DOCUMENTO DE TRABAJO
PROGRAMA FLACSO-CHILE
NUMERO 436, NOVIEMBRE 1989

MUNICIPIO Y ACCION SOCIAL: ANALISIS DE CUATRO EXPERIENCIAS *

HERNAN POZO **

* La investigación de que da cuenta este documento fue en gran parte posible gracias a un grant de la Fundación Howard Heinz, de Estados Unidos. También colaboraron: NOVIB, de Holanda; IDRC, de Canadá; SARIC, de Suecia; y el Ministerio de Relaciones Exteriores del Gobierno de Italia.
** El profesor Adolfo Aldunate prestó asesoría metodológica.
María Isabel Toledo actuó como asistente de investigación.

Esta serie de Documentos es editada por el Programa de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), en Santiago de Chile. Las opiniones que en los documentos se presentan, así como los análisis e interpretaciones que en ellos se contienen, son de la responsabilidad exclusiva de sus autores y no refleja necesariamente los puntos de vista de la Facultad.

R E S U M E N

Este documento da cuenta de los resultados obtenidos del estudio de algunos proyectos sociales desarrollados directamente por municipios o con su estrecha colaboración, en el marco de las acciones emprendidas para combatir la extrema pobreza.

El primer capítulo, de carácter contextualizador, expone los rasgos generales del municipio y su competencia en materia de políticas sociales. Los siguientes capítulos analizan, respectivamente, cuatro proyectos: autoconstrucción en comunas de la provincia de Talagante, Centro de Salud Mental en la comuna de La Granja, Centros Comunitarios Educativo-Nutricionales de la comuna de La Florida y Consultorio de salud de Villa O'Higgins, de la misma comuna.

Estos proyectos son evaluados, fundamentalmente, desde un triple punto de vista: planificación, efectividad y participación de la comunidad, en la perspectiva de extraer lecciones para el futuro diseño de políticas sociales dirigidas hacia los sectores más desfavorecidos de la sociedad.

El capítulo final expone las conclusiones generales que se desprenden del análisis del conjunto de los proyectos y esboza algunas ideas en torno al proceso de transición a la democracia.

I N D I C E

Página

INTRODUCCION ..... 1.

I. LA MUNICIPALIDAD Y LAS POLITICAS PARA COMBATIR LA EXTREMA POBREZA ..... 5.

1. LA MUNICIPALIDAD BAJO EL REGIMEN DEMOCRATICO ..... 5.

2. LA MUNICIPALIDAD BAJO EL REGIMEN AUTORITARIO .....
   a. Las primeras transformaciones ..... 7.
   b. La ley orgánica de 1976 ..... 7.
   c. La ley de rentas municipales y otras normas ..... 8.
   d. La Constitución Política de 1980 ..... 11.
   e. La ley orgánica de municipalidades y CODECOS ..... 12.

3. LAS MUNICIPALIDADES Y LAS POLITICAS SOCIALES ..... 13.

II. UNA EXPERIENCIA DE AUTOCONSTRUCCION EN TRES COMUNAS DE LA PROVINCIA DE TALAGANTE ..... 14.

1. ANTECEDENTES ..... 21.

2. OBJETIVOS ..... 21.
   a. En la construcción ..... 22.
   b. En la organización ..... 22.

3. ORGANIZACION ..... 23.

4. LA MARCHA DEL PROYECTO ..... 23.
   a. La participación municipal ..... 24.
   b. El proceso de autoconstrucción ..... 24.

5. EFECTIVIDAD ..... 27.

6. CONCLUSIONES ..... 28.

29.

III. CENTRO DE SALUD MENTAL EN COMUNA DE LA GRANJA. 35.

1. ANTECEDENTES ..... 35.

2. OBJETIVOS ..... 36.

3. ORGANIZACION ..... 37.

4. LA ESTRATEGIA DEL PROYECTO ..... 38.

5. EL FUNCIONAMIENTO DEL PROYECTO ..... 38.
a. La prevención ..... 39.
b. La asistencia o atención directa ..... 40.

6. EL DESENLACE ..... 42.

7. LA EVALUACION DEL EQUIPO ..... 45.

8. NUESTRA EVALUACION ..... 46.

IV. CENTROS COMUNITARIOS EDUCATIVO-NUTRICIONALES, COMUNA DE LA FLORIDA ..... 53.

1. ANTECEDENTES ..... 53.

2. OBJETIVOS ..... 55.

3. PUESTA EN MARCHA Y ETAPAS ..... 56.

4. CARACTERIZACION DE LOS NIÑOS Y SUS FAMILIAS ..... 59.

5. VIA DE INGRESO A LOS CENTROS ..... 61.

6. LOGROS ..... 61.
a. Dos parámetros de "medición" ..... 61.
b. Cobertura ..... 62.
c. Recuperación nutricional ..... 64.
d. Recuperación psicomotora ..... 66.
e. Recuperación afectiva ..... 68.
f. Formación de las funcionarias y dignificación de su trabajo ..... 70.
g. Formación de los padres ..... 71.
h. Atención social ..... 72.

7. OBJETIVOS NO ALCANZADOS O LOGRADOS INSUFICIENTEMENTE ..... 73.
a. Baja inscripción ..... 73.
b. Retiros ..... 76.
c. Tiempo de recuperación ..... 77.
d. Participación de la comunidad ..... 78.

8. CONCLUSIONES ..... 78.

V. CONSULTORIO DE SALUD DE VILLA O'HIGGINS, COMUNA DE LA FLORIDA ..... 83.

1. ANTECEDENTES ..... 83.

2. LA IDEA INSPIRADORA DEL PROYECTO ..... 85.

3. LA ESTRATEGIA ..... 86.
a. El equipo de salud ..... 87.
b. El trabajo con la comunidad ..... 90.

4. UN NUEVO ESTILO DE TRABAJO ..... 95.

5. LAS DIFICULTADES DE LO NUEVO ..... 98.

6. EL FIN DE LA EXPERIENCIA ..... 99.

7. CONCLUSIONES ..... 100.

VI. REFLEXIONES FINALES ..... 105.

1. AUTONOMIA DEL MUNICIPIO ..... 105.

2. PARTICIPACION ..... 107.

3. PLANIFICACION ..... 111.

4. PERSPECTIVAS PARA LA TRANSICION A LA DEMOCRACIA ..... 113.

INTRODUCCION

Es por todos conocida la labor que han desempeñado los municipios en estos últimos años como administradores de la "red social" del gobierno, es decir, del conjunto de medidas para combatir la extrema pobreza a nivel individual o familiar. En esta labor las municipalidades actúan como delegadas de instancias centrales del gobierno.

Pero en materia de acción social el municipio desarrolla también acciones y programas específicos, en su calidad de ente autónomo, encargado del desarrollo de la comuna. Es bastante poco lo que se sabe acerca de estas acciones. Con todo, se supone que éstas poseen ciertas características que las diferencian de los programas de la "red social":

a. lo propiamente asistencial tendría un menor peso;

b. contemplarían un cierto grado de participación de la comunidad;

c. serían más eficaces;

d. responderían a las necesidades sentidas de la comunidad local.

El presente estudio se planteó como objetivo central evaluar algunos proyectos municipales específicos, para determinar si realmente ellos tienen las características que se acaba de mencionar y si, además, obedecen a algún tipo de planificación.

Se trataba, con esto, de conocer una realidad, con la mira de extraer lecciones y conclusiones para el diseño de políticas, programas y proyectos municipales que no sólo combatan los efectos de la extrema pobreza sino que también contribuyan al desarrollo de la comunidad y a la democratización del municipio.

El principal obstáculo que hubo de enfrentarse en la investigación fue la negativa de la mayor parte de los municipios preseleccionados para entregar información acerca de sus acciones. Esto se relaciona con dos fenómenos. Por una parte, la escasez y poca significación de proyectos sociales específicos. Por la otra, la desconfianza política de los alcaldes y altos funcionarios municipales frente a una institución como FLACSO, especialmente en momentos en que las municipalidades se habían convertido prácticamente en las secretarías políticas de la campaña del gobierno para el plebiscito de Octubre de 1988.

El diseño incial de la investigación contemplaba el estudio de proyectos sociales específicos relevantes (por su novedad o cobertura) en cuatro comunas populares de Santiago. Finalmente, y por las razones anteriormente expuestas, hubo que limitarse a dos comunas de Santiago y a tres de la provincia de Talagante, que fueron las únicas a las cuales pudimos tener acceso, directo o indirecto.

En cuanto a los cuatro proyectos analizados, éstos son de muy distinta naturaleza: hay algunos decididamente municipales y otros que lo son de manera tangencial o indirecta. Pero en todos ellos el respectivo municipio tuvo una injerencia capital y su gestación obedeció a iniciativas locales.

El primer proyecto analizado es el de autoconstrucción realizado en las comunas de El Monte, Talagante y Peñaflor. Su interés radica en que partió como un proyecto de la Iglesia y que en el curso de su implementación se logró comprometer a cada uno de los municipios, hasta tal punto, que sin su concurso la iniciativa habría fracasado.

El segundo proyecto es de carácter estrictamente municipal: el Centro de Salud Mental de la comuna de La Granja. Es interesante por cuanto desarrolló un método de tratamiento de ciertas

anomalías mentales novedoso, participativo, eficiente y con posibilidades de replicabilidad en condiciones políticas democráticas.

El tercero es, igualmente, municipal: los Centros Comunitarios Educativo Nutricionales de la comuna de La Florida. Es el proyecto más amplio y el más complejo de los que se estudiaron. Por razones de equilibrio de este documento, se optó por no darle un tratamiento demasiado extenso, pero se guarda un gran caudal de información susceptible de ser analizado más adelante.

El cuarto no es propiamente municipal, pero el municipio se encuentra estrechamente vinculado con su implementación: el Consultorio de Salud de Villa O'Higgins, de la comuna de La Florida. Esta experiencia da cuenta de cómo las iniciativas locales que intentan una participación activa de la comunidad se estrellan finalmente con las estructuras burocráticas centralistas y terminan por fracasar.

Dada la heterogeneidad de los proyectos, el esquema para la descripción y análisis de cada uno es diferente. En el último capítulo se retoma el conjunto de los proyectos siguiendo un mismo esquema.

La metodología utilizada fue, asimismo, diferente para cada caso, pero en todos la información se obtuvo a través de fuentes documentales y de entrevistas. En dos de los proyectos se realizaron visitas a terreno y para el proyecto de Centros Comunitarios Educativo Nutricionales se realizó un trabajo empírico a partir de la información contenida en las carpetas de los menores beneficiarios.

Previa a la descripción y análisis de los diferentes proyectos, se ha incluído un primer capítulo sobre el sistema municipal chileno y su acción en materia de políticas o programas sociales

dirigidos hacia los sectores que viven en condiciones de extrema pobreza.

I. LA MUNICIPALIDAD Y LAS POLITICAS PARA COMBATIR LA EXTREMA POBREZA.

En este capítulo describiremos, en primer lugar y a grandes rasgos, la evolución del régimen municipal chileno desde el período inmediatamente anterior al golpe de Estado de 1973 hasta el presente. Intentamos, con esto, recordar o dar a conocer el marco jurídico-institucional dentro del cual se desarrolla el quehacer de la municipalidad en general. En segundo lugar examinaremos el papel que le ha cabido al municipio en materia de políticas sociales, especialmente, a partir de 1979, en aquéllas dirigidas a combatir la extrema pobreza o a paliar sus efectos más dramáticos.

1. LA MUNICIPALIDAD BAJO EL REGIMEN DEMOCRATICO 1/

Bajo la vigencia de la Constitución de 1925, las municipalidades eran organismos representativos, territorialmente descentralizados y generados por votación popular. Estaban constituídas por un cuerpo colegiado -los regidores- y por un alcalde, designado por los propios regidores, salvo los alcaldes de Santiago, Valparaíso y Viña del Mar, cuyo nombramiento correspondía al Presidente de la República. Las municipalidades eran los órganos de administración de la comuna, en el contexto de un régimen interior que distinguía el gobierno y la administración. Para efectos del gobierno interior el territorio de la república se dividía en provincias, departamentos, subdelegaciones y distritos. A cargo

---

1/ Sobre esta tema puede verse, entre otros: Chaparro, Patricio, 1985, Organización y funcionamiento del gobierno local en Chile: 1925-1973. Santiago, CED; Silva, Jaime, 1986, Rasgos históricos de la evolución del sistema municipal chileno. Santiago, VECTOR; Silva Bascuñán, Alejandro, 1963, Tratado de Derecho Constitucional. Santiago, Editorial Jurídica, Vol. III; Silva Cimma, Enrique, 1969, Derecho administrativo chileno y comparado. Santiago, Editorial Jurídica, Vol. II.

de cada una de estas unidades se encontraban, respectivamente, el Intendente, el Gobernador, el Subdelegado y el Inspector, todos ellos representantes del poder ejecutivo en su territorio jurisdiccional. Para efectos de la administración, en tanto, el territorio se dividía en provincias y éstas en comunas. El gobernador provincial, pues, era la única autoridad dotada de atribuciones de gobierno -políticas- y de administración.

Las municipalidades gozaban de autonomía, es decir, no estaban vinculadas jerárquicamente con el Presidente de la República ni con los servicios del poder central. Los Intendentes, no obstante, tenían la facultad de regular los acuerdos municipales.

Tanto la Constitución como la ley orgánica entregaban a la municipalidad una amplia gama de atribuciones. Sin embargo, y como consecuencia del acentuado centralismo del Estado chileno, éstas fueron progresivamente cercenadas por diversas disposiciones legales. Así, los órganos del poder central despojaron a las municipalidades de competencias en salud pública, transporte, obras públicas, policía, abastecimiento y otras. Los recursos financieros, de la misma manera, fueron disminuyendo cada vez más, en beneficio del Fisco.

Las principales funciones de la municipalidad se reducían al aseo y ornato de la comuna, a la administración de los bienes comunales, a la recaudación de ciertos tributos y a la fiscalización del cumplimiento de normas sobre urbanización y construcción. La capacidad de inversión de los municipios era casi nula: un 80% o más de su presupuesto estaba destinado al pago de sueldos y salarios de los funcionarios.

El municipio pre-golpe, debemos reconocerlo, era lánguido y poco eficiente. Pero tenía una significación política importante. Por una parte, las candidaturas a regidores eran proclamadas por los partidos políticos, salvo contadas excepciones. Por otra, el acceso al cargo de regidor constituía una vía privilegiada para el inicio de la carrera política: la antesala del parlamento. Pero más importante que lo anterior es el hecho que las campañas de regidores daban lugar a debates que sobrepasaban el ámbito comunal y se transformaban en discusiones acerca de la conducción general del país. El resultado de las elecciones de regidores, en fin, era un índice de la correlación de las fuerzas políticas nacionales y se traducía no pocas veces en la recomposición de alianzas.

2. LA MUNICIPALIDAD BAJO EL REGIMEN AUTORITARIO 2/

a. Las primeras transformaciones.

El decreto ley 25, de 22 de Septiembre de 1973, declara que los alcaldes y regidores de las municipalidades de todo el país cesaron en sus funciones a partir del 11 de Septiembre del mismo año. Todas las atribuciones que correspondían a la corporación edilicia (cuerpo de regidores y alcaldes) se radican en los alcaldes, que pasan a ser funcionarios designados por la Junta de Gobierno y de su exclusiva confianza. Este texto legal

---

2/ Acerca de los aspectos jurídico-institucionales del municipio bajo el régimen autoritario puede consultarse: Cumplido, Francisco, 1982, La estructura institucional del modelo de descentralización. Santiago, CED; Fernández Richard, José, 1981, Régimen jurídico de la administración comunal. Santiago, Editorial Jurídica; Morales, Eduardo, Hernán Pozo y Sergio Rojas, 1988, Municipio, desarrollo local y sectores populares. Santiago, FLACSO; Pozo, Hernán, 1989, Administración interior del Estado y sistema de participación. Santiago, FLACSO; Tomic, Blas y Raúl González, 1983, Municipio y Estado: dimensiones de una relación clave. Santiago, PREALC.

marca el fin de la autonomía municipal que conoció el país por más de un siglo. Las atribuciones del municipio -más bien del alcalde- permanecen incambiadas, así como sus recursos financieros.

El decreto ley 573, de 12 de Julio de 1974, altera radicalmente la organización interior del Estado, disponiendo en su artículo 1º: "Para el Gobierno y Administración Interiores del Estado el territorio de la República se dividirá en regiones y las regiones en provincias. Para efectos de la administración local, las provincias se dividen en comunas". Tanto el Intendente regional como el Gobernador provincial y los alcaldes son designados por el Jefe Supremo de la Nación 3/. Este decreto ley establece que en cada municipalidad habrá un Consejo de Desarrollo Comunal, presidido por el alcalde e integrado por jefes de oficinas municipales y por representantes de las principales actividades de la comuna. No se reglamentan sus atribuciones. Se contempla, asimismo, la creación de Oficinas Comunales de Planificación y Coordinación, con carácter de organismo asesores del Alcalde y del Consejo de Desarrollo. La municipalidad conserva sus atribuciones clásicas, pero se agrega una nueva: elaborar planes de desarrollo comunal y fiscalizar su aplicación.

b. La ley orgánica de 1976

El 14 de Enero de 1976 se publica el decreto ley 1.289, ley orgánica de municipalidades, que marca el inicio de

---

3/ El decreto ley 527, de 26 de Junio de 1974, establece una especie de separación de competencias, entregando el poder ejecutivo al Presidente de la Junta de Gobierno y otorgándole el título de "Jefe Supremo de la Nación".

un nuevo concepto del municipio: institución cuyo objeto es administrar la comuna para satisfacer las necesidades locales y promover el desarrollo comunal.

La ley entrega a las municipalidades varias atribuiciones privativas, es decir, que sólo ellas pueden cumplir: formulación, ejecución y fiscalización del plan y de los programas de desarrollo comunal; elaboración, ejecución y control del plan financiero y del presupuesto municipales; administración de los bienes municipales; aplicación de las normas sobre tránsito y transporte públicos; cuidado del aseo y ornato de la comuna; aplicación de las normas legales de construcción y urbanización. La municipalidad, además, tiene atribuciones compartidas con otros servicios públicos en una serie de materias: urbanización y viviendas sociales; comercio e industria; arte y cultura; alfabetización y capacitación; emergencias provocadas por calamidades públicas; poblaciones en situación irregular; salud pública e higiene ambiental; deportes y recreación; turismo; asistencia a las organizaciones de participación local; alcoholismo; cesantía y, en general, cualquier problema que afecte los intereses de la comuna.

Los órganos de la municipalidad son el alcalde, el Consejo de Desarrollo Comunal (CODECO), la Secretaría Comunal de Planificación y Coordinación (SECPLAC) y el Comité Técnico Administrativo. Examinaremos brevemente cada uno de estos órganos.

El alcalde es designado por el Presidente de la República y ejerce todas las facultades y funciones de la municipalidad: es la única autoridad con poder decisorio. La amplitud de su competencia está limitada por

la subordinación directa al gobernador y al intendente y, desde luego, por la circunstancia de ser nombrado y removido discrecionalmente por el Jefe del Estado.

El Consejo de Desarrollo Comunal está compuesto por un número variable de miembros, según sea la población de la comuna. Un cuarto representa a la Unión Comunal de Juntas de Vecinos, un cuarto a la Unión Comunal de Centros de Madres y otras organizaciones funcionales, un cuarto a las actividades económicas preponderantes de la comuna y un cuarto a los Jefes municipales. Remplazante del antiguo cuerpo de regidores, el Consejo es considerado como el órgano de participación de la comunidad, pese a lo cual no se le entrega ninguna atribución decisoria: es un órgano meramente consultivo y sus opiniones no obligan al alcalde. Hasta la dictación de la ley constitucional orgánica sobre municipalidades, la participación ha estado totalmente ausente en el sistema de administración comunal, como lo ha reconocido públicamente uno de los gestores y el relator de la nueva ley, Maximiano Errázuriz: "Hasta hoy los alcaldes representan al Presidente de la República. Los CODECOS no tienen ningún poder de decisión y sus miembros son nombrados por el alcalde. En cuanto a los dirigentes de las organizaciones comunitarias, tampoco tienen representatividad, porque los designa el Gobernador a propuesta del Alcalde" (El Mercurio, 12 de Diciembre de 1988).

La Secretaría Comunal de Planificación y Coordinación es un órgano integrado al sistema nacional de planificación. Está dirigido por un Secretario designado por el Intendente, a proposición del alcalde. Sus principales funciones son: asesorar al alcalde y al CODECO en la preparación y coordinación de políticas, planes,

programas y proyectos de desarrollo comunal; asesorar al alcalde en la formulación del plan financiero y del proyecto de presupuesto; evaluar el cumplimiento de planes y proyectos; diagnosticar la situación de desarrollo de la comuna; mantener información comunal y regional.

