de Alimentación y Nutrición

Sra. Elva Arévalo Ballón

Servicio Nacional de Inversión

Srta. Liz Michele Fernández Mejía.

Escuela Nacional de Salud Pública

Dr. Vicente Carrasco Reyes
Dr. Leoncio Barranzuela Sarango.
Srta. Norca Pimentel Hidalgo.

Unidades Departamentales de Salud

LIMA NORTE

Sra. María Elizabeth Palacios Alor.

LIMA SUR

Srta. Irene Vilchez Mendoza.

CALLAO

Sra. Rosa del Carpio de Bernuy.

CAJAMARCA

Srta. Rosa Capristán Carhuapoma.

PUNO

Dr. Carlos Cornejo Roselló D.

Sr. Agripino Inquilla Gonzales.

HUANUCO

Sr. Fortunato Calero Acosta.

- **INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL**
Dr. Pedro Rau Lavado.
Sr. José Serrano Angulo.
Srta. Nilda Delgado Zorrilla.
Sr. Manuel Mesones de Olarte.
Srta. Justa Quirós de Carrillo.
- **INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACION**
Sr. Max Meneses Rivas.
Srta. Nancy Torrejón Muñante.
Sr. José Portocarrero.
- **SANIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS Y POLICIALES**
HOSPITAL CENTRAL DE LAS FUERZAS ARMADAS
Dr. Luis Lazo Pacheco.
HOSPITAL DE LAS FUERZAS AEREAS
Dr. Luis Cavero Ortiz.
- **UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**
Dr. Luis Arellano Lozano.
- **CENTRO ASOCIACION PERU-MUJER**
Yacqueylene Paredes Y.
Cecilia Facundo H.
- **OFICINA SANITARIA PANAMERICANA OMS/OPS**
Dr. Javier Torres Goitia.
- **MUNICIPALIDAD DE VILLA EL SALVADOR**
Sr. Jaime Zea Usca.
- **CENTRO REGIONAL DE ESTUDIOS,
PLANIFICACION Y DESARROLLO**
Dr. Manuel Bernales

SALUD Y PARTICIPACION COMUNITARIA

EDICION

DIRECCION:

Dr. Gilberto Domínguez del Río.

COORDINACION GENERAL:

Lic. Angelina Requena Alcántara.

APOYO TECNICO:

Lic. Iris Vega Cárdenas.

Lic. Carlos Vigo Velásquez.

Lic. José R. Barreto Carreño.

APOYO ADMINISTRATIVO

Sra. Ana Maria Kerrigan Dueñas.

Sra. Frescía Figueroa Fortún.

Sra. Nancy Ordinola Falla.

**PUBLICACION FINANCIADA
POR EL CONCEJO NACIONAL DE
CIENCIA Y TECNOLOGIA -CONCYTEC-**