El Comité Técnico Administrativo está integrado por los Jefes municipales, y su función es de asesoría al alcalde en diferentes materias, como la coordinación interna de las reparticiones municipales.

c. La ley de rentas municipales y otras normas

El decreto ley 3.063, de 29 de Diciembre de 1979 -nueva ley de rentas municipales- aumentó sustancialmente el presupuesto de las municipalidades, al disponer que el 80% (luego se aumenta al 100%) del rendimiento del impuesto territorial pasaría a las municipalidades, una parte como ingreso propio y otra que iría a engrosar un Fondo Común que se repartiría entre las municipalidades, en beneficio principalmente de las más pobres. La ley de rentas facultó a los municipios para tomar a cargo servicios que estuvieran siendo prestados por organismos públicos o privados. El decreto con Fuerza de Ley 1-3.063, de 12 de Junio de 1980, reglamentó los traspasos de servicios públicos y el decreto ley 3.477, de 2 de Septiembre de 1980, permitió la privatización de los servicios traspasados a las municipalidades 4/.

4/ A marzo de 1989 se había traspasado a las municipalidades el 99% de la educación fiscal básica y el 100% de los consultorios de salud de atención primaria.

d. La Constitución Política de 1980.

La Constitución define a las municipalidades en los mismos términos que el decreto ley 573. El alcalde -su máxima autoridad- es designado por el Consejo Regional de Desarrollo 5/, a propuesta en terna del CODECO. Se faculta al Intendente para vetar por una sola vez dicha terna. Durante el llamado "período de transición" (11 de Marzo de 1981 - 11 de Marzo de 1990, luego del resultado del plebiscito de Octubre de 1988) el Presidente de la República puede designar y remover libremente a los alcaldes de todo el país. Es lo que ha hecho hasta hoy.

El CODECO adquiere rango constitucional. Es definido como un órgano que tiene por función asesorar al alcalde y hacer efectiva la participación de la comunidad en el progreso económico y social de la comuna. Está presidido por el alcalde e integrado por representantes de las organizaciones comunitarias territoriales y funcionales y por representantes de las actividades económicas relevantes de la comuna. Quedan expresamente excluídas las organizaciones gremiales, sindicales y de la administración pública. El detalle del funcionamiento del municipio y del CODECO queda entregado a una ley orgánica constitucional.

5/ El Consejo Regional de Desarrollo, reglamentado por la ley 18.605, de 6 de Abril de 1987, está formado en un 40% por el Intendente y los Gobernadores de la respectivas provincias, por representantes de las Fuerzas Armadas y de Carabineros y por 5 representantes de la administración del Estado. El otro 60% representa a diversos estamentos no estatales: empresarial (20%), laboral (20%), profesional (7%), cultural (7%), organizaciones de fomento al desarrollo económico y social (6%).

e. La ley orgánica de municipalidades y CODECOS.

El 31 de Marzo de 1988 se publicó esta nueva ley, con el Nº 18.695, la que entró en vigencia el 1º de Mayo del mismo año. La ley amplía y precisa las atribuciones de la municipalidad y de sus diferentes órganos, enfatizando la planificación del desarrollo comunal. Los proyectos municipales específicos que más adelante se analizan fueron desarrollados bajo la vigencia de la anterior legislación, razón por la cual estimamos innecesario detenernos demasiado tiempo en ella. Lo único que nos interesa destacar se refiere al CODECO, por su relación con el tema de la participación. Bosquejaremos la composición y las atribuciones de este órgano.

Un 50% de los miembros del Consejo representa a las organizaciones comunitarias territoriales (25%) y funcionales (25%). El otro 50% está representado por las actividades relevantes de la comuna. La ley considera organizaciones territoriales las siguientes: Juntas de Vecinos, Centros de Madres, Asociaciones de Regantes y Asociaciones de Propietarios. Las organizaciones funcionales no son enumeradas taxativamente, sino por la vía del ejemplo. Se concibe como tales, en general,a aquellas instituciones con personalidad jurídica y sin fines de lucro que promuevan valores específicos de la comunidad. En cuanto a las actividades relevantes, la ley señala que para su inclusión deben considerarse varios aspectos: cuantía de las inversiones, aportes tributarios, número de empleados, etc. Se trata, en buenas cuentas, de la gran empresa. La instancia que debe calificar si las diversas instituciones cumplen con los requisitos legales es el COREDE. El proceso de designación de las organizaciones

que tienen derecho a participar en la designación de candidatos a representantes es largo y engorroso. Cada estamento confecciona tantas ternas como lugares a ocupar y de estas ternas el COREDE designa a los miembros titulares y suplentes. Los habitantes de la comuna, así, no tienen el derecho de designar directamente a sus representantes. Quien decide en definitiva es un organismo extracomunal.

3. LAS MUNICIPALIDADES Y LAS POLITICAS SOCIALES.

De una u otra manera, las municipalidades siempre han desarrollado "acción social", entendida como el conjunto de medidas que inciden sobre el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes. Lo novedoso es que bajo el régimen militar deliberadamente se ha dado competencia a los municipios en materia de políticas sociales (en algunas de ellas). Pero antes de ver en que consiste ésta, es preciso decir algo acerca de la concepción misma de política social sustentada por el gobierno.

Su base doctrinaria es el principio de la subsidiariedad 6/, que implica, en definitiva, que el Estado debe velar por el cumplimiento de los objetivos sociales, definidos por la

---

6/ De acuerdo con el discurso oficial (repetición invariable de la Declaración de Principios de 1974), cuando un individuo no puede satisfacer sus necesidades o cumplir una función por sí mismo, se organiza con otros sujetos para lograrlo. A medida que las funciones y necesidades se van haciendo más complejas, las organizaciones o asociaciones de individuos se amplían progresivamente, hasta culminar en la organización superior, el Estado, que las coordina a todas y que desarrolla funciones que ninguna de ellas está capacitada para hacerlo. Cada organización intermedia entre el hombre y el Estado tiene un campo de competencia específico y delimitado: "Si la superior nace para cumplir fines que la inferior no puede realizar sola ... resulta evidente que no le es legítima la absorción del campo que es propio de la menor y dentro del cual ésta debe tener suficiente autonomía. La órbita de competencia de la sociedad mayor empieza donde termina la posibilidad de acción adecuado a la menor" (Declaración de Principios del Gobierno de Chile. Santiago, Julio de 1974).

estrategia global, que no pueden ser alcanzados por los particulares. Uno de los objetivos fundamentales del desarrollo económico y social es la erradicación de la extrema pobreza. Hay varias maneras de actuar contra la pobreza. El gobierno optó por focalizar el gasto social, es decir, dirigirlo hacia los grupos más desfavorecidos de la población, manteniendo inalterada su estrategia económica basada en los principios del neoliberalismo. Para lograrlo era necesario, antes que nada, detectar esos grupos. Para ello se construyó un instrumento (la ficha de estratificación social o ficha CAS) que permite estratificar a las familias pobres en cinco niveles, correspondiendo el primero a la situación de mayor pobreza y el quinto a la de menor. Este instrumento comenzó a aplicarse masivamente a partir de 1980, recayendo la responsabilidad de ello en las municipalidades. A todas sus funciones vino a agregarse la de detectar a los "extremadamente pobres".

Pero la relación de las municipalidades con las políticas sociales es anterior. Remonta, al menos, al año de creación del PEM (1974) y va incrementándose paulatinamente, siempre bajo la dirección del poder central. En 1979 la acción social de los municipios se intensifica, y a fines de ese año el Ministerio del Interior instruyó a los alcaldes para que crearan en todas las comunas Comités de Acción Social, para contribuir al funcionamiento de la "red social" del gobierno, vale decir, del conjunto de iniciativas tendientes a combatir la extrema pobreza. Estos Comités están compuestos por el alcalde, el Jefe del Departamento de Desarrollo Social de la municipalidad, por las máximas autoridades comunales en materia de salud, educación y vivienda, por representantes de la Junta de Auxilio Escolar y Becas, de la Junta Nacional de Jardines Infantiles, de la Unión Comunal de Juntas de Vecinos y organizaciones funcionales y por miembros del "voluntariado" femenino. Los Comités, que no

forman parte del organigrama legal de las municipalidades, detectan los problemas sociales más graves y proponen soluciones.

Juegan un importante papel en el diseño y aprobación de proyectos específicos. De hecho, todo proyecto que va a la Intendencia, pasa previamente por la aprobación del Comité.

La municipalidad, siguiendo órdenes del gobierno central y con los recursos de éste, entrega a las familias más pobres una serie de beneficios, que pueden agruparse de la siguiente manera: a) subsidios previsionales (asignación familiar y pensiones asistenciales de vejez e invalidez); b) programas nutritivo-alimentarios, en especial el de alimentación escolar y el de alimentación complementaria; c) de atención pre-escolar (jardines infantiles y centros abiertos); d) de atención a menores en situación irregular; e) de empleos de emergencia; f) de capacitación laboral; g) de atención de salud gratuita a indigentes y personas de escasos recursos; h) de marginalidad habitacional 7/.

Todos estos beneficios -cuyo conjunto constituye la política social hacia la extrema pobreza- tienen varios rasgos comunes. En primer lugar, son definidos centralmente, cabiéndoles a las municipalidades un papel únicamente administrativo. En segundo lugar, se entregan a casos individuales (familias o personas determinadas). En tercer lugar, se aplican rígidamente, sin que las municipalidades puedan adecuarlos a sus respectivas realidades locales. En cuarto lugar, los beneficiarios no tienen ninguna participación en el proceso, fuera de recibir el correspondiente subsidio. En quinto lugar, la administración de los beneficios absorbe prácticamente toda la capacidad de acción en

7/ Vergara, Pilar, 1989, Políticas hacia la extrema pobreza en Chile. Santiago, FLACSO, en prensa.

los municipios de comunas pobres, convirtiéndolos en delegatarios del gobierno central. En sexto lugar, los programas sociales administrados por las municipalidades son esencialmente transitorios y dependen de la apreciación que tenga el gobierno acerca de la situación económica del país. Esto último merece ser destacado. En la concepción del gobierno, la pobreza no es fenómeno de carácter estructural, sino que su origen se encuentra en distorsiones persistentes del mercado, corregibles por la vía del subsidio directo a quienes no tienen acceso al mercado. Una vez sobrepasado el umbral crítico y satisfechas las necesidades básicas, los individuos entrarán en un juego económico regido por la ley de la oferta y la demanda y por la ética del esfuerzo personal: ante el mercado todos son iguales.

A pesar de la enorme carga que significa administrar la "red social" del gobierno, prácticamente en todos los municipios del país existen proyectos específicos o propios de cada uno de ellos y en los cuales la municipalidad no actúa como una simple delegataria del poder central. Como lo ha anotado Gallardo 8/, estos proyectos tienen un carácter marginal, mixto y de alguna manera conflictivo, como explicaremos a continuación.

Marginal, porque constituyen una excepción dentro del grueso del quehacer municipal y porque los recursos que se comprometen son mínimos.

Mixto, porque en su elaboración e implementación intervienen diversos actores, aunque la iniciativa haya surgido del seno del propio municipio. Al estudiar los proyectos seleccionados, en los próximos capítulos, veremos que en ellos parti-

---

8/ Ver Gallardo, Bernarda, 1989, De la municipalidad, el autoritarismo y la democracia: Una reflexión. Santiago, FLACSO.

cipan instancias políticas, servicios centralizados y descentralizados del Estado, organizaciones no gubernamentales, iglesias, universidades, etc.

Conflictivo, de alguna manera, porque en tales proyectos subyace una concepción que se aparta del principio de la subsidiariedad y que indirectamente reclama una intervención más activa y a largo plazo del Estado. Con diferentes matices, muchos de estos proyectos se inscriben en la línea de lo que fue la "promoción popular" bajo el gobierno del Presidente Frei.

Raczynski y Serrano han clasificado la labor social del municipio en tres grandes tipos: a) la labor de choque o de emergencia: b) la administración de la red social de gobierno; c) la formulación y ejecución de proyectos que nacen a partir de los problemas específicos de la comuna 9/. Las autoras mencionadas obtuvieron alguna información de 150 proyectos del tercer tipo correspondientes a 13 municipalidades de comunas pobres de la provincia de Santiago. Las dificultades que ellas encontraron tienen algo que ver con las nuestras: "Es difícil listar y carcterizar los proyectos sociales específicos que existen en los municipios estudiados. Esta es una información restringida, a la cual tuvimos acceso en escasas oportunidades. Por otra parte, en varios de los municipios los funcionarios entrevistados nos informaron inicialmente que desconocían la existencia en sus municipios de proyectos sociales específicos. No obstante, en todos los casos los hay. Se encuentran en esferas específicas de trabajo, gestionados por funcionarios de terreno y un poco descolgados de las grandes decisiones municipales. En otros municipios ocurre la situación

---

9/ Raczynski, Dagmar y Claudia Serrano; 1988, Descentralización y planificación local: la experiencia de municipios en comunas pobres de Santiago. Santiago, CIEPLAN, Notas Técnicas Nº 108, Enero.

inversa. Los funcionarios nos informan de una voluminosa lista de proyectos sociales específicos cuyos títulos sugieren actividades sociales de envergadura pero que, examinados con algún detalle, resultan ser básicamente un conjunto de pequeños proyectos de choque" 10/.

Problemas de información, pues, y problemas relacionados con la magnitud e importancia de los proyectos dificultan notablemente la realización de un estudio significativo de la acción social autónoma -o relativamente autónoma- del municipio.

10/ Id., p. 87-88.

II. UNA EXPERIENCIA DE AUTOCONSTRUCCION EN TRES COMUNAS DE LA PROVINCIA DE TALAGANTE.

1. ANTECEDENTES.

El 3 de Marzo de 1985 la zona central del país fue sacudida por un fuerte terremoto, que dejó sin viviendas a miles de familias. La provincia de Talagante fue especialmente afectada por el sismo. Ante esta situación, el Vicariato Rural-Costa de la Arquidiócesis de Santiago diseña un programa de reconstrucción de viviendas para las familias más necesitadas, con financiamiento de la fundación alemana MISEREOR.

El proyecto opera sobre la base de un crédito equivalente a 750 marcos alemanes que se otorga a cada familia y de un fondo local entregado en calidad de subsidio, sin cargo de devolución. Este fondo, que representa un 20% de la totalidad del crédito, es manejado por la comunidad de acuerdo a sus criterios y a través de sus propias instancias de decisión. La devolución de los créditos otorgados a cada familia está destinada a la creación de un "fondo rotatorio", para implementar nuevos proyectos que beneficien a la comunidad.

La idea central que informa el proyecto es la promoción de las personas y de la comunidad, a través de la capacitación para la participación en un doble nivel: en la organización social y en la construcción o mejoramiento de sus viviendas.

El proyecto se desarrolló en dos etapas. La primera, entre Enero de 1986 y Mayo de 1987, se centró en localidades rurales y en ella no hubo relaciones con instancias de gobierno local. La segunda, entre Junio de 1987 y Enero de 1988, se orientó a localidades urbanas y se crearon víncu-

los con las municipalidades e incluso con la gobernación provincial. Es esta segunda etapa la que constituirá la materia prima de nuestro análisis.

Los participantes-beneficiarios del proyecto son pobladores de centros urbanos pequeños, en su mayor parte trabajadores rurales "temporeros", que viven en una situación económica sumamente precaria. La propiedad de sus terrenos es el producto de ocupaciones ilegales ocurridas entre 1969 y 1970. Se trata, pues, de personas que cuentan con una experiencia de organización colectiva. La localización de sus viviendas (mediaguas) y la subdivisión de sus terrenos obedece a normas urbanas.

2. OBJETIVOS

a. En la construcción:

Desarrollar un proceso de autoconstrucción por ayuda mutua para alcanzar 221 "soluciones habitaciones" entre Junio de 1987 y Enero de 1988, empleando una tecnología apropiada y utilizando al máximo todos los recursos existentes: financieros, humanos, institucionales. Al inicio del proyecto se abandonó el concepto de vivienda, que connota un espacio capaz de responder a todas las necesidades básicas de la familia. Se adoptó, en su remplazo, el de solución habitacional, considerando el monto limitado de los recursos y las expectativas de los propios beneficiarios. En algunos casos la familia tenía una caseta sanitaria y se requería construir el resto de la casa. En otros, a la inversa, estaba la casa pero faltaba la cocina y el baño o la conexión a

la red de alcantarillado. A cada caso singular se fue dando una solución adecuada al mismo.

b. **En la organización:**

Ampliar los niveles de participación a través de la organización de las familias en comités para la autoconstrucción; rescatar su capacidad de ayuda mutua y sus redes de solidaridad, afectadas por la lógica implacable del mercado y por las necesidades de subsistencia cotidiana; reforzar los vínculos de la comunidad a través de la reflexión y toma de conciencia de sus necesidades, de sus recursos y de las potencialidades de la acción colectiva; aumentar la capacidad de negociación con los aparatos de gobierno local, considerados como fuente de recursos y como responsables del bienestar de la comunidad local.

3. ORGANIZACION

Por organización del proyecto entendemos el conjunto de las instancias formales que intervienen en su implementación, y que son las siguientes:

- Vicaría Rural-Costa, especialmente a través del Secretario Ejecutivo del Departamento de Acción Social. Juega un papel de administrador central de los recursos.

- Equipo técnico, formado por tres arquitectos y tres asistentes sociales, más un jefe de obras encargado de la adquisición de materiales.

- Comunidad organizada en Asamblea, Comités de Autoconstrucción, Delegados por Comité, Comisiones Técnicas. Todos estos órganos son designados por votación. El equipo técnico y las organizaciones de la comunidad son quienes implementan el proyecto. La comunidad, además, es beneficiaria del mismo, aporta recursos y maneja el fondo local. Debiera, igualmente, administrar el fondo rotatorio, a medida que los préstamos se vayan pagando.

- Ejecutores-capacitadores. Se trata de maestros contratados y pagados por la Vicaría, que realizaban tareas concretas en la construcción y formaban monitores de la propia comunidad, pagados con cargo al fondo local, quienes a su vez enseñaban al resto de la comunidad las técnicas de construcción.

4. LA MARCHA DEL PROYECTO

a. La participación municipal.

A través de sucesivas reuniones se va trabajando el tema de la organización interna como factor fundamental para el éxito del proyecto, discutiéndose paralelamente las fuentes de recursos, los mecanismos para obtenerlos y los criterios para la asignación más eficiente.

Considerando que la municipalidad constituía una fuente potencial de recursos, el equipo técnico toma contacto con cada uno de los tres alcaldes en cuyas comunas se realizaría el proyecto. Se trataba, antes que nada, de "legitimar" el proyecto. Esto implicaba, concretamente, que los alcaldes estuvieran de acuerdo con el mismo, que le dieran su aprobación y que se convencie-

ran que no era una actividad tendiente al activismo político (la mayoría de los alcaldes ha mostrado una profunda desconfianza en los grupos organizados al margen de los aparatos oficiales). Como producto de las primeras conversaciones, los alcaldes manifiestan su acuerdo con la iniciativa y se consigue algo de suma importancia: pasar por alto las exigencias de la ordenanza de construcciones y urbanización. Al principio los directores de obras pedían que por cada solución habitacional se presentara una carpeta de obra nueva, lo que exigía una fuerte inversión de recursos financieros y profesionales con los cuales no se contaba. De no haberse obtenido esta concesión el proyecto habría fracasado. Los alcaldes también aceptan, no sin discusión, la tecnología propuesta, pues al principio no estaban de acuerdo en que se empleara barro para las construcciones.

Esta permisividad de los alcaldes puede explicarse por tres razones. En primer lugar, sin gran costo para la municipalidad se solucionaría el problema habitacional de numerosas familias que vivían en situación de extrema pobreza. En segundo lugar, se trataba de soluciones de bajo costo y escasa tecnología, que podrían más adelante ser replicadas, bajo la forma de programas municipales. En tercer lugar, llegaban recursos externos para sus comunas.

Una vez logrados estos avances frente a los municipios, se buscará que éstos participen activamente en la implementación del proyecto. La comunidad, a través de sus diversos órganos, elabora un diagnóstico respecto de: a) el carácter de sus necesidades en relación a la solución habitacional proyectada; b) las alternativas de asignación del fondo local y del crédito; c) la

potencialidad de los recursos locales; d) la norma impuesta por el programa, que establecía que ni los recursos del fondo ni los créditos familiares podían utilizarse en la compra de áridos (bolones, ripio, arena), porque estos existían como recursos locales. Los áridos estaban destinado a las fundaciones o cimientos; sin ellos, por lo tanto, no se podían construir las viviendas o las diferentes soluciones habitacionales.

Luego de la evaluación, la comunidad decide que el municipio puede aportar: los camiones municipales, el combustible y los choferes del POJH para retirar los áridos de la orilla del río. El ahorro por estos conceptos generaría claros beneficios, pues quedarían liberados recursos que se podrían destinar para otros fines, como la construcción de techumbres o la contratación de ayudantes de construcción.

Los representantes de cada comunidad, separadamente, se entrevistan con los alcaldes y formulan su demanda. La respuesta es, nuevamente, positiva: se comprometen a poner los recursos pedidos a la disposición de las comunidades dos días a la semana.

Una vez iniciado el proceso de construcción, y por la dinámica del mismo, la comunidad sigue presionando a la municipalidad -reuniones con alcaldes y directores de obras, precedidas de interminables antesalas- y obtienen finalmente camiones y choferes día por medio y todos los fines de semana (en este último caso la propia comunidad debió financiar a los conductores).

La respuesta de las municipalidades no es idéntica. La municipalidad de Peñaflor cumple de manera regular su

compromiso. No sucede lo mismo con las municipalidades de El Monte y Talagante, que constantemente ponen dificultades y restringen sus aportes, retardando la marcha del proyecto. Ante la imposibilidad de resolver este problema, las comunidades afectadas designan una comisión coordinadora y solicitan y obtienen una audiencia con el Gobernador, máxima autoridad política y administrativa de la provincia.La comisión expone la tarea en que está empeñada la comunidad y prácticamente acusan a dos alcaldes por su falta de cooperación. El Gobernador, como cuenta una persona que participó en el proyecto, "pone el grito en el cielo" y adopta de inmediato una solución. Para la municipalidad de El Monte: choferes municipales, camiones y combustible aportados por la gobernación y por el municipio. Para la municipalidad de Talagante,la gobernación aporta los camiones y el combustible, y la municipalidad los choferes.

b. El proceso de autoconstrucción.

Las soluciones habitacionales fueron producidas usando técnicas sencillas y diversos materiales: barro apisonado, tabiquería con barro fresco, albañilería, etc. Bajo la supervisión de maestros y monitores se formaban cuadrillas de trabajo que iban realizando las diversas etapas de la construcción. Dada la sencillez de las técnicas, participaban en ellas muchas mujeres y niños. La participación de los adultos, en períodos de cosecha, se veía dificultada por razones de trabajo.

Todos los elementos de las antiguas viviendas son aprovechados en la construcción de las nuevas. Muchas veces se utilizan para la construcción de un segundo piso, lo que constituye una solución inédita para la

zona y permite un mejor aprovechamiento de los exiguos terrenos, abaratando, además, los costos por metro cuadrado de construcción.

5. EFECTIVIDAD

En este acápite nos referiremos exclusivamente a la efectividad del proyecto en cuanto al número de soluciones habitacionales terminadas respecto de las programadas. En el próximo acápite haremos una evaluación global del proyecto, introduciendo las variables de planificación y participación.

Inicialmente se programan 221 soluciones habitacionales, llegándose a implementar 248, es decir, se va más allá de lo esperado. Esto, que aparece como una sobreefectividad, no lo es si se considera el grado de implementación. En efecto, de las 248 soluciones el 50% llega a la etapa de la terminación; el resto queda en estado de obra gruesa (cimientos, muros, techumbre). Según el arquitecto coordinador del proyecto, la no terminación de la totalidad de las viviendas se debió, en parte, a que algunas familias "no engancharon" y en parte a que otras se incorporaron tardíamente. En todo caso, después de concluído el proyecto (Enero de 1988), las familias siguieron terminando sus viviendas. En una visita a terreno realizada el mes de Mayo de 1989 se pudo comprobar que en El Monte II, en Villa Las Hortensias, en Nueva Peñaflor y en El Manzanar hay unas pocas casas que siguen en estado de obra gruesa. En el resto de las no terminadas se continúa el trabajo poco a poco. El crédito se terminó y las familias deben costear con sus propios recursos la adquisición de los materiales requeridos para las terminaciones.

Si bien no todas las viviendas se terminaron en el plazo previsto, la asignación de materiales se realizó en todos los casos, lo que significa, para el arquitecto coordinador, haber cumplido al menos en un 70% con lo proyectado. Todas las familias, además, recibieron capacitación para terminar sus viviendas, aunque esta capacitación no fue de igual intensidad en las cuatro comunidades.

En lo referente a la organización y gestión, todas las comunidades lograron trabajar organizadas en comités y en otras instancias superiores de coordinación. También manejaron eficientemente el fondo local y supieron negociar con las municipalidades para la obtención de recursos y omisión de formalidades. Las comunidades toman conciencia del valor y significación de la organización, lo que se comprueba en el interés mostrado para constituir directivas para la etapa posterior al término del proyecto.

6. CONCLUSIONES

Desde el punto de vista de la efectividad del proyecto, nos remitimos a lo expuesto en el punto anterior, con algunas apreciaciones complementarias. La primera, que dado el bajo monto del crédito, el hecho de haber asignado la totalidad del material y haber terminado el 50% de las casas constituye indudablemente un logro importante. La segunda, que la no terminación de todas las soluciones habitacionales estuvo en parte determinada por las características de los diversos grupos familiares. Por razones que no es el del caso explicar aquí, hubo familias más dinámicas que otras o que pudieron disponer de más mano de obra. Pero más importante que eso parece ser la relación que existe entre el estado

económico de la familia y la terminación o no terminación de las construcciones. Y con esto no nos referimos a la capacidad de compra de materiales adicionales, sino al estado anímico de las familias más pobres. En nuestra visita a terreno y en las conversaciones con el arquitecto coordinador del proyecto tuvimos la oportunidad de escuchar muchas veces que las familias más pobres estaban "deprimidas". Con esto se quería indicar que quienes más necesitan de ayuda menos son capaces de hacer uso de ella: pareciera que la lucha cotidiana por la sobrevivencia los hiciera entrar en una especie de tiempo circular, donde el mañana no es sino una reiteración del hoy. Las familias que se encontraban en tal situación o no terminaron sus viviendas o lo hicieron gracias a la solidaridad de otras personas que participaban del proyecto.

En lo referente a la participación, debe señalarse que este proyecto no contemplaba la participación como un ingrediente más del proceso, sino que estaba en el centro mismo de éste. Los beneficiarios, desde luego, discuten y deciden en común cuál es la organización que se darán para alcanzar los fines propuestos, que también son definidos colectivamente. Luego toman parte activa en la construcción de las soluciones habitacionales y manejan, de acuerdo con sus criterios, el fondo local. Estimamos que por parte del equipo técnico existió una permanente disposición para estimular la iniciativa de los pobladores y para respetar su decisión. En este sentido, la experiencia se presenta como una buena escuela de ejercicio democrático a nivel de pequeñas comunidades.

Un punto de especial importancia constituye, a juicio nuestro, la relación que se estableció con los alcaldes, y esto por varios motivos. En primer lugar, y pese al discurso oficial, las municipalidades -hasta la dictación de la última ley- no contemplaban mecanismos de participación de

la comunidad. Al contrario, eran más bien reacias a ellas: participación y subversión eran semantizadas como amenaza al orden y formando parte de un mismo universo que ponía en jaque a la lógica impecable, e implacable, del poder. En segundo lugar, los propios pobladores de alguna manera le "cobraron la palabra" a las autoridades municipales: aprovecharon las normas y las promesas que habitualmente no se ponían en práctica. En tercer lugar, mostraron que con organización y paciencia podía lograrse que los municipios respondieran a necesidades reales de la comunidad, sin pasar por engorrosas tramitaciones burocráticas. En cuarto lugar, los pobladores no llegaron pidiendo un favor a los alcaldes, sino ejerciendo un derecho e incluso invirtiendo la situación: el proyecto de autoconstrucción tenía en el fondo el carácter de "subsidiario", es decir, suplía una incapacidad del gobierno y del municipio. En quinto lugar, cuando dos municipalidades empiezan a dejar de cumplir lo comprometido, los pobladores se dirigen directamente al Gobernador provincial, quien soluciona el problema. Esto revela, por de pronto, lo ilusoria de la "autonomía municipal": los gobernadores son agentes directos del Presidente de la República en las provincias y en virtud del principio de la descentralización territorial del municipio, no deberían tener injerencia alguna en la administración comunal. El régimen autoritario secreta su propia lógica de funcionamiento, más acá o más allá de la legalidad que él mismo se ha dado. La apelación al Gobernador, además, ilustra el hecho que la autoridad, en última instancia, no es inaccesible ni sorda a las peticiones razonables y que no es indispensable utilizar caminos muy complicados para llegar a ellas, como las "recomendaciones" o "padrinazgos". En sexto lugar, y tal vez lo más importante en la práctica, el proyecto generó de hecho recursos externos de una magnitud considerable y comprometió a los municipios en el proceso. Uno de los tres alcaldes visitó frecuentemente y siguió muy de cerca el

proceso de autoconstrucción en una de las comunidades. El alcalde de una comuna vecina, incluso, se acercó al equipo técnico para estudiar la posibilidad que fuera la propia municipalidad la que impulsara proyectos de autoconstrucción, lo que a la postre no resultó, en parte por la poca capacidad que tienen las municipalidades para implementar proyectos propios.

Creemos que en la perspectiva de una futura democratización, la experiencia reseñada constituye un valioso precedente acerca de: a) la fuerza que da la organización en torno a objetivos concretos y b) la posibilidad de acercar al municipio a los problemas inmediatos de los vecinos y de lograr aportes específicos para su solución.

Desde el punto de vista de la planificación y programación del trabajo, nuestro juicio es más matizado. Valoramos altamente el carácter participativo de la planificación, si bien los niveles de participación no fueron iguales en todas las comunidades. Como a menudo sucede, fueron las personas más activas, las que tenían una mayor experiencia en trabajos comunitarios, las que constituyeron el motor del proyecto. Pero el problema principal no radica allí, sino en la consideración no realista de las necesidades y de las capacidades económicas de los pobladores.

El monto del crédito era bastante modesto y no cubrió el costo de la totalidad de las soluciones habitacionales. El programa terminó oficialmente en Enero de 1988. Un año más tarde, sin embargo, hay casas que aún están en proceso de terminación y otras abandonadas. Pero no todo debe achacarse a problemas financieros. En nuestra visita a terreno pudimos detectar que el trabajo de capacitación fue irregular y no tuvo la intensidad suficiente.

Por otra parte, el arquitecto coordinador del proyecto no tuvo un adecuado acceso a la información financiera y se produjo una duplicidad de funciones entre éste el Secretario Ejecutivo del Departamento de Acción Social de la Vicaría Rural-Costa.

La devolución del préstamo, por parte de las familias, ha sido muy escasa, lo que ha impedido el funcionamiento del fondo rotatorio y, por lo tanto, los efectos multiplicadores del proyecto. El fondo rotatorio es evidentemente un magnífico mecanismo para continuar solucionando los problemas de las comunidades participantes en la experiencia y para seguir fortaleciendo su organización. Pero es ilusorio pretender que tal mecanismo funcione en sectores sumidos en la extrema pobreza. Las directivas de cada comunidad despliegan un gran trabajo para instar a las personas a que devuelvan el préstamo, pero se estrellan con condiciones económicas que imposibilitan el ahorro familiar.

Pese a lo anteriormente señalado, el proyecto constituyó una ayuda eficaz para un gran número de familias y les hizo descubrir una serie de potencialidades hasta entonces ignoradas, como la efectividad del trabajo solidario y la posibilidad de lograr éxitos con mínimos recursos. Es evidente que la pobreza y la cesantía superan largamente las capacidades de un proyecto acotado y relativamente modesto. Pero no es menos evidente que cuando se abran nuevas fuentes de trabajo y se instauren adecuados mecanismos de redistribución del ingreso, las personas que participaron en el proyecto de autoconstrucción podrán hacer un aporte significativo en el mejoramiento de sus respectivas comunidades y sabrán de qué manera obtener el compromiso de las municipalidades.

III. CENTRO DE SALUD MENTAL EN COMUNA DE LA GRANJA.

1. ANTECEDENTES

Se ha detectado que a nivel nacional los problemas de salud mental son una causa importante del deterioro de las relaciones sociales, especialmente en el ámbito de la familia y del trabajo. El empobrecimiento de vastos sectores de la población y la falta de perspectivas laborales, están relacionados aparentemente con el incremento de consumo de alcohol y drogas, fenómeno que tiende a agravarse en la juventud en general y más especialmente en aquella perteneciente a estratos populares.

Más que el alcoholismo, el problema del consumo de drogas en la juventud ha despertado preocupación en el gobierno, que lo ha encarado fundamentalmente a través de dos organismos: la Comisión Nacional de Drogas de la Intendencia de Santiago, que es presidida por la Primera Dama de la Nación, y la Comisión de Salud Mental del Adolescente, dependiente de la Secretaría Regional Ministerial de Salud (Región Metropolitana). La labor de estos organismos cristaliza en la creación de Centros de Adolescentes en varias comunas populares de la Región Metropolitana, cuyo objetivo principal es rehabilitar a los jóvenes que consumen drogas o aspiran neoprén.

El Servicio de Salud Metropolitano, en el marco de las instrucciones impartidas por los dos organismos recién mencionados, suscribió convenios con diversas municipalidades para atender a personas con alteraciones de salud mental y para realizar labores de prevención en dicho campo.

Así, en 1983 la municipalidad de La Florida y el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, aunados en el CAS, crean un

proyecto de salud mental, que comienza a operar al año siguiente.

En 1985, la Municipalidad de La Granja pide al Director del Centro de Salud Mental de La Florida -que es al mismo tiempo coordinador de Salud Mental del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente- la elaboración de un proyecto de salud mental para esa comuna. El Director convoca a una serie de profesionales que habían trabajado en municipalidades en el sector salud y les plantea la idea. Se forma el equipo y se elabora el proyecto, siguiendo el modelo del Centro de La Florida. El proyecto es aprobado por la municipalidad y el Centro inicia sus labores en Septiembre de 1985. El Servicio de Salud aporta el local (un antiguo consultorio) y los implementos técnicos. La municipalidad, por su parte, aporta los bienes muebles y los sueldos del personal.

2. OBJETIVOS

El objetivo fundamental enunciado en el "proyecto-carpeta" es disminuir la incidencia y prevalencia de las patologías mentales más relevantes de la comuna, especialmente alcoholismo, drogadicción y neurosis. En el área de menores, que constituirá el centro de nuestro análisis, se plantean los siguientes objetivos específicos: a) realizar actividades de prevención de los trastornos psicológicos o psiquiátricos de la población infantil; b) hacer atención directa a los menores referidos a través de los consultorios, de las escuelas y del área social de la municipalidad; c) coordinar las acciones de los distintos niveles de atención y d) entregar contenidos educativos en relación a diagnósticos, tratamiento y pronóstico de la psicopatología infantil a los

equipos de salud mental de los consultorios de atención primaria de la comuna.

La visión de los objetivos que tienen los profesionales entrevistados no es la misma. Para uno de ellos -psiquiatra- el objetivo del proyecto es abordar los problemas de salud mental desde el punto de vista de la psiquiatría comunitaria. En el curso de la entrevista no quedó claro el concepto de psiquiatría comunitaria. Para otro -psicólogo- el objetivo del proyecto es "ayudar a alguien que lo necesite en comunas pobres". Para el tercero, también psiquiatra, el objetivo del proyecto es lograr que la propia comunidad se haga partícipe en la detección y solución de sus problemas de salud mental.

3. ORGANIZACION

El Centro se estructura sobre la base de tres unidades: adultos, adolescentes, niños, cada una de ellas a cargo de un jefe. El personal que trabaja en estas tres unidades está compuesto por: un terapeuta ocupacional, un psiquiatra infantil, dos psiquiatras de adultos, un psicólogo de adolescentes, un psicólogo de adultos, dos asistentes sociales y una enfermera especialista en salud mental. Para servicios menores se cuenta con personal POJH, contratado por la municipalidad. Los profesionales trabajan un promedio de 20 horas semanales, salvo una asistente social, que trabaja a tiempo completo.

Los miembros de la unidad infantil tienen, al menos, tres características comunes: son de oposición al gobierno, han trabajado en sectores populares y valoran altamente el "desarrollo comunitario".

4. LA ESTRATEGIA DEL PROYECTO

El centro de la estrategia parece estar centrado en el trabajo con la comunidad. El equipo considera que la clínica tradicional deja demasiados problemas sin solución y que la clásica sesión de terapia individual no es muy productiva en sectores populares. Se trata, como alternativa, de vincularse con la comunidad (organizaciones y familias) y de trabajar en conjunto con ella los problemas que se detecten. La manera de llegar a la comunidad es básicamente a través de la prevención (charlas en escuelas, organizaciones comunitarias, grupos juveniles, etc.). Pero la estrategia tiene otro componente, que es la visión de la salud y enfermedad mental como algo relativo, dinámico, que varía según sean las circunstancias y que debe ser abordado en forma integral. Enfoque más cercano a la salud pública que a la salud específicamente mental y muy vinculado a la "promoción popular" o al "desarrollo de la comunidad", con todo lo impreciso que puedan ser estos términos. En resumen, el peso de "lo social" para el tratamiento de los problemas de salud mental es preponderante, como veremos al analizar el funcionamiento del proyecto.

5. EL FUNCIONAMIENTO DEL PROYECTO

Las funciones principales del proyecto se realizan en torno a dos áreas que describiremos a continuación: la prevención y la asistencia.

a. La prevención.

Consiste esencialmente en la difusión de ciertos conocimientos y habilidades susceptibles de prevenir la aparición de fenómenos capaces de alterar la salud mental de los niños y de su entorno.

Para hacer efectiva esta labor se realizan dos talleres para profesores de escuelas básicas dependientes del Ministerio de Educación. Cada taller consta de seis sesiones y asisten en total 50 profesores. El objetivo general de los talleres es "abordar en forma preventiva el problema del niño, considerando la influencia de su medio ambiente más inmediato, la escuela y la familia, como principales agentes socializadores y fundadores de su personalidad." Como objetivos específicos se plantea: aumentar el conocimiento del niño y de su desarrollo en los profesores; facilitar la toma de conciencia de su influencia en la conducta del niño; mejorar las relaciones profesor-alumno y profesor-apoderado; impartir conocimientos y técnicas referentes a la comunicación; entregar elementos que permitan mejorar el manejo de niños catalogados como presentando dificultades conductuales y emocionales. En esta misma línea de prevención, se efectúan dos talleres para padres de niños con problemas. A cada taller, de cinco sesiones cada uno, asisten 10 padres. Se trabaja en grupos y se enfatiza la influencia de lo social y familiar en el desarrollo de la personalidad del niño.

También se realizan dos talleres de 8 sesiones cada uno con alumnos pre-adolescentes. Esta iniciativa no estaba contemplada originalmente en el proyecto; surge de la necesidad que ve el equipo de realizar un trabajo colectivo con los niños, para tratar problemas y temas

sobre los cuales no tienen la posibilidad de conversar seriamente. Estructurados como grupos de discusión, los talleres trataban de detectar problemas, a través del intercambio de experiencias y de buscar en común las causas y las soluciones posibles.

Otra actividad a nivel de la prevención es la capacitación en salud mental al personal médico y paramédico de los consultorios de salud.

La municipalidad, asimismo, pide al equipo que dé charlas de capacitación en salud mental a los miembros de Juntas de Vecinos, lo que se hace regularmente. La unidades vecinales donde se realizan estas actividades son determinadas por la municipalidad.

b. La asistencia o atención directa.

Los niños que llegan al consultorio son enviados por el Servicio de Salud y por la escuelas de la comuna. Hay algunos casos de llegada espontánea. La demanda es al comienzo muy alta, pero se logra controlar gracias a la capacitación dada al personal de los consultorios de atención primaria, en virtud de la cual muchos de los problemas pueden ser resueltos a ese nivel.

El ingreso del niño se hace por medio de un sistema de recepción múltiple: varios profesionales reciben al paciente y a su acompañante (normalmente la madre) y deciden en común la manera de abordar el caso: terapia ocupacional, terapia familiar, terapia individual, intervención de la asistente social, varias modalidades conjuntas, etc. En casos de alteraciones graves, como psicosis, el niño es derivado al hospital.

El problema que con mayor frecuencia debe enfrentar el equipo es el de los niños hiperkinéticos (movedizos en extremo, intranquilos, incapaces de fijar la atención). El tratamiento prescrito en las dependencias del Servicio de Salud es farmacológico: los niños que padecen de hiperkinesia son tratados con anfetaminas. La hipótesis del equipo es que se trata de un problema de socialización a nivel de las relaciones familiares y que, como tal, no debe ser resuelto vía fármacos, sino que a través de terapia familiar. Para el equipo, tanto en éste como en otros casos, el paciente es el niño y su familia. La terapia familiar involucra no sólo a los padres, sino también a los hermanos y a otras personas que viven en la misma casa. Junto con el trabajo familiar, los niños son entrenados en autocontrol y en trabajos de atención, de memoria y de relajación.

El segundo caso más frecuente de consulta está constituído por los niños que sufren de enuresis, es decir, de incontinencia de orina. Descartadas posibles causas orgánicas -caso en el cual el niño es enviado al hospital- el equipo intenta trabajar sobre las"causas" del problema, identificando como tales, en la mayoría de los casos, problemas emocionales al interior de la familia. Estos son tratados en terapia familiar o de grupo, sin perjuicio que puedan hacerse algunas sesiones de terapia individual con el niño.

El resto de los casos es difícil de clasificar y numéricamente no es muy significativo: trastornos de aprendizaje, retardo mental leve, ansiedad, timidez, angustia.

Para que desaparezca el motivo de la consulta o "la queja", como dicen dos entrevistados, el equipo se fija un plazo máximo de 10 sesiones. En los hospitales, en cambio, no se fijan plazos y los niños pueden estar años bajo tratamiento: al final no se sabe si se mejoran por la terapia o por el transcurso del tiempo y la consecuente maduración.

Las sesiones de terapia -individual, familiar u otra- se realizan cada quince días y en un horario estrictamente prefijado. Las autoridades de salud autorizan a los profesionales del Centro para disponer de un tiempo por paciente mayor que el permitido en el resto de los servicios de su dependencia. La regularidad del tratamiento estimula a los padres a colaborar con el mismo. Esto es especialmente apreciado por uno de los entrevistados, por cuanto considera que frecuentemente el niño es utilizado como descarga de conflictos familiares originados en la difícil situación económica.

6. EL DESENLACE

La brusca interrupción de la experiencia, después de algo más de un año de trabajo, tiene su origen visible en un hecho puntual. La unidad de adolescentes no estaba funcionando adecuadamente, por la falta de un psiquiatra. El Centro toma contacto con un psiquiatra que había trabajado con adolescentes en la comuna de San Miguel y lo contrata. El médico se integra al equipo y a los quince días de estar trabajando la Intendencia ordena a Salud que lo expulse. Detrás de esta expulsión no hay, aparentemente, causas políticas. En todo caso, y sea cual fuere la causa de la caducidad, el equipo reacciona airadamente ante el hecho:

manda cartas al servicio de salud y se entrevista con personal de la Intendencia, sin obtener respuestas satisfactorias ni la reincorporación del médico exonerado. Ante esto, en Octubre-Noviembre de 1986, el equipo en su totalidad presenta la renuncia ante la Intendencia.

Detrás de este episodio coyuntural, frente al cual la reacción del equipo aparece como exagerada, hay otros elementos que dan cuenta de un conflicto latente más profundo. Por de pronto, hay un delicado problema de dineros: la Intendencia estima que la municipalidad hace mal uso de ellos, pues aprovecha los fondos destinados para un Centro de adolescencia para poner en marcha un Centro enteramente diferente, que escapa de los márgenes impuestos por las autoridades a los programas de salud mental. La municipalidad, así, independientemente de su interés por el Centro, estaba en una difícil situación y el alcalde podía eventualmente ser acusado del delito de malversación de caudales públicos.

El equipo, por otra parte, compartía el convencimiento de que a corto plazo las autoridades convertirían el Centro en un Centro de Adolescentes, interesado únicamente en problemas de drogadicción y sin una visión global de la salud mental. Y este cambio era intolerable para el equipo. Se tiene la clara percepción que el Centro es una especie de isla, desligada de iniciativas de mayor envergadura y que, por lo mismo, está condenado a desaparecer. Uno de los entrevistados, pese al entusiasmo con que describió el proyecto, expresó que se tenía la impresión de arar en el desierto, con el agravante que ni siquiera se podía arar tranquilo.

Por el lado de la municipalidad, el alcalde apoyó en un principio el proyecto, hasta que surgieron los problemas de

dineros con la Intendencia. Pero de hecho el alcalde no tiene interés por organizaciones alternativas y el proyecto, además, es bastante caro.

A lo anterior deben sumarse dos episodios casi anecdóticos, de carácter político, que insertos en el conjunto de la situación pierden su carácter anecdótico y contribuyen a actuar como detonantes. Uno de ellos es la participación del Coordinador de Salud Mental y gestor del proyecto de Centro de Salud Mental en protestas y huelgas médicas promovidas por el Colegio de la Orden en 1986, que le acarrea la pérdida de confianza de parte de las autoridades de salud y afecta la legitimidad misma del Centro. El otro hecho es aún más anecdótico, aparentemente. Las paredes del local del Centro son pintadas con consignas políticas por los pobladores, en momentos en que la tensión social y política del país era bastante aguda. Funcionarios municipales repintan los muros y los profesionales del Centro reclaman formalmente por esta "intromisión". Esto no hace sino aumentar la desconfianza del alcalde.

Pero los problemas no terminan aquí. Los profesionales se quejan por los bajos sueldos. El 4 de Septiembre de 1986 -aniversario de la elección de Allende en 1970- no concurren al trabajo y el Centro permanece cerrado. En fin, en una fecha cercana a la anterior, un sociólogo francés es invitado a conocer la experiencia de los Centros de Salud Mental. Se realiza una reunión pública, en la cual el Coordinador de los Centros expone la situación de éstos y sus contradicciones. A los pocos días es acusado por las autoridades de salud de dar una mala imagen de los Centros ante el exterior.

Se produce, en definitiva, una escalada de tensiones entre el Centro y la Intendencia, la municipalidad y los servicios

de salud. Resultado: tanto el Centro de la Florida como el de La Granja terminan por transformarse en Centros de adolescencia.

7. LA EVALUACION DEL EQUIPO

Nuestra apreciación de la experiencia que acabamos de relatar se hará en el próximo acápite. En éste interesa consignar la opinión del equipo acerca del proyecto.

Lo primero que puede consignarse es que, al menos para los entrevistados, el proyecto fue una gran fuente de enriquecimiento personal. Valoran altamente el enfoque comunitario del proyecto, el trabajo en equipo, la utilización de la terapia familiar, el no empleo de fármacos, la ampliación del concepto de salud mental, el trato no autoritario ni burocrático de los niños y sus padres. Se sienten, en suma, más realizados y más útiles que en el hospital.

Desde el punto de vista de los resultados, la visión que entregan los entrevistados es, igualmente, muy positiva. Están convencidos de haber prestado un servicio que ninguna otra institución estaba en condiciones de brindar... y de haberlo hecho bien. Uno de los mayores logros fue la capacitación realizada a nivel de los consultorios. La relación con éstos no se agota en las charlas, sino que se mantiene a lo largo de todo el proyecto, a través de un psiquiatra del Centro que se reúne periódicamente con el personal de los policlínicos. También se considera un logro las reuniones clínicas periódicas entre los Centros de La Florida y La Granja y la reinvención de la interconsulta docente: un profesional de atención primaria lleva una caso complejo al Centro; se estudia seriamente, en equipo, y se

evacúa un informe por escrito, con todas las precisiones y detalles que el caso requiere (la interconsulta docente se había ido transformando, de hecho, en un mero trámite burocrático).

En el campo de la prevención el balance es, también, positivo, sobre todo considerando que ésta es una área bastante descuidada por los servicios de salud y que, en consecuencia, todo lo que se haga en esta materia no puede sino ser bueno.

En el área de la atención directa encontramos la misma visión exitosa. Durante el tiempo de funcionamiento del proyecto fueron tratados 187 niños, a los que deben sumarse, en muchos casos, sus familias. Aunque la estadística quedó incompleta por el abrupto término de la experiencia, los entrevistados estiman que un 90% de los niños fue dado de alta dentro del tiempo previsto para el tratamiento. El criterio para dar de alta es novedoso: lo fundamental no es que desaparezca el problema en sí, sino que el motivo de la consulta. En definitiva lo que importa es que el problema se aprenda a manejar, que el niño y sus padres adquieran recursos para enfrentar situaciones conflictivas. Y en este aprendizaje hay efectos laterales de gran importancia, como facilitar la comunicación entre los padres y entre éstos y sus hijos.

8. NUESTRA EVALUACION

En este caso, tal como en el que veremos en el capítulo V, una experiencia que consideramos positiva debió ser interrumpida por conflictos institucionales y por divergencias en los estilos de trabajo. Empezaremos analizando lo

sucedido en términos de efectividad, planificación y participación.

Respecto del primer punto, nos enfrentamos al problema de la falta de información estadística completa y confiable, falta que debe atribuirse a la planificación. Los únicos datos de que disponemos provienen de nuestros entrevistados, de lo que ellos recuerdan de la experiencia. Confiamos, naturalmente, en lo que ellos dijeron y evaluamos de manera muy positiva la forma en que abordaron el trabajo con los menores. Pero ignoramos, por ejemplo, el tamaño de la "población objetivo": no sabemos, en otras palabras, si la cobertura del proyecto fue adecuada ni qué porcentaje representa la población atendida en relación con el total de menores con problemas psicológicos. Tampoco sabemos, al nivel de la prevención, qué porcentaje de escuelas y unidades vecinales fue atendido por el programa. Estimamos que lo que hizo el proyecto fue bien hecho ... pero no sabemos, ni tenemos los medios de averiguarlo, si podría haber hecho más. En todo caso, en el tratamiento directo la efectividad parece haber sido bastante alta, si aceptamos, como lo hacemos, los criterios de alta aplicados. Nos parece, asimismo, muy positivo ("eficaz") el hecho de haber involucrado a la familia en el tratamiento de los menores y, por esa vía, haber facilitado las comunicaciones de la pareja y de ésta con sus hijos.

En cuanto a la planificación, ésta existe, desde la elaboración del proyecto hasta la programación cotidiana del trabajo, pero pensamos que presenta varios problemas. El primero de ellos es la falta de un diagnóstico de la realidad sobre la cual se quiere incidir. Se intuye que hay un problema, o tal vez se quiere replicar la experiencia del consultorio de La Florida, pero no se conoce exactamente la situación. Tampoco existe una evaluación del trabajo efec-

tuado, lo que puede explicarse en parte por el brusco término de la experiencia y por lo relativamente corto de ella. Pero aunque la experiencia se hubiera consolidado, una evaluación no habría podido sino ser incompleta, precisamente por la falta de diagnóstico inicial. Lo que se hizo en esta materia fue una evaluación incipiente de las tareas que el equipo se propuso realizar, pero no una evaluación del proyecto en cuanto tal, como una totalidad de medios, fines y estrategias destinada a producir cambios en un sector de la realidad. No es extraño, en este sentido, que uno de nuestros entrevistados, al ser consultado acerca de si volvería a intentar la experiencia, conteste afirmativamente, agregando: "pero haría un análisis y un diagnóstico más global".

En lo referente a la participación, es indudable, en primer lugar, que ésta se dio ampliamente al interior del equipo y que las diferentes tareas se discutían y ejecutaban en común. En segundo lugar, se otorgó un importante espacio a los padres de los menores (mayoritariamente a las madres) para que tomaran parte activa en la solución del problema de sus hijos. En tercer lugar, se abrieron también espacios de participación en las escuelas, tanto para profesores como para alumnos, y en las unidades vecinales en las cuales se efectuaron labores de prevención. El propósito del equipo de abrirse más a la comunidad finalmente no prosperó, en buena medida debido al clima político imperante en la época en que tuvo lugar la experiencia.

Antes de pasar a los problemas institucionales, queremos dejar consignada nuestra opinión en el sentido que proyectos como el que estamos analizando tienen, por su naturaleza misma, un alcance limitado, por muy exitosos que sean. En efecto, pueden aminorar los estragos de las anomalías detectadas, pero no combatir sus causas, al menos no en la

gran mayoría de los casos. El tipo de problemas que enfrentó el consultorio tienen su base en una situación económica muy difícil y en un porvenir que, en aquel tiempo, se veía muy cerrado. La sensación de arar en el desierto, que expresó uno de nuestros entrevistados, puede también tener que ver con la convicción de estar abordando el problema de manera lateral, desconectado de otras iniciativas tendientes a cambiar la situación estructural y a prevenir -de verdad y no metafóricamente- cierto tipo de transtornos conductuales o afectivos.

En cuanto a la instituciones involucradas en el proyecto, ellas son: la Intendencia metropolitana, el Servicio Metropolitano de Salud Sur Oriente y la municipalidad de La Granja.

En la Intendencia funciona la Comisión Nacional Antidrogas, cuya misión fundamental es prevenir el consumo de drogas en la juventud y rehabilitar a quienes hayan adquirido el hábito. Es asesora del Presidente de la República, está presidida por la Primera Dama de la Nación y la integran los subsecretarios del Interior, Justicia, Educación y Salud. Su labor se canaliza a través de los ministerios en ella representados. Entre 1985 y 1986 se integraron a la Comisión miembros de la Policía de Investigaciones y del Departamento OS 7 de Carabineros. En el tiempo en que se desarrolló la experiencia analizada en este capítulo, la Comisión estructuró un equipo de salud mental dependiente del Departamento de Desarrollo Social de la Intendencia y a través del Ministerio del Interior creó 19 Centros de Adolescencia en diversas comunas de la Región Metropolitana.

El Servicio de Salud Metropolitana Sur Oriente funciona autónomamente en su territorio jurisdiccional, dentro de las

políticas y programas definidas centralmente por el Ministerio de Salud.

La Municipalidadad de la Granja, en principio, es una persona jurídica territorialmente descentralizada, es decir, que no está subordinada a instancias del poder central. De hecho, no obstante, el alcalde es designado por el Presidente de la República y depende de él, ya sea directamente o por intermedio del Intendente-Gobernador de Santiago.

De los tres organismos comprometidos, hay uno que es claramente hegemónico: la Intendencia Metropolitana, en tanto prolongación directa del mando del Presidente de la República a través de su Ministro del Interior y Jefe del Gabinete. Uno podría preguntarse por qué razones el Ministerio del Interior se preocupa de problemas de salud mental de la población, que parecerían ser más bien de competencia exclusiva del Ministerio de Salud. Una respuesta a esta pregunta se encuentra en el Mensaje Presidencial que da cuenta de la labor realizada entre el 11 de Septiembre de 1987 y el 11 de Septiembre de 1988, donde se lee que el trabajo de la Comisión Antidrogas es "un pilar en la defensa de la familia, base fundamental de la sociedad chilena". En el contexto de la ideología que sirve de fundamento al gobierno autoritario, y que se expresa de manera muy acabada en la Declaración de Principios de 1974, la seguridad y el orden son dos valores básicos de la sociedad que se quiere construir. La seguridad apela a cuestiones de geopolítica que no es del caso tratar aquí. El orden se relaciona más bien con el acatamiento a determinadas normas, es decir, con la autoridad y con la obediencia. Y la familia es el ámbito "natural" donde empieza el ejercicio de la autoridad y la creación del orden. La drogadicción juvenil, en esta perspectiva, introduce un elemento de desquiciamiento, de caos, de adversidad para la mantención del orden, de un orden

particular, que no se estructura sobre la base del consenso y la negociación, sino que de la imposición. El poder político, pues, al velar por el orden de la familia, vía el combate de la drogadicción, está en definitiva velando por la perpetuación de su modelo de dominación.

El Servicio de Salud Sur Oriente no depende del Ministerio del Interior ni de la Intendencia y desarrolla por su cuenta programas de salud mental de corte tradicional: tratamientos individuales apoyados por fuertes dosis de medicamentos. Los Servicios de Salud, en general, carecen de una concepción amplia de salud mental y sus prioridades se centran en la atención materno-infantil.

La municipalidad no tiene atribuciones propias o exclusivas en materias de salud, pero sí puede actuar en este campo en coordinación con otros servicios, como sucedió en el caso del Centro de Salud Mental de La Granja. En esta situación de atribuciones compartidas, la autonomía de la municipalidad es escasa. Por una parte, debe atenerse a las normas técnicas del Ministerio o del Servicio de Salud. Por la otra, a las instrucciones políticas y presupuestarias de la Intendencia, la que además supervigila todas sus acciones.

El equipo del Centro de La Granja entró en conflicto con el Servicio de Salud, por no ceñirse estrictamente a sus pautas, con la Intendencia por no funcionar como Centro de adolescencia, con la municipalidad por razones políticas. La Intendencia y la municipalidad, como ya vimos, entraron en conflicto por la utilización indebida de fondos y por permitir el desarrollo de experiencias distintas de las diseñadas centralmente. Y se impuso, naturalmente, quien tenía más poder; la Intendencia y el Ministerio encargado de velar por el orden público.

Entre las tres instancias institucionales implicadas en el proyecto, además, no había canales adecuados de comunicación ni mecanismos de coordinación que permitieran un procesamiento democrático de los conflictos y dieran lugar a la búsqueda de soluciones propias a cada situación particular.

Hay que decir, en fin, que el equipo, no captó adecuadamente la fragilidad del proyecto y que no se mostró muy flexible para negociar con las diferentes autoridades.

IV. CENTROS COMUNITARIOS EDUCATIVO-NUTRICIONALES, COMUNA DE LA FLORIDA.

1. ANTECEDENTES

En Noviembre de 1982 el Instituto de Nutrición y Tecnología de los alimentos (INTA), de la Universidad de Chile, da a conocer los resultados de un diagnóstico nutricional de los habitantes de la comuna de La Florida, en el marco de un convenio con la municipalidad y con financiamiento de la Inter-American Foundation. En dicho diagnóstico se establece que la situación de los niños que viven en los sectores más pobres de la comuna es extremadamente precaria, detectándose una tasa de desnutrición infantil de un 20% en menores de 6 años. Se encontró, asimismo, que de todos los menores atendidos por los consultorios de salud, sólo el 12.7% asistía a alguna institución educativa o alimentaria. Las mayores tasas de desnutrición se daban en los niños cuyas edades fluctuaban entre uno y tres años.

En el Area Social de la municipalidad de La Florida, se había ido plasmando la idea del "desarrollo comunitario" como método y filosofía para enfrentar los problemas de los habitantes más pobres de la comuna. De la conjunción de esta idea y de los resultados del diagnóstico del INTA surge el primer esbozo de una acción deliberada para abordar integralmente el problema de la desnutrición infantil.

En la concepción de los profesionales del Area Social, la superación de la desnutrición suponía el cumplimiento de dos condiciones básicas: el desarrollo educacional y la incorporación activa de la comunidad. Se piensa en un trabajo conjunto en tres frentes: el niño, la familia y la comunidad.

Entre Diciembre de 1982 y Enero de 1983 la municipalidad estudia la situación y formula un proyecto, que es sometido a la consideración del Comité de Acción Social, que lo aprueba en el mes de Febrero. El proyecto es definido como una alternativa educativo-nutricional, cuyo fin es mejorar el desarrollo del niño, de la familia y de la comunidad, a través de una acción basada en la participación comunitaria y con el apoyo de recursos locales. Esta alternativa se concretará en la creación de Centros Comunitarios Educativo-Nutricionales.

Se determina que se crearán cuatro Centros en sectores considerados estratégicos: San Rafael, Villa O'Higgins, Trinidad y los Copihues. En 1985 desaparece el Centro San Rafael, por haberse erradicado el campamento del mismo nombre. En 1986 se crea el Centro Los Quillayes y en 1987 el Centro Los Copihues pasa a denominarse Los Castorcitos.

En el diseño inicial se establece que se atenderá a menores de 6 años, que presenten desnutrición de grado 1 o 2 o que se encuentren en riesgo inminente de desnutrición. También se contempla la atención de madres embarazadas enflaquecidas.

Los recursos humanos de que se dispone para la implementación del proyecto son variados: profesionales de la municipalidad o contratados por ésta especialmente, profesionales del Servicio de Salud, personal del INTA, equipo CREAS, alumnas de Trabajo Social de la Universidad Católica. Las personas que trabajarían directamente en la atención de los niños serían mujeres contratadas por el POJH de La Florida, que recién se iniciaba a principios de 1983. Todos los recursos financieros son aportados por la municipalidad.

La implementación del proyecto consistió en: a) reparar y equipar los 4 Centros; b) seleccionar a 240 funcionarias POJH para ser capacitadas en la atención de los niños; c) definir la institución que proveería la alimentación; d) diseñar los instrumentos de medición en las áreas de salud y social; e) seleccionar a los menores beneficiarios; f) establecer un sistema de coordinación con los consultorios periféricos para la derivación de menores hacia los Centros.

2. OBJETIVOS

Dentro del propósito del desarrollo integral del menor desnutrido y de la incorporación de la familia y de la comunidad para lograrlo, el proyecto se propone:

a. Desarrollar un modelo de intervención educativo-nutricional que por su bajo costo, por la participación de los miembros de la comunidad, previamente capacitados y apoyados por recursos institucionales del sector, sea replicable en otras comunas.

b. Mejorar los niveles de salud y educación de la población infantil y embarazadas de extrema pobreza en un sector de la comuna, a través de una alternativa propia de la comunidad.

c. Desarrollar acciones educativas a nivel de la familia y la comunidad en materias relacionadas con salud, organizaciones comunitarias y sistema familiar.

A estos objetivos iniciales y generales, se agregan luego otros, que se mantendrán con escasa variaciones hasta hoy:

incorporar al 90% de los menores desnutridos o en riesgo enviados por los consultorios: planificar y realizar programas de atención del niño y su familia; recuperar el estado nutricional de los niños y lograr un máximo grado de rehabilitación psicomotora de los mismos y de su estado de salud general, en el plazo de 4 meses; tratar simultáneamente al grupo familiar de manera de hacerlo apto para proporcionar al niño cuidados que aseguren su normal crecimiento y desarrollo.

3. PUESTA EN MARCHA Y ETAPAS

El proyecto comienza a operar en Marzo de 1983, con la selección y capacitación de 240 mujeres del programa POJH, la mayoría de las cuales desarrollaría funciones de auxiliares de párvulos ("tías"). Entre Junio y Septiembre los Centros empiezan a funcionar. con una jornada que se extiende entre 8.30 y 17 horas. La dirección de cada Centro está en manos de una asistente social y entre los profesionales que allí trabajan se cuentan enfermeras, médicos, nutricionistas y alumnas y egresadas de trabajo social. Entre 1983 y 1984 pasan por los Centros, aproximadamente, 900 niños. La mayoría de ellos son enviados por los consultorios, otros son reclutados por el personal del los Centros, y hay algunos que llegan espontáneamente (más adelante daremos cifras sobre las formas de ingreso).

De acuerdo a los documentos revisados y a las entrevistas sostenidas con diversos actores del proceso (gestores de la idea, profesionales y funcionarias POJH) se pueden distinguir las siguientes etapas en el desarrollo del proyecto:

a. 1983-1984, etapa inicial, en la cual se pone gran énfasis en la formación del personal y en el trabajo con las familias. En este periodo la "filosofía" del desarrollo de la comunidad está muy presente. La mayor dotación de personal se da en estos dos primeros años. Para los gestores del proyecto es su mejor momento, no así para otros actores del mismo.

b. 1985-mediados de 1987. En Diciembre de 1984 se realiza una evaluación global de la marcha del proyecto, en la cual participa el INTA, el servicio de salud y el área social de la municipalidad. Esta evaluación no es demasiado positiva en cuanto al tratamiento nutricional de los menores y hace presente la necesidad de asesoría técnica en salud y nutrición de médicos y nutricionistas del servicio de salud, para velar por el cumplimiento de las normas ministeriales referentes a la recuperación de desnutridos. Como consecuencia de la evaluación el proyecto se redefine en tres aspectos. En primer lugar, se limita la cobertura a los lactantes. En segundo lugar, se enfatiza la necesidad de incorporar de mejor manera y más permanentemente a las madres, concretamente, contratándolas como funcionarias. En tercer lugar, el proyecto se reorganiza administrativamente. Se establece un comité coordinador formado por personal de la municipalidad y por médicos del servicio de salud metropolitano sur oriente. La dirección del proyecto se entrega a un médico, y la dirección de cada uno de los Centros queda en manos de un nutricionista, actuando como subdirectora una asistente social. A cada uno de estos profesionales, así como a parvularias, enfermeras y personal administrativo, se le entregan funciones precisas y bien definidas. Para las personas de la municipalidad que estuvieron en el origen del proyecto, esta redefinición

implica que el proyecto adquiere un carácter asistencial y que el servicio de salud impone estructuras rígidas para la marcha del mismo, en desmedro de la educación, la participación y la integración social.

c. Mediados de 1987-Octubre 1988. Durante este período, según la visión entregada por los gestores del proyecto, se vuelve al enfoque primitivo, es decir, a la preocupación por el desarrollo de la comunidad y por el tratamiento del problema considerando todos sus factores, especialmente los de tipo social. La estructura administrativa se mantiene igual, pero el número de funcionarias POJH disminuye ostensiblemente, como resultado de la política del gobierno y de la disminución de las tasas de cesantía.

d. Octubre de 1988-Marzo de 1989. Este puede ser caracterizado como el período de la crisis. Con posterioridad al plebiscito de Octubre, el Presidente de la República designa a un nuevo alcalde, una de cuyas primeras medidas es despedir a más de cien funcionarios municipales. Anuncia su intención de suprimir o reducir los Centros, dando como razón el alto costo que su mantenimiento implicaba para la municipalidad. Entre Octubre de 1988 y Enero de 1989 la situación es incierta. Los profesionales y funcionarias no saben a qué atenerse, corren los rumores y la asistencia de los niños disminuye notablemente. En Marzo, finalmente, se resuelve la situación: los Centros continúan, pero con un personal muy reducido. Para los cuatro Centros quedan 2 nutricionistas, 2 asistentes sociales y 2 educadoras de párvulos, cada una de las cuales debe dividir su actividad entre dos Centros. En cuanto a las funcionarias no profesionales, éstas dejan de pertenecer al POJH y son contratadas, en mejores

condiciones por la municipalidad (mejores sueldos, previsión social y estabilidad laboral, al menos por el año 1989), aunque su carga de trabajo aumenta desmesuradamente.

4. CARACTERIZACION DE LOS NIÑOS Y SUS FAMILIAS

El proyecto evaluó 119 familias en 1985 y 146 familias en 1987. Los resultados de ambas evaluaciones son prácticamente idénticos y revelan una situación de extrema pobreza. Así, por ejemplo, el 50% de los padres tiene un trabajo inestable o está cesante. Más del 50% de las familias vive en calidad de allegada. La mitad de los padres tiene sólo educación básica incompleta, incluyéndose en esta categoría un número importante de personas sin instrucción (11% en el caso de las madres). En las evaluaciones se encontró un 26% de madres solas, la mayor parte de ellas soltera. Las madres son mayoritariamente jóvenes: en 1985 el 39.7% se ubicaba en el rango 19-24 años. En 1987 se cambió el rango y se encontró que el 60.2% de las mujeres tenía entre 16 y 28 años.

Los resultados de nuestra investigación, sobre 761 casos, revelan que el 37.55% de los padres tiene un trabajo inestable o es cesante. Esta cifra debe ser considerada con cuidado, pues no se encontró esta información en un 32.9 de los casos. Las familias que viven de allegadas alcanzan a un 53% y el tipo de casa que se encontró con más frecuencia es la mediagua (43%). En cuanto al nivel educacional de los padres, el 44.3% de las madres tenía educación básica incompleta, cifra que baja a 24,7% para los padres. Cabe agregar que el 11.7% de los padres es calificado como

alcohólico, cifra que desciende a 2% en el caso de las madres.

Cerca del 60% de las familias tiene entre uno y dos hijos (30,1% un hijo y 29,3% dos). El número de miembros por familia, en tanto, es más elevado: el 39% se compone de 4 a 5 personas y el 34.6% de 6 a 8.

De acuerdo a nuestros rangos, el 54.8% de las madres tiene entre 15 y 25 años (en el tramo 15-20 años se ubica un 20.8% de las madres). La distribución de edad de los padres es bastante homogénea: un 19.7% tiene entre 18 y 24 años, un 19.4% entre 25 y 29 y un 18.8% entre 39 y 39.

La persona a cargo del menor es la madre, en un 75% de los casos. Están presentes en el hogar ambos padres en un 61% de las familias, sólo la madre en un 28.9% y únicamente el padre en un 1.3%. En lo referente al estado civil, la mitad de los padres está casado.

Sobre la situación de la madre y el menor se encontró que un 23.4% de las madres tuvo desnutrición durante el embarazo y que un 10.8% sufrió de anemia en el mismo período. Esto implica que algo más de un tercio de las mujeres presentó patologías directamente relacionadas con situaciones de pobreza. Los partos fueron normales en un 66% de los casos, con cesárea en un 23% y con ayuda de forceps en el 11% restante.

Respecto de los niños, el 43% pesó menos de 3 kilos al nacer y el 54.6% midió menos de 50 centímetros. El 24% de ellos presentó algún tipo de patología al nacimiento y el 90.3% sufrió una o varias enfermedades antes de ingresar al Centro. La casi totalidad de los niños fue controlado periódicamente en los consultorios del servicio de salud.

5. VIA DE INGRESO A LOS CENTROS

Según la evaluación realizada por los Centros entre Abril y Diciembre de 1985, el 52.1% de los niños ingresó a través del consultorio de salud. El ingreso del 47.9% restante se debió a las visitas domiciliarias que realizaron las asistentes sociales del proyecto. De acuerdo a la evaluación realizada entre Septiembre de 1987 y Abril de 1988, el 30% ingresó vía consultorio, el 48% por pesquisas (visitas domiciliarias) del propio Centro, el 10% espontáneamente y el 12% por otras vías.

Los datos de nuestra investigación arrojan resultados diferentes. Un 32.6% ingresó vía consultorio, un 3.8% por pesquisa de los Centros y un 11.7% espontáneamente. No se obtuvo información en un 50% de los casos, lo que obliga a tomar las cifras anteriores con precaución. Es probable que una buena parte de los casos sin información corresponda a ingresos vía visita domiciliaria.

6. LOGROS

a. Dos parámetros de "medición".

Ponemos entre comillas el término "medición" para indicar que, aunque en esta sección manejemos cifras, lo que se estima como logros no es reducible a una simple cuantificación, como lo explicaremos con más detalle en las conclusiones.

Para tener alguna idea sobre la efectividad del proyecto, recurrimos a dos fuentes o parámetros. Una, las evaluaciones periódicas realizadas por el propio equipo

responsable, a las cuales pudimos acceder gracias a la gentileza de una funcionaria municipal. Otra, una investigación realizada por nosotros a partir de las carpetas individuales que cada Centro lleva desde 1985. Elegimos los dos Centros numéricamente más importantes (Villa O'Higgins y Los Castorcitos), estudiamos varias de las carpetas y a partir de ahí elaboramos un instrumento para recoger la información que nos pareció pertinente para los propósitos de nuestra investigación. Llegamos a establecer una lista con más de 70 items, la mayoría de los cuales fueron codificados. Se recogió información de 761 carpetas, correspondientes a todos los casos ingresados entre Enero de 1985 y Enero de 1989. Los datos fueron trabajados computacionalmente, con el programa SPSS. La mayor parte de la información que aquí entregamos corresponde a resultados marginales.

b. Cobertura

De acuerdo con datos que maneja el proyecto, entre 1983 y Abril de 1988, en los Centros fueron atendidos 2.157 menores. 450 corresponden a 1983, 900 a los años 1984-1985, y 807 a los años 1986-Abril 1988. La atención en el último período es bastante inferior a la de los anteriores, sobre todo si se considera que comprende 2 años y 4 meses. Nuestra investigación indica que entre 1985 y 1988 en los Centros Castorcitos y Villa O'Higgins fueron recibidos 867 niños. De éstos, 106 no ingresaron efectivamente, es decir, se inscribieron pero asistieron menos de 10 días. De allí que nuestro universo esté compuesto por 761 menores. El ingreso por año en los dos Centro estudiados es el siguiente: 1985: 155; 1986: 198; 1987: 227;

1988: 181. El descenso del último año ilustra la crisis a que nos referimos en nuestra periodización.

En la cobertura hay que distinguir entre los niños que completaron el proceso -independientemente de los resultados del mismo- y aquellos que no lo completaron. En el segundo caso se encuentran los niños que fueron retirados antes de los cuatro meses y aquellos que fueron transferidos a otras instituciones. Los datos elaborados de los Centros difieren, en esta materia, de los encontrados en nuestra investigación, como veremos enseguida.

La administración del proyecto elaboró un cuadro resumen de ingresos, retiros, transferencias y niños recuperados y no recuperados que cubre desde el 10 de Marzo de 1986 hasta el 15 de Abril de 1988. En ese período, de acuerdo al cuadro, ingresaron 807 niños, fueron retirados 187 (23.17%) y transferidos 141 (17.47%). De los 807 niños ingresados, en consecuencia, 328 (40,64%) no terminan el proceso. Para el efecto de ver los logros del proyecto, es muy distinto el caso de los retirados que de los transferidos. En efecto, en este último caso se trata de niños que han sido enviados a otras instituciones que le proporcionan una atención más adecuada a su estado, como los jardines de la Junta Nacional de Jardines Infantiles. Las transferencias, así, constituyen indudablemente un éxito de los Centros: es gracias a la gestión de sus funcionarios que los niños logran una mejor ubicación. Los retiros, en cambio, constituyen una interrupción del proceso no querida ni buscada por los Centros. Más adelante veremos cuáles son las causas de los retiros. Por el momento adelantaremos solamente que la mayoría

de ellos se deben al rechazo de los padres de las normas -mínimas- impuestas por los Centros.

Los resultados de nuestra investigación arrojan una tasa de retiros algo mayor. De los 761 niños considerados, 227 se retiran antes de cumplir el proceso, es decir, un 29.83%. Esta diferencia podría deberse, en parte, a que en los dos centros que no estudiamos los retiros fueran menores. pero esta hipótesis no parece muy plausible, puesto que los dos Centros analizados muestran resultados muy parecidos en todas las variables tomadas en cuenta. En todo caso, nos parece más confiable nuestro dato, pues fue extraído directamente de las carpetas individuales de los niños y no de evaluaciones, que consideran muestras y no la totalidad del universo.

Dentro de la cobertura del proyecto, como beneficiarios y partícipes del mismo, debe considerarse a las funcionarias POJH y a las familias de los niños, que recibieron formación y servicios que más adelante se detallarán. Con respecto al número de funcionarias, no hay datos precisos. Según las personas entrevistadas, entre 1983 y 1988 pasaron por lo Centros aproximadamente 1000 funcionarias. En cuanto a las familias, es razonable suponer que su número es igual al de niños ingresados o algo menor, considerando que hubo algunos reingresos y que en algunos casos más de un niño de la misma familia estuvo en los Centros.

c. **Recuperación nutricional**

Se considera recuperado al menor que a los 4 meses (luego se prolongó a 5) alcanzó los parámetros de

normalidad peso/edad y/o peso/talla, de acuerdo a las tablas que maneja el servicio de salud (Sempé y NCHS) Debemos advertir que no todos los niños recuperados según esos parámetros egresan de los Centros luego de los cuatro meses. Permanecen aquéllos calificados como "rezagados sociales", es decir, los niños cuyos hogares presentan un alto grado de deterioro socioeconómico, que les impide atender adecuadamente al menor. Como más adelante veremos, hay una gran flexibilidad en cuanto a los plazos de estadía de los menores en los Centros.

Sobre 173 niños evaluados en 1985, 98 (56.7%) se recuperaron y 75 (43.3%) no se recuperaron. De 116 niños evaluados en 1986, 86 (74.1) se recuperaron y 30 (25.9) no se recuperaron. Entre Enero de 1987 y Abril de 1988 fueron evaluados 280 niños, de los cuales se recuperaron 189 (67.5) y no se recuperaron 91 (32.5%). En el siguiente cuadro puede apreciarse con más claridad la situación.

CUADRO Nº 1

EVALUACION DE NIÑOS RECUPERADOS Y NO RECUPERADOS

Año	Evaluados	Recuperados N	Recuperados (%)	No recuperados N	No recuperados (%)
1985	173	98	(56.7%)	75	(43.3%)
1986	116	86	(74.1%)	30	(25.9%)
1987-8	280	189	(67.5%)	91	(32.5%)
TOTALES	569	373	(65.55)	196	(34.45)

Estas cifras son muy similares a las que se encuentran en el cuadro resumen elaborado por la administración del proyecto, al que nos referimos anteriormente. De 478 niños evaluados entre Marzo de 1986 y Abril de 1988. 315 (65.90%) se recuperaron y 163 (34.10%) no se recuperaron.

Según nuestra investigación, y aplicando la tabla SEMPE, de los 761 niños considerados, 260 ingresan a los Centros en estado eutrófico, de los cuales 244 son mujeres. No hemos encontrado explicación para este fenómeno. Tenemos datos de egreso sólo respecto de 313 casos. Las diferencias entre el estado nutricional al ingreso y al egreso se aprecian en el cuadro siguiente:

CUADRO Nº 2

ESTADO NUTRICIONAL AL INGRESO Y AL EGRESO

	Ingreso		Egreso	
	N	(%)	N	(%)
Grave	2	(0.7)	5	(1.6)
Grado 2	45	(14.4)	36	(11.5)
Grado 1	155	(49.4)	121	(38.7)
Normal	111	(34.5)	151	(48.2)
TOTALES	313	(100)	313	(100)

d. Recuperación psicomotora.

Todos los menores son sometidos a una evaluación de tipo diagnóstico al ingreso, al cuarto mes y al egreso. En el caso de los niños con anomalías psicomotoras se desarrolla un plan de estimulación individual, adecuado

al área en que se detectó el déficit. Estos niños son evaluados mensualmente. Los instrumentos de evaluación son el E.E.D.P. para los niños menores de 2 años y el test de Denver para los mayores.

El proyecto define cuatro áreas de déficit: coordinación, lenguaje, social y motora. El área que presenta mayores problemas (cerca del 60%) de los casos) es la del lenguaje, en ambos grupos etáreos. Según la coordinación del proyecto esto se debe únicamente a la muy escasa estimulación que reciben los niños en sus hogares.

El estado psicomotor de los niños al ingreso al Centro y luego de 4 a 5 meses de estadía en él se aprecia en el cuadro siguiente, elaborado sobre la base de evaluaciones de 1985, 1986 y 1987-88.

CUADRO Nº 3

DESARROLLO PSICOMOTOR

Estado	Ingreso		4-5 mes	
Normal	252	(71.6%)	298	(84.7%)
Riesgo	70	(19.9%)	40	(11.4%)
Retraso	30	(8.5%)	14	(3.9%)
TOTAL	352	(100%)	352	(100%)

Del cuadro se desprende que 16 niños se recuperan del retraso (46.7%) y que 30 niños salen del estado de riesgo (42.7%).

En nuestra investigación obtuvimos datos sobre el estado al ingreso de 520 niños: el 70.38% estaba

normal, el 20.77% en riesgo y el 8.85% en retardo. Estas cifras son bastante coincidentes con las que aparecen en el cuadro. Sólo obtuvimos información sobre el estado de egreso de 308 niños: 87.34% normal, 8.77% riesgo y 3.89% retardo. El porcentaje de recuperación es ligeramente superior al que muestra el cuadro.

e. Recuperación afectiva

En la evaluación de Septiembre de 1987-Abril de 1988 se indica que los menores ingresados entre dichas fechas son desfavorecidos y carentes, tanto cualitativa como cuantitativamente, en diversos aspectos del desarrollo de su vida. Además de las carencias nutricionales, presentan conductas de frustración extrema, postramiento e indiferencia. El área afectiva-social, se lee en la evaluación, está marcada por el ambiente que rodea al menor, calificado de insano y desmotivador y producto de la baja escolaridad de los padres y de las condiciones económicas de la familia. Esto se traduce en una "deprivación afectiva".

No hay instrumentos para evaluar si hay una recuperación afectiva de los menores, aunque los logros en el área de desarrollo psicomotor pueden tener relación con aquélla. El problema es que los niños con déficit afectivo no presentan necesariamente alteraciones en su desarrollo psicomotor.

Si no hay instrumentos propiamente tales para apreciar la situación de los niños en esta materia, por lo menos tenemos dos fuentes no despreciables: las entrevistas a funcionarias y profesionales de los Centros y las

visitas en terreno. Visitamos los cuatro Centros en numerosas oportunidades y siempre nos llamó la atención el cariño con que eran tratados los niños, pese a la carga de trabajo de las funcionarias. Todas conocen a cada niño por su nombre y llegan a quererlos como sus propios hijos. A pesar de la insuficiencia de recursos materiales, los niños viven en un ambiente muy diferente al de sus casas: tienen pequeñas mesas y sillas pintadas de colores, juguetes y diversos materiales didácticos.

En la evaluación Septiembre 1987-Abril 1988 se afirma que el área afectivo-social es la de mayor incremento: "el niño manifiesta espontáneamente mayor capacidad de afectividad, busca el cariño y la aprobación del adulto y más aún de aquel adulto que está a su cuidado. Manifiesta el agrado y su comodidad con la participación en cantos, juegos, rondas, incluso bailes".

En el curso de la investigación se entrevistó a 15 funcionarias de los diversos Centros, acerca de diversos aspectos del funcionamiento de los mismos. Aquí nos limitaremos a reproducir un par de citas. También reproduciremos algunas opiniones de profesionales entrevistados.

Entre las "tías", Cristina dice: "Realmente me fascinan los niños, especialmente los chicos ... llegan sin afecto, sin cariño ... luego una ve que los niños se van desarrollando como personas. Me siento bien realizada". Para Rosa, lo que prima en la recuperación de los niños "es la dedicación que se les otorga. Se recuperan gracias al cuidado, al cariño que se les da".

Entre las profesionales, la asistente social de uno de los Centros expresa: "El Centro responde a una necesidad real, más allá de lo nutricional. Es una institución que se ocupa del niño, que lo estimula, que le da cariño, que lo toma en cuenta y que le da cosas que en la casa no recibe".

La directora de otro Centro, por su parte, opina: "Un logro del proyecto es el trabajo con los niños, más allá de lo nutricional. El niño que egresa es distinto del que entra, marcado por todo tipo de deprivaciones. Nos interesa la felicidad del niño".

f. Formación de las funcionarias y dignificación de su trabajo.

El Programa Ocupacional para Jefes de Hogar (POJH) empezó a implementarse en Santiago en Octubre de 1982, como una manera de combatir la cesantía, que en esa época bordeaba el 30% Es definido a nivel de Ministerio del Interior y administrado por las municipalidades. Comprende media jornada de trabajo, con un salario bajísimo, sin estabilidad, sin previsión social y sin posibilidad de sindicalización. En los inicios del Programa las mujeres desempeñaban trabajos pesados, como harnear tierra, acarrear piedras, limpiar terrenos, etc.

El proyecto se inicia con la capacitación de 240 mujeres de la comuna contratadas vía POJH, la mayoría de las cuales pasaría a desempeñarse como "tía". La capacitación es impartida por un grupo interdisciplinario de profesionales, que entrega conocimientos sobre

salud, nutrición, desarrollo psicomotor y afectivo del niño, y relaciones familiares.

Todos los Centros, con intensidades diferentes, capacitan anualmente y de manera formal a las nuevas funcionarias. Esta capacitación sigue informalmente en la práctica, con el contacto diario con los profesionales. De la información obtenida en las entrevistas, se concluye que las funcionarias valoran altamente la capacitación recibida. La valoración del trabajo es también muy alta.

g. **Formación de los padres.**

Todos los padres deben pasar por un proceso de formación, aunque de hecho esta exigencia es soslayada por algunos.

En el Centro Los Castorcitos el ciclo educativo comprende entre 4 y 5 sesiones, una por semana. Según la asistente social asiste el 50% de los padres, en parte por apatía y en parte por problemas de trabajo (los cursos se imparten en días y horas hábiles).

En el Centro Trinidad la formación se imparte en un ciclo de 8 sesiones, 2 por semana. Se inicia en Marzo de cada año.

En Villa O'Higgins se capacita a las funcionarias dos veces al año. Según la directora del Centro, a los ciclos formativos asisten pocos padres.

No obtuvimos datos sobre la modalidad de capacitación de Los Quillayes, aunque sabemos que allí también los padres reciben formación.

En el primer semestre de 1987, de un total de 146 madres que debían recibir instrucción, 127 participaron en el ciclo formativo de 8 sesiones. De esta cantidad, sólo un 49% registra una asistencia sobre el 75%. Entre Septiembre de 1987 y Abril de 1988, en tanto, el 90% de los padres recibió capacitación.

Existe, además, un tipo de capacitación individual y de carácter más informal, que se da con ocasión de las entrevistas a las madres y de las visitas domiciliarias que efectúan las asistentes sociales en la totalidad de los casos.

h. Atención social.

El equipo profesional de los Centros, especialmente las asistentes sociales, presta numerosos servicios a las familias de los menores: asesoría en la tramitación de subsidios familiares y habitacionales, ayuda material (ropa, alimentos, enseres), referencia a instituciones especializadas (unidad de asistencia social de la municipalidad, Corporación de Asistencia Judicial, Hogar de Cristo, servicios de salud, programas de empleo de emergencia, etc.).

7. OBJETIVOS NO ALCANZADOS O LOGRADOS INSUFICIENTEMENTE

a. Baja inscripción

En general, los Centros no trabajan a plena capacidad porque las inscripciones son menores que los cupos. En 1985, por ejemplo, funcionaban 3 Centros, con una capacidad de atención de 160 niños. Como el proyecto se propone recuperar a los menores en cuatro meses, esta capacidad se duplica. En consecuencia, en 1985 los Centros disponían de 320 matrículas. Ese año se inscribieron 262 niños e ingresaron efectivamente 226. Casi 100 cupos, así, no fueron utilizados. En Marzo de este año 1989 dos de los cuatro Centros tenían inscritos un equivalente al 50% de su capacidad. Si bien es cierto que en algunos períodos los Centros han funcionado a plena capacidad, no es menos cierto que tal situación no ha sido la más frecuente.

Es sorprendente que la comunidad no haga un uso más frecuente de este recurso, que tantos beneficios reporta. ¿Por qué sucede esto? En Mayo de 1985 los profesionales del proyecto realizaron 300 visitas domiciliarias a menores desnutridos de 6 meses a tres años. Obtuvieron los datos de los archivos de los consultorios de salud de la comuna. En 44 casos no se encontró el domicilio; en 39 la familia se había cambiado de residencia; en 6 casos no había nadie en el domicilio. Se pudo hacer, por lo tanto, 211 entrevistas. Como resultado de ellas se reclutaron 58 menores. 57 familias mostraron sólo un interés relativo por los Centros. 39 familias rechazaron los Centros como solución para el problema de sus hijos desnutridos. Por el momento sólo dejaremos mencionado el alto número

de familias indiferentes o contrarias a los Centros. Retomaremos el tema al referirnos a los retiros.

La vía proyectada de ingreso de los menores era el consultorio de salud. La coordinación de los Centros estima que en 1985 los profesionales de los consultorios derivaron a todos los menores desnutridos a los Centros. Sin embargo un pequeño porcentaje llegó efectivamente.

En Enero de 1986 el Area Social de la municipalidad realizó un estudio exploratorio: "No utilización de los Centros Comunitarios Educativo-Nutricionales". Este estudio muestra que la familia tipo del menor desnutrido que no utiliza los Centros no es diferente de la que sí los utiliza. En cuanto a la conducta de la persona a cargo del menor, se observó lo siguiente: a) el 85.7% de las madres que no utiliza los Centros lleva oportunamente a su hijo a los controles de salud en el consultorio respectivo; b) sólo un 51% de ellas cumple las indicaciones de los profesionales del Consultorio; el resto no lo hace, aduciendo problemas económicos; c) un 48% de las madres no tiene un adecuado concepto de la desnutrición y un porcentaje aún mayor (57%) ignora las consecuencias de ésta; d) únicamente un 34% de las familias estudiadas conoce la existencia de los Centros y de este porcentaje el 21% los rechaza; e) el 68% de las familias que no utilizan los Centros no lleva al menor a ninguna otra institución que le proporcione alimentación.

Para el primer semestre de 1987 se había proyectado incorporar a los Centros a 190 menores: ingresaron efectivamente 149.

En Villa O'Higgins hay cupo para 60 niños. El promedio de inscritos en 1988 fue de 45. El cupo de Trinidad es de 40; en Diciembre de 1988 había inscritos 28 menores.

Pensamos que la no utilización plena de los Centros obedece a un complejo conjunto de causas, muchas de las cuales no tienen una relación directa con la labor de los Centros, como las de tipo cultural. Hay otras, en cambio, que nos parecen atribuibles al proyecto, como el desconocimiento de los Centros por una parte importante de la población. Hay una difusión deficiente, difícil de entender, dados los recursos de la municipalidad. También hay una mala coordinación con los servicios de salud: no se explica suficientemente a las madres lo que es la desnutrición y las secuelas que ella puede dejar.

Entre las causas de la baja inscripción, las "tías" entrevistadas señalan en primer lugar la irresponsabilidad de los padres: son "dejados", piensan que se les exige mucho, son flojos y cómodos y no se levantan a la hora para llevar a sus hijos al Centro. También estiman que las madres son reacias a reconocer que sus hijos están desnutridos y que los consultorios explican insuficientemente los síntomas y efectos de la desnutrición. Algunas, en fin, creen que los Centros son poco conocidos.

El director de uno de los Centros piensa que las madres no son conscientes del problema de la desnutrición, lo que se explica no sólo por la deficiente información que entrega el consultorio, sino por su bajo nivel educacional: "hay que rogar a las madres que vengan", concluye.

b. Retiros.

Ya aludimos a este fenómeno en el acápite referente a la cobertura del programa. El porcentaje de retiros que encontramos en nuestra investigación es altísimo (38.5%). El porcentaje que da el cuadro-resumen elaborado por la coordinación del proyecto es bastante menor (23.17%), pero aún así representa cerca de un cuarto del total de la población atendida. Veremos a continuación por qué causa los niños son retirados antes de cumplir el proceso. También veremos los porcentajes de retiros que aparecen en las carpetas de evaluación.

De acuerdo al cuadro resumen, las causas de retiro de los 187 niños consignados (sobre 807 ingresados) son las siguientes:

CUADRO Nº 4

CAUSAS DE RETIROS SEGUN COORDINACION PROYECTO

Causal	Nº de casos	%
Rechazo a las normas	95	50.80
Distancia	23	12.30
Enfermedad	36	19.25
Trabajo de la madre	21	11.23
Falta de adaptación	1	0.54
Cambio de domicilio	11	5.88
TOTAL	187	100.00

Los resultados de nuestra investigación se exponen en el cuadro siguiente:

CUADRO Nº 5

CAUSAS DE RETIROS SEGUN INVESTIGACION

Causal	Nº de casos	%
Rechazo normas	96	42.30
Distancia	4	1.76
Trabajo madre	15	6.60
Cambio de domicilio	79	34.80
Expulsión del Centro	3	1.32
Enfermedad	22	9.70
Otras	8	3.52
TOTAL	**227**	**100.00**

El rechazo a las normas, según ambas fuentes, es muy elevado. Las normas se reducen a exigencias bastante simples: respetar los horarios de inicio y término de la jornada, llevar al niño limpio y con una muda de ropa, y participar en las actividades de formación para padres. Por lo que pudimos observar y por las entrevistas realizadas, concluimos que los Centros son bastante flexibles en el cumplimiento de las exigencias.

Los porcentajes por las restantes causales de retiro difieren notablemente en una y otra fuente, sin que hayamos encontrado una hipótesis plausible para dar cuenta de ello.

c. Tiempo de recuperación

De acuerdo a los resultados de nuestra investigación, del total de niños que egresan eutróficos, un 22.6% lo

hace al cuarto mes, un 30.2% al sexto mes y un 16.2 al octavo mes.

d. Participación de la comunidad

Este objetivo no ha sido logrado en absoluto. La opinión de "tías" y profesionales es unánime al respecto.

8. CONCLUSIONES

Las conclusiones sobre esta experiencia se referirán principalmente a los actores en ella implicados: menores desnutridos, funcionarias "tías", familias.

Empezando por los menores, el primer problema que se nos presenta es determinar la efectividad del proyecto, es decir, el grado de cumplimiento de sus objetivos en cuanto a recuperación nutricional, psicomotora y afectiva. En acápites anteriores hemos dado cifras sobre la recuperación nutricional. Ellas se sitúan en alrededor de un 65%, de acuerdo a los datos de la Coordinación del proyecto. ¿A partir de qué porcentaje de recuperación puede decirse que el proyecto es o no efectivo y en qué grado (alto, medio, bajo)? De manera más o menos arbitraria podríamos establecer una escala del tipo 100% = absoluta efectividad, 75% = efectividad media alta, 50% = efectividad media, 25% = efectividad baja. Pero con ello no estaríamos dando cuenta del significado de la labor de los Centros. Cayendo deliberadamente en la subjetividad, estimamos que la recuperación de niños desnutridos, cualquiera sea el porcentaje, es un logro de primera importancia. Esto no significa dejar de

lado otros aspectos, como el tiempo de recuperación, los recursos utilizados, la estrategia, etc. Si consideramos el tiempo de recuperación, por ejemplo, el proyecto, en la inmensa mayoría de los casos no cumple el objetivo propuesto y en este sentido podría decirse que no es eficiente. Pero si tomamos en cuenta el estado en que llegan los niños y la situación económica de sus familias, tendríamos que concluir que no es posible obtener su recuperación en el plazo de 4 meses y que el proyecto debería ser modificado en este aspecto. Si pensamos en la escasez de recursos financieros, materiales y humanos, el proyecto puede ser considerado como altamente eficiente.

En el ámbito de la recuperación psicomotora, el proyecto muestra una alta efectividad, si bien los niños que presentan anomalías son relativamente pocos.

La recuperación afectiva de los niños no es posible de ser calificada en términos de eficiencia. Sin embargo, desde nuestro punto de vista, es tan importante como la nutricional, y por lo tanto tendremos que dar nuestra impresión al respecto. Ella se basa en la observación directa, en las entrevistas con las "tías" y con los profesionales. Como dijéramos más arriba, todas las personas entrevistadas, incluidos los nutricionistas, son especialmente sensibles al estado de "deprivación" que muestra el niño a su ingreso al Centro, y dedican una buena parte de sus esfuerzos para revertir la situación, para lograr que los menores se desarrollen en un ambiente de cariño, para que se sientan "tomados en cuenta". Y de hecho la preocupación de profesionales y "tías" se traduce en el ambiente de tranquilidad y efecto que se advierte en los Centros, pese a la sobrecarga de trabajo y a la incertidumbre laboral vivida a fines de 1988. Creemos, en este sentido, que independientemente de la recuperación nutricional, o del grado de ésta, los niños

que pasan por los Centros reciben un enorme beneficio y un tratamiento que no suelen tener en sus casas.

Respecto de las "tías", ya vimos que dentro del contexto del POJH el trabajo por ellas realizadas en los Centros presenta múltiples ventajas: reciben una formación que se proyecta más allá de su labor, tienen la oportunidad de establecer nuevas relaciones, pueden "salir" del estrecho ámbito de su hogar. Cristina expresa: "con el trabajo me he desarrollado en lo personal". Y Eugenia agrega: "Antes, yo que soy madre soltera, vivía encerrada en la casa con mi hijo. Cuando estaba encerrada en mi casa, veía mis problemas como los más grandes". Ahora, en cambio se ha dado cuenta que hay gente que tiene problemas mucho mayores que los suyos. Rosa, en fin, sostiene: "El nuevo trabajo me ha permitido relacionarme con otras personas. Antes no tenía amigos ... He sabido comportarme, entregarme. Antes era de mi casa". A esta satisfacción con el trabajo debe agregarse una serie de beneficios que reciben por la vía de las asistentes sociales de los centros, desde asesorías para conseguir determinados subsidios hasta ayuda material.

El haber optado por funcionarias del POJH es considerado positivo por parte de los profesionales. Para la asistente social del Centros Los Castorcitos, es bueno que participen personas de la misma comunidad, cuya única alternativa de trabajo es el servicio doméstico o el lavado de ropa ajena. Como son del sector, agrega, "conocen bien a los niños y los tratan como hijos". Similar opinión entregan la asistente social de Villa O'Higgins y el director de Los Castorcitos.

Estos aspectos positivos no pueden llevar a desconocer los problemas. Uno de ellos es la alta rotación de las "tías", que dificulta la adaptación de los niños y la continuidad del trabajo con ellos. Y esta rotación se explica por el

bajo salario que se pagaba hasta Diciembre de 1988 y por la inestabilidad laboral.

Otro problema, al cual se refirieron todos los profesionales, es el bajo nivel cultural de las "tías", que les resta autonomía y capacidad de iniciativa. La formación impartida no es suficiente, si bien suple muchos vacíos educacionales. El énfasis en la formación, por otra parte, ha ido decayendo con el transcurso del tiempo: es menos frecuente y menos sistemática.

En relación a las familias, éstas reciben de partida un doble beneficio: la atención de sus hijos desnutridos y la solución de ciertos problemas específicos a través de la acción de la visitadoras sociales. En el caso que las "tías" sean al mismo tiempo madres de niños desnutridos, éstas aportan recursos financieros al hogar, muy modestos, es cierto, pero que contribuyen a aliviar una situación las más de las veces dramática. Los padres reciben, igualmente, información acerca del cuidado y desarrollo del niño. Pese a lo anterior, la dinámica y el comportamiento familiar se modifica escasamente. Según los profesionales entrevistados, mientras las familias carezcan de los esencial, su grado de motivación por mejorar aspectos cualitativos es muy bajo. Todos coinciden en que se trata de un problema estructural, frente al cual los Centros constituyen un paliativo, pero no la solución. Esto contribuye a explicar el hecho que los padres no tienen ninguna injerencia en las labores de planificación de los Centros.

Dejando de lado a los principales actores implicados en el proyecto, nos parece que de parte de la municipalidad no ha existido una línea clara respecto del proyecto, en dos sentidos. Por una parte, y como lo expresara uno de los profesionales, a veces se confunde el punto de vista del

proyecto: ¿es de recuperación nutricional o es de desarrollo integral del niño? Por otra parte, en los últimos años, la autoridad municipal fue ambigua en cuanto a la continuación o término de la experiencia. El nuevo alcalde, de hecho, terminó por reducirla de manera drástica.

El no compromiso de la comunidad organizada, como las Juntas de Vecinos o asociaciones funcionales, no ha estado ausente en esta falta de claridad: la municipalidad no ha tenido una contraparte capaz de exigir y de negociar. No ha existido, en una palabra, un contacto, ni menos un diálogo, entre la municipalidad y aquéllos a quien ésta debe servir. Los CODECOS no han intervenido para nada en el desarrollo de este proyecto.

V. CONSULTORIO DE SALUD DE VILLA O'HIGGINS, COMUNA DE LA FLORIDA.

1. ANTECEDENTES

Este proyecto tiene un carácter muy especial en relación a los otros cuatro analizados. No es un proyecto formalizado en documentos ni elaborado en instancias colectivas, en un primer momento. Es un "proyecto que se hace sobre la marcha", como nos informara en una entrevista su creador, el doctor Antonio Infante. En los demás proyectos no tuvimos necesidad de referirnos a personas concretas. Este no se entendería si se dejara de lado al Dr. Infante.

La experiencia del consultorio de Villa O'Higgins se inicia en Octubre de 1983, cuando el Dr. Infante es designado director del establecimiento. El profesional ya había trabajado ahí anteriormente y había participado en el proyecto conjunto INTA-Municipalidad de La Florida, cuyo objeto era proponer un plan de coordinación intersectorial para mejorar la atención de la madre y del hijo. El diagnóstico que estuvo en la base del proyecto sirvió como punto de partida para la creación de los Centros Comunitarios Educativo-Nutricionales, estudiados en el capítulo precedente. Hay pues, un contacto ya establecido entre el servicio de salud y la municipalidad, contacto que se mantiene en la medida que los consultorios envían a los desnutridos leves a los Centros y efectúan, en los primeros tiempos, la evaluación de su estado nutricional. Desde 1979 en adelante, además, Antonio Infante ha tomado contacto con diversas instituciones no gubernamentales que desarrollan trabajo directo con sectores populares y con instituciones académicas no oficiales interesadas por las condiciones de vida de los pobladores. Toda esa experiencia la aportará a su nuevo cargo.

El sector al cual debe atender el consultorio está constituído por un vasto conjunto de personas (alrededor de 90.000) que vive en condiciones de extrema pobreza. En 1984 la cesantía alcanzaba al 40% de la fuerza de trabajo de la población, excluyendo a quienes trabajaban en los programas de emergencia (PEM y POJH). Los espacios de recreación eran pocos y mal equipados, faltaban jardines infantiles y alumbrado público. las viviendas eran inadecuadas, como también lo era el saneamiento básico. Los problemas sociales más importantes eran el alcoholismo, la drogadicción juvenil y la delincuencia.

En cuanto al funcionamiento mismo del consultorio, éste trabajaba "intramuros", es decir, no hacía trabajo comunitario y desarrollaba una labor eminentemente curativa, en desmedro de la prevención, salvo en el caso de la atención materno-infantil. La demanda supera largamente la capacidad del consultorio, de allí que se produce un número importante de rechazos. Los pacientes deben hacer cola desde las 4 de la mañana, independientemente de la gravedad de sus dolencias. Las personas que viven en sectores más alejados no acuden al consultorio y quedan prácticamente al margen de la atención médica. Los usuarios se quejan de la atención recibida, como lo ilustra el relato de la asistente social del proyecto: "La gente tenía bastante bronca con el consultorio. Nosotros en la primera reunión (con los dirigentes de Juntas de Vecinos) casi nos morimos. Llovían palos, no hallábamos dónde meternos. Son pésimos, atienden como la mona, los profesionales son unos déspotas".

Respecto al personal del consultorio, éste no constituye un verdadero equipo, no hay instancias de participación y cada uno realiza su tarea en forma aislada y rutinaria. El personal de enfermería es bastante burocratizado y mantiene conflictivas relaciones con las auxiliares, que pasan

continuamente de una función a otra y se sienten tratadas como objetos.

Esta era, en grandes líneas, la situación de partida.

2. LA IDEA INSPIRADORA DEL PROYECTO

Lo que se propuso el nuevo director fue poner en práctica la concepción de Atención Primaria en Salud desarrollada por la OMS y aprobada en 1978 en la Conferencia de Alma Ata, cuyos acuerdos fueron suscritos por el gobierno chileno. Ella consiste en "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta la alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria en Salud (APS) forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria" 1/.

1/ Citado por Marshall, María Teresa y Luz María Pérez, 1986, "Experiencias de educación popular y salud en América Latina", en: Varios autores, Del macetero al potrero. El aporte de la sociedad civil a las políticas sociales.Santiago, UNICEF-Centro de Políticas Sociales y Planificación en Países en Desarrollo, Universidad de Columbia, pág. 75.

Desde un punto de vista funcional, el Dr. Infante concibe la Atención Primaria como un proceso dinámico en el que interactúan el consultorio periférico de salud, la comunidad organizada y la municipalidad, quien representa al resto de las instituciones sectoriales 2/.

La asistente social del consultorio recuerda: "nos manejábamos con un concepto de salud integral, que tiene que ver con la incorporación de la comunidad en la obtención de un estado de bienestar general, con la participación de la comunidad no solamente como individuo sino que como colectivo y no únicamente en el plano estricto de salud definido operacionalmente, sino que en un plano de bienestar más global, más que la no enfermedad".

En entrevista realizada el 4 de Abril del presente año, Antonio Infante expresó que el concepto de atención primaria aludía simplemente al desarrollo local desde el punto de vista médico, al papel que debe jugar la comunidad para expresar a las autoridades de salud cuáles son sus principales problemas y cómo ella puede colaborar en la solución de los mismos, dentro de un plan armónico tendiente a satisfacer las necesidades locales, entre las cuales la salud es muy importante, pero no la única.

3. LA ESTRATEGIA

La estrategia para poner en práctica la concepción de Atención Primaria en Salud se basó en la acción sobre dos

---

2/ Infante, Antonio, 1986, "La atención primaria de salud en una comunidad local", en: Del macetero al potrero ... op. cit., pág. 58.

actores: el equipo de salud del consultorio y la comunidad a la cual éste debía atender.

a. El equipo de salud

El director, al comienzo de su gestión, parte del diagnóstico que no hay un equipo de salud propiamente tal, sino un grupo de personas no cohesionadas que ejecutan labores determinadas, obedeciendo las normas que para cada caso dicta el Ministerio o el Director del Area Sur Oriente. Dado el rol protagónico que el equipo de salud debe jugar en la Atención Primaria, la primera tarea que se propone el nuevo director es recrear o conformar un equipo de salud. ¿Cómo lo hace? Citando, en primer lugar, a todo el personal, oyendo sus inquietudes y manifestando que su deseo es que cada funcionario esté satisfecho con las labores que desempeña y que se creen mecanismos ágiles de comunicación y participación. Se establece una asamblea mensual de todo el personal para evaluar la marcha del trabajo. Se crea un consejo técnico formado por los responsables de las diferentes áreas e trabajo, al cual se incorpora personal administrativo y delegadas de las auxiliares de enfermería. Se pone igualmente en marcha un comité materno-infantil y un comité de farmacia. La clave del funcionamiento de estas instancias, según el director, son las buenas relaciones personales y la mutua confianza. Las actividades del equipo en formación están guiadas no sólo por la preocupación por mejorar la atención médica, sino también por incorporar a la administración del consultorio las inquietudes personales y profesionales de cada uno de los miembros.

La asistente social entrevistada, cuenta que lo primero que hace el director es una reorganización interna "en cuanto a roles y funciones, fundamentalmente, para establecer un contacto más humano entre los profesionales... una relación más igualitaria, por ejemplo, entre profesionales y auxiliares. Se estableció una hora para el café en que íbamos todos y almorzábamos juntos. Hicimos también algunas dinámicas de expresión corporal en que la idea era unir a la gente, que todos tuviéramos una experiencia común".

Esta nueva forma de encarar la tarea pronto dió frutos. Como cuenta una auxiliar que participó en la experiencia, "uno de los grandes cambios ocurridos en el período es que todos, tanto funcionarios como pacientes, tienen acceso directo a conversar con el director del consultorio... Las relaciones entre los funcionarios y de los funcionarios con los pacientes tradicionalmente han sido agresivas, pero en esa época las relaciones se tornaron más gratas".

Para la asistente social, la reorganización del equipo se tradujo en que mejoró la calidad de la atención, "porque hubo una mejor comprensión de los funcionarios y un relajamiento respecto al rendimiento. Un relajamiento en el buen sentido de la palabra, o sea, no había una presión forzada como habitualmente hay en el servicio, el cumplimiento por el cumplimiento y por la estadística, sino que más bien se incorporó la idea de comprender que la atención hacia las personas tenía que ser más humana y eficiente... Creo que la gente de los servicios de salud es bastante eficiente en términos de cumplir una tarea. No es ése el problema. El problema es que esa eficiencia se hace rígida y se transforma en una obligación poco llevadera y como la

presión es muy fuerte, la asistencia pasa a ser casi un acosamiento para el profesional. Entonces lo que había que hacer, y me parece que fue lo que hizo el doctor, era como alivianar el concepto de atención, darle una connotación diferente".

El consultorio mismo se transforma en algo más que un centro de salud, como lo consigna una asistente social que estuvo indirectamente relacionada con la experiencia: "Yo diría, desde afuera, que el consultorio pasaba a tener muchas características de centro comunitario. El sábado en la tarde estaba abierto y se hacía onces o se hacía ejercicios de relajación y se compartía lo que estaba pasando. La mayoría de los consultorios el sábado en la tarde están cerrados o sólo atienden urgencias". Y la auxiliar que también participó en la experiencia agrega: "todos andaban por el consultorio como Pedro por su casa. Las voluntarias organizaban convivencias en el mismo local e invitaban a las auxiliares".

En forma paralela a la consolidación del equipo se realizó un diagnóstico colectivo sobre la base de las fichas del tarjetero de consulta materno-infantil. Este diagnóstico indicó una serie de problemas, entre ellos, la dificultad de acceso al consultorio para las personas que vivían a una distancia superior a 10 cuadras de él y la falta de trabajo educativo hacia la comunidad.

b. El trabajo con la comunidad

b.1 Las Juntas de Vecinos

Es sabido que después del golpe de Estado las organizaciones comunitarias tradicionales han sido fuertemente controladas y que, paralelamente, en los sectores populares han surgido muchas organizaciones alternativas (comités de cesantes, de allegados, de derechos humanos, organizaciones económicas populares, etc.). El director del consultorio decidió, con su equipo, trabajar con las Juntas de Vecinos, pese a que sus directivas no eran generadas democráticamente sino designadas por las autoridades de gobierno. Esta opción se debe, en buena parte, a que como táctica global se trataba de "ocupar los espacios legales", de actualizar todas las posibilidades que otorgaban las leyes y la institucionalidad vigentes. Y las Juntas de Vecinos tenían grandes atribuciones que no habían sido nunca ejercidas 3/. La idea del director era que los problemas se discutieran en la Junta de Vecinos, que luego pasaran al Comité de Asistencia Social y que en definitiva la municipalidad interviniera. La asistente social que trabajó en el consultorio expresa que el trabajo con las Juntas de Vecinos era además "la aceptación de una cierta organización que ya existía, aparte de nuestros deseos o nuestra voluntad ... aceptábamos que había cierto modelo de organización que

---

3/ Las Juntas de Vecinos, consagradas legalmente en 1968, son definidas como una expresión de solidaridad y organización del pueblo,en el ámbito territorial para la defensa permanente de los asociados y como colaboradores del la autoridad del Estado y de las municipalidades. Uno de sus objetivos es "promover la colaboración de los vecinos y de las organizaciones populares, con el objeto de asegurar la más adecuada prestación de servicios de utilidad pública, sea colaborando en la fiscalización de la prestación de esos servicios, sea aportando iniciativas y recursos humanos y materiales para la mejor eficiencia de los mismos, todo ello de acuerdo con los respectivos servicios. Estos servicios procurarán, a su vez, la incorporación de los representantes de las organizaciones comunitarias o vecinales dentro de la estructura orgánica en todos los niveles en que sea compatible con las funciones técnicas a su cargo".

no podíamos modificar nosotros. Por otra parte, las organizaciones no gubernamentales que estaban en la población abarcaban un sector pequeño. O sea, la posibilidad de nosotros de llegada era mucho menor a través de las ONG's que a través de las organizaciones oficiales".

Una de las primeras medidas del nuevo director fue convocar a los dirigentes de las Juntas de Vecinos para dar a conocer los resultados del diagnóstico realizado a partir de los ficheros y para discutir los problemas de salud de sus respectivos sectores: las opiniones recogidas fueron sumamente negativas y giraron en torno a la incapacidad del consultorio de atender debidamente a los enfermos. En reuniones posteriores se entregó a los dirigentes los resultados del diagnóstico sectorializado que se había efectuado y se discutió con ellos los diferentes problemas enfrentados. Uno de ellos, tal vez el más grave, era la dificultad de la población para acceder al consultorio. Frente a este problema, los propios dirigentes propusieron la creación de monitores de salud en cada unidad vecinal. Esta idea, que estaba desde los inicios en el proyecto del Dr. Infante, surge espontáneamente de los dirigentes vecinales. Para el director esto confirma su impresión que en la población aún estaba vigente la memoria histórica de lo sucedido a partir de la década del 60 en materia de salud: el surgimiento de vecinos "especializados" en salud: voluntarios, monitores, brigadistas que son capacitados por los servicios estatales y luego colaboran con éstos, sin remuneración, en actividades de salud preventiva y en curativas menores.

b.2 Las monitoras de salud

La idea que hay tras la inicitativa de formar monitoras de salud es doble: por una parte, descentralizar ciertas actividades y así poder abrir nuevas líneas de trabajo; por la otra, sacar al consultorio de la estrechez de sus cuatro muros, llevar sus acciones hacia la población en sus lugares mismos de habitación y dar posibilidades de atención a personas que viven en las áreas más alejadas. Esto permitía, en definitiva, un acceso más igualitario a los servicios de salud.

En cuatro unidades vecinales próximas al sector se abren registros para la inscripción de monitores: se estima que se inscribirían 25 por cada una. Finalmente se inscribieron más de 100. de los cuales trabajaron efectivamente alrededor de 70. Todas las personas inscritas resultaron ser mujeres. Al preguntársele al doctor a qué se debía este hecho, éste respondió que el tipo de trabajo de los monitores de salud está culturalmente considerado como "femenino". Las monitoras eran de edad media y no tenían la preocupación de cuidar a hijos pequeños.

El trabajo con las monitoras se inicia con un ciclo de capacitación de 12 sesiones. Las seis primeras, a cargo de una enfermera por cada uno de los grupos, están destinadas a impartir conocimientos en materias tales como primeros auxilios, medición de temperatura y presión arterial y colocación de inyecciones. Las otras seis sesiones, a cargo de diversos profesionales, estuvieron destinadas al fortalecimiento interno de los cuatro equipos: técnicas de reafirmación de la autoestima, desarrollo de los sentimientos solidarios, formas de comunicación directa. Al final del ciclo se entrega

a cada monitora un certificado emanado del consultorio y de la respectiva unidad vecinal, en el cual se le otorga el "título" de monitora de salud. Previamente se exigía a las monitoras dos compromisos: respetar la confidencialidad de la información recibida y no discriminar a nadie que demandara su atención.

El proceso de formación de las monitoras se desarrolló paralelamente con un diagnóstico que ellas hicieron de sus respectivos sectores. El director del consultorio, la asistente social y las monitoras elaboran conjuntamente un instrumento sencillo para recoger información sobre condiciones básicas de salud, cobertura de la atención del consultorio, situación laboral de las familias, condiciones de higiene de los hogares y otras variables relacionadas con la calidad de la vida. A través de ellas se trataba de descubrir la heterogeneidad de la población en los niveles de salud y de conocer su posibilidad de acceso al consultorio.

La elaboración del diagnóstico duró aproximadamente tres meses: la información se recogió a nivel de familias, se consolidó por manzanas y finalmente por sector poblacional. Los principales problemas detectados fueron: cesantía, alcoholismo, saneamiento básico, calidad de la vivienda. Este diagnóstico permitió, por un lado, un contacto más estrecho entre las monitoras y la población, y por el otro, un conocimiento más acabado y directo de las condiciones de vida de los habitantes del sector (se detecta, por ejemplo, varios casos de alcóholicos no sometidos a tratamiento), lo que lleva a proponer soluciones más adecuadas a sus necesidades específicas.

A partir del diagnóstico, el consultorio, las monitoras, las Juntas de Vecinos y la municipalidad trabajan en conjunto para enfrentar determinados problemas, como el de alcantarillado: se logra que la municipalidad establezca alrededor de 1.300 conexiones domiciliarias. Se hacen asimismo, más de 12 huertos familiares, en los cuales trabajan recuperados alcohólicos contratados por el municipio por la vía del POJH. Surgen también otras iniciativas, como construir pequeñas salas de primeros auxilios, renacen los delegados por manzanas y empieza a hacerse visible un mayor dinamismo de las organizaciones territoriales.

Para el Dr. Infante la elaboración del diagnóstico tiene otras riquezas: "Los elementos principales se pueden encontrar al interior de la organización y de cada una de las monitoras. Mujeres que no se expresaban, comenzaron a hacerlo; aparece la creatividad grupal y el trabajo colectivo; las mujeres cuentan el impacto que tiene este trabajo en su función como madres y dueñas de casa; mejoran las relaciones con los hijos, y con los compañeros se establece una comunicación mucho más igualitaria, la que en general es bien acogida por ellos" 4/. Como nos expresara el doctor Infante en una de las entrevistas, con el diagnóstico no se trata de conocer por conocer, sino de formar equipos de trabajo.

Durante el tiempo que duró la experiencia, las monitoras desempeñaron los trabajos para los cuales fueron técnicamente preparadas, como curación, colocación de inyecciones, difusión de conocimientos básicos en materia de salud e higiene. Visitaban las casas y

---

4/ Infante, Antonio, op. cit., pág 65.

conseguían atención preferente para los casos urgentes. Controlaban a los enfermos que estaban en cama en sus casas. Acompañaban a las personas enfermas a hacer diferentes trámites, las oían, las aconsejaban. Para la auxiliar entrevistada, los logros principales del consultorio se sitúan en el ámbito de la educación, especialmente en higiene, trabajo realizado por las monitoras. Para la asistente social el papel de las monitoras fue "relevante". Gracias a ellas, entre otras cosas, aumentó el control de los niños desnutridos que no concurrían al consultorio.

Las monitoras cuentan con algo muy importante: el pleno respaldo de la autoridad del consultorio y la competencia para desarrollar adecuadamente su trabajo. Al comienzo, relata la asistente social, la actitud de la población "fue medio reticente, como que de repente la gente no quería abrirle la puerta a la monitora, no quería escucharla, la rechazaba. Pero en la medida en que la monitora se fue haciendo tremendamente útil para los otros, capaz de dar un apoyo, capaz de escuchar a otro, capaz de resolver un problema, la gente empezó a recibir muy bien a las monitoras".

4. UN NUEVO ESTILO DE TRABAJO

Lo que hemos llamado "la idea inspiradora" y su concreción en la estrategia que acabamos de reseñar, se torna inmediatamente visible en la práctica, en un estilo de trabajo diferente, del cual ya hemos dado algunas características. La personalidad del director del consultorio no es ajena al nuevo estilo. Para la asistente social entrevistada, es fundamental en el éxito de la experiencia la personalidad

carismática del doctor. Apreciaciones similares se advierten en las otras personas entrevistadas. No queremos ahondar mayormente en esta materia. Simplemente deseamos dejar consignado un juicio compartido por personas que participaron en la experiencia en análisis.

Este nuevo estilo se manifestó de múltiples maneras. Por de pronto, casi todo el trabajo desarrollado fuera del consultorio tuvo el carácter de voluntario, es decir, no era pagado ni obligatorio y se realizaba en horas extras. Al respecto, la auxiliar entrevistada expresa: "El trabajo comunitario que se agregó al que debía realizar cada uno de los funcionarios nunca fue obligatorio. Por eso, algunos tardaron en incorporarse, mientras que otros lo hacen muy motivados desde el comienzo". Esta salida de los funcionarios a terreno hace que la población los vea más como amigos que como típicos profesionales de la salud. En ese tiempo, recuerda la entrevistada, "se rompe la barrera del delantal y el trato hacia los pacientes se torna mucho más suave. Por su parte, los pacientes comprenden que los funcionarios también tienen problemas". Además, "el director y algunos médicos, por primera vez en la historia del consultorio, también realizaron visitas domiciliarias a aquellos pacientes que se encontraban postrados, eran enfermos crónicos o estaban impedidos de ir al consultorio por sus propios medios". Las relaciones entre el personal del consultorio y la población, en una palabra, cambian radicalmente.

Uno de los aspectos de este cambio está constituído por la participación activa de la comunidad en tareas de salud. El otro tiene que ver con la capacidad del equipo de aceptar críticas. La asistente social dice: "La recepción de la comunidad fue óptima y también tiene que ver con el modo de acercamiento que nosotros tuvimos hacia la comunidad, que fue primero aceptando los errores, aceptando que la comuni-

dad pudiera expresar su descontento y pudiera criticar abiertamente al consultorio frente al director, frente a la autoridad. Tengo la convicción que la posibilidad de la crítica frente a la autoridad abre muchas perspectivas. Porque de todas maneras el doctor, aunque era una persona distinta y se veía como diferente a los otros directores, representaba la autoridad del consultorio. Entonces el acercamiento y el modo de él de relacionarse con la comunidad influyó notablemente para que las personas que se integraron a los grupos tuvieran una actitud de aceptación y de confianza y además de participación".

El estilo de trabajo adoptado está asociado, pensamos, con el estilo de vida que el equipo quería promover. Así, la asistente social expresa: "Yo creo que si nosotros hubiéramos seguido se habrían producido realmente cambios importantes en esa población, en la Villa O'Higgins. Desde plantar árboles, yo creo, hasta bailar los días sábados. En tener un estilo de vida más congruente con el ser humano, un estilo de vida que no puede ser completamente cercenado por la políticas gubernamentales". Y para lograr ese estilo de vida era necesario combatir la apatía. La experiencia de varios años de trabajo en consultorios. indicaba a la asistente social que más allá de los problemas económicos, "estaba muy presente en las personas una sensación de apatía y de desgano, de vitalidad, de ausencia de fuerza". No basta superar ciertos problemas básicos ni aprender determinadas técnicas: se trata de despertar el deseo de vivir y de transformar la realidad. Y eso se intentó hacer en el programa de formación de las monitoras, en las sesiones destinadas al desarrollo y fortalecimiento del equipo. "Estas sesiones de desarrollo personal y colectivo tenían que ver con hacerse cargo precisamente de lo que tú sentías, de lo que tú eras, de lo que a tí te pasaba, de cuáles eran tus reacciones frente a determinados problemas ... El

infierno que yo me creo por mi propio modo de ver las cosas es un infierno innecesario y mientras más estemos liberados del infierno que nosotros mismos nos creamos, más posibilidades tenemos de transformar el infierno que viene desde afuera. Es como el pensamiento que subyace a mi acción, a mi colaboración con el doctor Infante, que él compartía y apoyaba totalmente".

Hay que decir, en fin, que el trabajo comunitario no implicaba un descuido en la atención normal del consultorio. Al contrario, en opinión de las entrevistadas, ésta mejoró tanto cuantitativa como cualitativamente, en parte gracias a la introducción de algunas innovaciones, como atender a niños en grupo o trasladar a las auxiliares algunas funciones que cumplían las enfermeras. La acción de las monitoras, desde luego, permitió descongestionar el trabajo de enfermeras y auxiliares, principalmente.

5. LAS DIFICULTADES DE LO NUEVO

Como lo destaca el propio director en la obra citada, a medida que el proyecto se desarrollaba y consolidaba, la actitud de las autoridades de salud (Director de Atención Primaria y Director del Servicio Sur Oriente) era ambigua: a veces aplaudían y otras criticaban. Con el correr del tiempo la crítica remplazó totalmente al aplauso. Desde luego, la actitud de los directores de los otros consultorios de la comuna fue haciéndose más crítica del sistema de atención, lo que provocó conflictos con el Director de Atención Primaria. Enseguida, la participación activa de la comunidad en tareas de salud despertó la desconfianza de la burocracia ministerial: para ella la salud es cuestión de expertos. Las monitoras eran vistas más que nada como

activistas políticas que alteraban la lógica de las decisiones "científicas". A lo anterior debe agregarse que el proceso de apertura política que empezó a vivir el país a mediados de 1983 había fracasado ya algún tiempo antes que la experiencia del consultorio de Villa O'Higgins fuera clausurada. La rigidización volvió a entronizarse en todas las instancias de la vida nacional. La desconfianza política fue, sin duda, un factor que dificultó la experiencia y que finalmente la hizo abortar: los regímenes autoritarios toleran muy mal el cambio y no hay que olvidar que el Director de Salud Sur Oriente es designado por el Presidente de la República.

Pero el "proyecto" no sólo tuvo dificultades provenientes del exterior. Si bien fue posible armar un equipo de trabajo, éste no alcanzó a consolidarse definitivamente y a deshacerse de la formación eminentemente técnico-hospitalaria que se entrega al personal médico y para-médico.

6. EL FIN DE LA EXPERIENCIA

En Enero de 1985 la Dirección de Salud dispuso el traslado administrativo del Dr. Infante. La comunidad reaccionó de inmediato: se reunieron cerca de 7.000 firmas pidiendo que se dejara sin efecto la medida: las directivas de las Juntas de Vecinos hicieron múltiples gestiones ante las autoridades; se envió cartas a la prensa. Nada dio resultado. Muchos funcionarios que habían trabajado durante años en el Consultorio optaron por renunciar o por pedir su traslado a otro servicio.

La auxiliar recuerda: "Cuando el doctor Infante es destituído, el consultorio volvió a su estilo de trabajo tradicio-

nal, por eso la gente, funcionarios y pobladores, sufrió mucho. Volvimos para atrás. Todo terminó".

Seis meses después de su destitución, el ex-director relata: "En Villa O'Higgins el consultorio luce limpio y ordenado, el personal se ha volcado a un trabajo eminentemente intramural y lo que se denominó, por parte de las autoridades, como 'trabajo proselitista' con las monitoras de salud ha terminado" 5/. En una de las entrevistas, el doctor Infante contó que las monitoras ya no funcionan como grupo, sino que son consultadas individualmente y a título personal.

La inercia de la burocracia y la desconfianza en la participación, finalmente, triunfaron.

7. CONCLUSIONES

Desde el punto de vista de la efectividad, lo que se hacía antes en el consultorio se hizo mejor y además se emprendieron nuevas acciones. Desde la perspectiva de la participación, nos parece que la experiencia fue altamente valiosa: el trillado discurso sobre la participación logró tomar cuerpo y traducirse en acciones concretas que en definitiva significaron una democratización en la forma de prestar servicios de salud. En cuanto a la planificación, pensamos que ella fue eficiente y flexible: hubo diagnóstico, programación del trabajo, evaluaciones periódicas, en las cuales no sólo estaba comprometido el equipo técnico, sino que también la comunidad y la municipalidad.

5/ Id., pág. 68.

Pero el fin obligado de la experiencia indica que hubo problemas entre los diversos actores implicados en el proceso: por una parte, el Dr. Infante, el equipo del consultorio y las organizaciones vecinales: por la otra, el servicio de salud, el Ministerio del ramo, el municipio y la Intendencia Metropolitana.

Respecto del primer grupo de actores, estimamos que una de las debilidades del proyecto fue que éste estuvo basado en las ideas e iniciativas de una sola persona. Bastó que ella desapareciera para que la experiencia se derrumbara. El equipo del consultorio, por su parte, y pese a todo lo realizado, no alcanzó a consolidarse plenamente: pareciera que en quince meses no es posible alterar radicalmente lo que puede caricaturizarse como el lema de la burocracia: "todo lo que fue será". En cuanto a las Juntas de Vecinos se demostró que carecen de un poder real y que se encuentran al margen de las decisiones que afectan a quienes representan. El hecho que sus dirigentes fueran designados por las autoridades políticas, además, ponía en tela de juicio su legitimidad ante los propios vecinos.

En lo referente al segundo grupo de actores, el Ministerio de Salud formula los planes y programas generales de salud, dicta las normas técnicas y administrativas, coordina, controla y evalúa el cumplimiento por parte de los servicios de salud, otros órganos independiente e instituciones privadas. El Ministerio pone énfasis en la atención materno-infantil, en desmedro de la atención secundaria y terciaria y no contempla la participación de la comunidad en las acciones de salud. Los 27 Servicios de Salud que operan en el país desde 1980 son las entidades operativas o asistenciales del sistema. Su función, en principio, es ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud. De hecho, sin embargo, casi toda su

actividad es de tipo curativo, salvo en la atención materno-infantil, caso en el cual se desarrollan labores de protección y prevención. Los Servicios de Salud gozan de autonomía en el cumplimiento de las instrucciones emanadas del Ministerio, si bien sus directores son designados por el Presidente de la República.

Una de las funciones de los Intendentes es ejercer la supervigilancia, coordinación y fiscalización de todos los servicios públicos que operan en la región, salvo algunas excepciones, como los tribunales de justicia.

Las municipalidades, en fin, tienen por finalidad satisfacer las necesidades de la comunidad local y asegurar su participación en el progreso económico, social y cultural de la comuna. Poseen atribuciones compartidas con otros servicios en varias materias, entre ellas la salud pública y la higiene ambiental.

Entre municipalidad, Intendencia y Servicio de Salud no hay una adecuada coordinación. Más aún, en los tiempos en que se desarrolló la experiencia en análisis, los alcaldes estaban subordinados al Presidente de la República, con la mediación del respectivo Intendente. No es raro, entonces, que las municipalidades actuasen fundamentalmente como delegatarias del poder central y no de manera autónoma. La municipalidad de La Florida estaba interesada y apoyó la experiencia del consultorio de Villa O'Higgins, pero carecía de un plan -y de un concepto- de desarrollo local integrado, del cual formara parte la salud, especialmente en su dimensión preventiva. Faltaban, además, los canales de comunicación entre el municipio y el Servicio de Salud para emprender acciones conjuntas o para que el Servicio adecuara sus actividades a las necesidades de la comunidad.

La Intendencia podría haber sido la instancia mediadora, pero de hecho el Intendente actuaba como superior jerárquico del alcalde y como agente directo del Presidente de la República. En tal calidad, su preocupación fundamental es la mantención del orden público dentro de su territorio jurisdiccional. Y la participación, tal como la ha concebido en la práctica el gobierno autoritario, está muy cerca del desorden.

La descoordinación y el desencuentro entre los servicios públicos que de una manera u otra estuvieron implicados en el proceso tuvo que ver con el fracaso del mismo, más aún si se considera el contexto no democrático en el cual éste se desarrolló.

Para el doctor Infante la errada apreciación del peso de la burocracia ministerial fue una causa importante del fracaso del proyecto: "Todo aquello que implique 'rebeldía' burocrático-administrativa tiene muchas más posibilidades de fracasar que de caminar, aunque sea lentamente, dentro de los márgenes aceptables para las autoridades del momento. Sin lugar a dudas es en esta esfera donde cometimos la mayor cantidad de errores, ya que ninguna autoridad burocrática acepta que se le esté señalando permanentemente cuáles son sus limitaciones" 6/.

Digamos, para terminar, que compartimos el juicio de una investigadora de CIEPLAN que estudió la experiencia de Villa O'Higgins. Para ella, ésta "ilustra la complejidad de la relación entre la iniciativa local y la autoridad central. Esta comprende los elementos de desconfianza política, consecuencia de la dictadura y del temor oficial a la organización y la activa participación popular, pero no se

6/ Id., pág. 70.

reduce a ello. Se relaciona también con cuestiones intrínsecas a la burocracia administrativa, la rigidez, la fiscalización y control y en general el sistema de relaciones que se organiza desde arriba hacia abajo" 7/.

7/ Serrano, Claudia, 1989, Proyectos participativos en el área de la salud: lecciones de politica social a nivel local. Santiago, CIEPLAN, 1989, pág. 23.

VI. REFLEXIONES FINALES

1. AUTONOMIA DEL MUNICIPIO

La autonomía del municipio puede referirse al tipo de relaciones que establece con el gobierno central y sus órganos (no subordinación) o a la capacidad de ser agente del desarrollo local. Raczynski y Serrano denominan autonomía política a la primera y autonomía técnica la segunda 1/.

Respecto de la autonomía política, es evidente que el municipio chileno ha carecido totalmente de ésta desde los inicios del gobierno militar. Hasta Mayo de 1989 todos los alcaldes del país seguían siendo funcionarios de la confianza exclusiva del Presidente de la República. En la medida en que los alcaldes empiecen a ser designados por los COREDES, los municipios recuperarán su autonomía política, si bien el modo de designación de alcaldes y miembros de los CODECOS no sea democrática.

En cuanto a la autonomía técnica, es decir, a la capacidad del municipio de emprender acciones específicas y concretas que beneficien a los habitantes de sus comunas, ésta es mínima. Y lo es principalmente por tres razones. La primera, porque gran parte de la acción municipal está volcada hacia la administración de programas definidos centralmente. La segunda, por la escasez de recursos para desarrollar acciones propias. Y la tercera, por el peso y la influencia que tienen sobre el municipio los aparatos de la burocracia estatal (Ministerios) y los agentes territoriales del poder ejecutivo (Intendentes y Gobernadores).

1/ Raczynski, Dagmar y Claudia Serrano, 1988, Descentralización y planificación local: la experiencia de municipios en comunas pobres de Santiago. Santiago, CIEPLAN, Notas Técnicas No. 108, pág. 14.

Especialmente importante nos parece el tema de los recursos, íntimamente ligado a la incapacidad de la municipalidad de realizar acciones de envergadura dirigidas hacia los sectores que viven en condiciones de extrema pobreza. Las municipalidades disponen de fondos propios, que pueden manejar con autonomía, y de fondos "delegados", que van amarrados a la ejecución de determinadas tareas que les confía el gobierno central. Entre los fondos delegados se cuentan los de salud, de educación, los de programas de empleos de emergencia, los subsidios únicos familiares, las pensiones asistenciales, los recursos del Fondo Nacional de Desarrollo Regional, del Fondo Social y de algunos ministerios.

Pues bien, sucede que los recursos delegados son mucho mayores que los propios. Entre 1982 y 1985, por ejemplo, en la municipalidad de La Florida nada más que los recursos asignados al POJH superaban en 2.4 veces el presupuesto municipal 2/. Asimismo, en 1986 sólo el 15% de la inversión de las comunas de la Región Metropolitana se financió con recursos propios de éstas 3/.

Esta escasez de recursos propios tiene que ver, naturalmente, con la poca cantidad y relevancia de proyectos municipales específicos. De los cuatro proyectos examinados, sólo uno (los Centros Comunitarios Educativo Nutricionales) tiene una cierta importancia en cuanto al número de beneficiarios, a la permanencia en el tiempo y al monto de los recursos invertidos. Pero aun así, hasta Diciembre de 1988 los recursos para pagar a la mayor parte de los funcionarios de los Centros provenían del POJH, es decir, de una transferen-

---

2/ Raczynski, Dagmar y Mabel Cabezas,1986, Ingresos y gastos municipales: Chile (1977-87) y Gran Santiago (1985-86). Santiago, CIEPLAN, Notas Técnicas No. 121, Octubre, pág. 6.

3/ Id.

cia del gobierno central, a través del Ministerio del Interior.

La injerencia de organismos de la burocracia centralizada interfiere, también, las posibilidades de una acción municipal autónoma, como lo vimos claramente en los casos del Consultorio de Salud Mental de la Granja y en el Consultorio de Salud de Villa O'Higgins. En el primer caso, además, la mayor interferencia vino de la Intendencia Metropolitana. En el proyecto de autoconstrucción que examinamos, hubo una intervención del Gobernador provincial que a la postre fue beneficiosa, pero que revela la falta de autonomía política y técnica del municipio.

2. PARTICIPACION

A falta de participación política, el gobierno autoritario ha puesto en primer plano, y muy tempranamente, el tema de la "participación social" y del lugar privilegiado donde ésta debe darse: el municipio. De hecho, hasta antes de la dictación de la ley de municipalidades de 1988, la participación del pueblo en la gestión de la municipalidad fue enteramente inexistente. Medidas tan importantes como la municipalización de los establecimientos fiscales de enseñanza básica no fueron consultadas a la comunidad ni al cuerpo de profesores. Participación social, pues, no se ha dado, sino en los discursos y en las declaraciones de intenciones del gobierno.

Pero eso ya lo sabíamos. Lo que nos interesaba conocer era si en el diseño e implementación de proyectos municipales específicos había algún tipo de participación de la población en ellos involucrada. Para contestar esta pregunta, es

preciso aclarar qué entendemos por participación, tarea nada de fácil.

Sobre esta materia, Wolfe señala: "Es obvio que el respaldo unánime dado en una resolución de las Naciones Unidas 'a la participación de todos los sectores de la sociedad', requiere un cierto grado de hipocresía y, también, un acuerdo tácito de no llegar a definir el término en forma precisa. Cuando los organizadores del programa UNRISD sometieron sus proposiciones a un debate realmente participativo, los comentarios emitidos demostraron, primero, que no existe una proposición sobre participación que pueda lograr un consenso general; segundo, que una investigación sobre la participación puede incurrir en el mismo problema de debates interminables acerca de los objetivos y métodos tal como las muchas iniciativas prácticas de participación" 4/.

Concepto vago y elástico, no hay nadie que esté en contra de la participación, ni aún la peor de las dictaduras. Y es justamente bajo un régimen dictatorial que nos interesa aproximarnos al concepto. Entendemos que en tal situación, la participación constituye un esfuerzo colectivo y organizado de los sectores populares para controlar el manejo de los recursos locales e influir efectivamente en su administración y destino, en ausencia de instancias institucionales que puedan representarlos.

¿Qué nos muestran los proyectos examinados sobre el tema-problema de la participación? Habría que ver caso por caso.

El proyecto de autoconstrucción constituye, a juicio nuestro, un buen ejemplo de participación, tal como la hemos

---

4/ Wolfe, Marshall, 1983, "La participación: una mirada desde arriba. Ponencia para un subdebate global", en: Diálogo sobre la participación, Ginebra, UNRISD, No. 3, Octubre, pág. 12.

concebido. Las familias comprometidas en el proyecto comenzaron por organizarse y por discutir colectivamente el tipo de solución habitacional deseable y el mejor método para lograrlo. Obtuvieron, luego, de las autoridades comunales que se les destinara recursos, que ellos mismos administraron. Y esto lo hicieron, en fin, como grupo organizado para un determinado objetivo, al margen de los ilusorios mecanismos de participación. Pero se trata en este caso de una disposición y control de recursos que prácticamente se "arrancó" a los alcaldes. Con esto queremos decir que las municipalidades no estaban abiertas a las demandas de los pobladores. Hubo que discutir, negociar y acudir a instancia superiores para vencer las resistencias que mostraron dos alcaldías.

En el Centro de Salud Mental de la Granja el problema se plantea de otra manera. La población potencialmente beneficiaria no tuvo ninguna participación en la definición y diseño del proyecto. Tampoco tuvo influencia para mejorarlo o modificarlo. Como contrapartida, todas las familias participaron activamente en el tratamiento del niño con problemas psicológicos. Profesores y alumnos de diversas escuelas, igualmente, participaron en los programas de prevención. Y hay aquí otro aspecto interesante: el papel protagónico de los propios miembros del equipo profesional. Al contrario de lo que sucede en los consultorios tradicionales de salud, en el Centro las decisiones se adoptaban colectivamente y de manera muy desburocratizada. No obstante, el Centro, como tal, no tuvo participación real ni en la municipalidad ni en el servicio de salud del cual dependía técnicamente ni, menos aún, en el equipo de salud mental de la Intendencia Metropolitana.

También es distinta la situación en los Centros Comunitarios Educativo-Nutricionales de La Florida. La iniciativa surgió

al interior de la municipalidad, gracias a la preocupación y sensibilidad de algunos funcionarios. Ya vimos en el capítulo pertinente que los padres de los menores desnutridos tenían alguna forma de participación en el proyecto, a través de la asistencia a cursos de capacitación. Pero no hay que olvidar que la asistencia, además de ser irregular, era obligatoria ... y la participación no puede ser sino voluntaria. Las "tías" funcionarias del POJH participaron en el proyecto, y de manera protagónica, en la medida en que eran las personas directamente encargadas del cuidado de los niños. Pero ¿puede llamarse esto participación, en el sentido arriba enunciado? Estimamos que no. Las funcionarias cumplían sus funciones y recibían por ello un salario, pero no tenían ninguna posibilidad de influir en la marcha del proyecto, de disponer de los recursos de otra manera a la que han definido las autoridades ni de controlar si éstos eran correctamente utilizados. Los profesionales de los Centros, por último, tenían un muy pequeño margen de influencia, pues la programación detallada estaba dada por la dirección del proyecto.

En el consultorio de salud de Villa O'Higgins hubo una importante participación a través de las monitoras de salud y de las Juntas de Vecinos. El consultorio se abrió a las necesidades de los pobladores y, más que eso, se convirtió en un espacio de discusión y de iniciativas locales. De hecho, y como lo indicáramos en su oportunidad, la organización y participación que se generó a partir del consultorio permitió obtener recursos de parte de la municipalidad.

Con un poco de buena voluntad se puede decir que en todos los proyectos hubo algún grado de participación. Pero éste no fue suficiente para crear dinámicas que persistieran en el tiempo ni para establecer un canal relativamente formalizado de interlocución con los municipios. Y si hubo fallas

en los proyectos, la mayor falla provino del municipio, de su falta de apertura, de su desconfianza en la organización popular, de su carácter autoritario, en suma.

3. PLANIFICACION

En general, se ha hecho mucha cuestión acerca del carácter técnico y moderno del nuevo municipio y, especialmente, del papel que en él cabe a la planificación. Es verdad que en el municipio democrático la planificación no estaba consagrada legalmente. También es verdad que la consagración constitucional y legal de ella en el municipio autoritario no significa necesariamente que sea importante y que sirva realmente para las finalidades municipales. La relevancia, por otra parte, que se ha otorgado al sistema nacional de planificación, no aparece como muy compatible con un modelo de economía de mercado, en el cual el Estado ha dejado de ser un agente económico de peso como en el pasado.

Pero la planificación, es un hecho, está a la orden del día. ¿Cómo es este proceso a nivel municipal? Olvidándonos de las diferentes formas de planificación, desde las más sofisticadas hasta las más simples, estamos de acuerdo con Raczynski y Serrano en que la planificación a nivel municipal debería contemplar, al menos, los siguientes pasos o momentos: diagnóstico de la situación y definición de los problemas a ser abordados; formulación de programas y proyectos; implementación de los mismos; evaluación. Las autoras recién citadas concluyen que el momento de diagnóstico y el de evaluación son muy insuficientes.

En todas las comunas del país se hizo un diagnóstico entre 1984 y 1985, siguiendo las instrucciones del Ministerio del

Interior y de ODEPLAN, sin tener en cuenta las realidades específicas de las diferentes comunas. Los funcionarios entrevistados por Raczynski y Serrano, casi sin excepción, opinaron que "los diagnósticos son poco útiles para la planificación comunal. A lo más se utilizan para justificar ex-post la postulación de algún proyecto y la solicitud de recursos para él ... Varios de nuestros entrevistados (no todos) nos informaron que ellos habían realizado el diagnóstico comunal, no porque lo percibían como una necesidad sentida para la planificación local, sino porque era requerido por la Intendencia, un trámite más que había que cumplir" 5/.

En cuanto a la evaluación, ésta simplemente no existe o es excesivamente rudimentaria: "Los funcionarios municipales intuyen que ciertas actividades y proyectos resultan y que otros resultan menos. Tal intuición es producto de una apreciación personal, en general compartida por dos o más funcionarios, y a veces apoyada en algún indicador de resultados ..." 6/. Además, los mecanismos de evaluación emanados de las Intendencias se refieren fundamentalmente a los aspectos financieros de los planes y programas.

En los proyectos que hemos analizado hay diversos tipos de planificación y programación. En el primero de ellos, el de autoconstrucción, se cumplieron las tres primeras fases de la planificación. Respecto de la última, se realizaron evaluaciones parciales, durante el desarrollo del proyecto, pero faltó la evaluación al término de éste. El concurso de las municipalidades, en tanto, fue enteramente no planificado. Por buena voluntad, por conveniencia o por imposición

---

5/ Raczynski, Dagmar y Claudia Serrano, op. cit., pág. 77-78.

6/ Id., pág. 82.

del Gobernador, los alcaldes comprometieron recursos materiales y humanos para la implementación de un proyecto que en principio era ajeno a sus municipios.

En el Centro de Salud Mental de La Granja se elaboró el proyecto sin contar con un diagnóstico previo de la situación y no se realizó una evaluación propiamente tal. La municipalidad, como tal, estuvo prácticamente ausente del proceso de planificación, limitándose más bien a fiscalizar y controlar política y financieramente la marcha del proyecto.

En el consultorio de salud de Villa O'Higgins, la planificación se fue haciendo sobre la marcha y se cumplieron las tres primeras etapas, así como evaluaciones periódica parciales. Faltó la evaluación final, por el abrupto término del proyecto. La municipalidad participó especialmente en la fase de implementación del proyecto.

En los Centros Comunitarios Educativo-Nutricionales de La Florida se han cumplido las cuatro fases de la planificación, pero con un problema importante en la primera: el diagnóstico de 1982 no se ha actualizado, en circunstancias que la situación presumiblemente ha variado con el transcurso del tiempo.

4. PERSPECTIVAS PARA LA TRANSICION A LA DEMOCRACIA

El 30 de Julio de 1989 los ciudadanos aprobaron plebiscitariamente una serie de reformas a la Constitución Política. Ellas son un paso importante para iniciar la transición de un régimen autoritario a uno democrático, si bien no consti-

tuyen el marco jurídico adecuado para la consolidación de la democracia.

El régimen municipal no estuvo incluído entre las reformas plebiscitadas. Esto no deja de ser sorprendente, pues casi todos los partidos del espectro político han expresado públicamente que, al menos, los Alcaldes deberían ser elegidos por votación popular. En los últimos dos o tres años, especialmente los partidos de oposición han insistido en múltiples ocasiones en que la democratización del municipio es una condición sine qua non tanto para la transición como para la consolidación democrática. Cuando la concertación de partidos opositores, más Renovación Nacional, inició las conversaciones con el Ministro del Interior acerca de las posibles reformas constitucionales, el tema municipal, sin embargo, no formó parte de la agenda de negociaciones. ¿Qué indica esto? O que el problema municipal es importante sólo en el discurso y no en la práctica o que hay otras prioridades. Pensamos que ambas hipótesis tienen algo de verdad. Por una parte, la oposición está consciente que el sistema municipal debe ser cambiado, pero hasta el momento no ha logrado elaborar una propuesta específica, que vaya más allá de la forma de elegir a las autoridades municipales. Por otra parte, y como no era posible obtener todo al mismo tiempo, se dio prioridad a otros aspectos: cambio en la composición del Consejo de Seguridad Nacional, derogación del artículo 8º, aumento del número de senadores elegidos, protección más efectiva de los derechos humanos, término del exilio por la vía administrativa, etc.

De hecho, entonces, en Marzo de 1990 tendremos un Presidente de la República y un parlamento elegidos democráticamente (con la excepción de nueve senadores designados y de uno que integra la Cámara Alta por derecho propio) y más de 300 alcaldes y CODECOS nominados de manera no democrática y

presumiblemente partidarios del General Pinochet y de su modelo de sociedad.

El próximo gobierno indudablemente propondrá nuevas reformas a la Constitución, entre ellas, un nuevo sistema de gobierno local. Pero entre la proposición de las reformas y la eventual aprobación de las mismas puede pasar no poco tiempo. ¿Qué sucederá en el intertanto? Pensamos que el escenario más probable es el de una descomposición interna del régimen municipal, por los conflictos que inevitablemente se producirán entre Alcaldes y CODECOS y por la politización "por debajo" que se instaurará en estos últimos. En este escenario, puede legítimamente suponerse que la presión por el cambio del sistema venga de los propios Alcaldes y CODECOS, lo que facilitaría ciertamente las correspondientes reformas constitucionales y legales.

En tanto no se produzcan las reformas, estimamos que debe haber una rápida revalorización y renacimiento de las Juntas de Vecinos, instrumentos adecuados para canalizar las aspiraciones de participación popular tan largamente postergadas.

En cuanto al quehacer municipal mismo, presumiblemente éste tenderá a disminuir paulatinamente, en la medida en que el próximo gobierno ataque frontalmente el problema del desempleo y de la extrema pobreza, no mediante una política paliativa de subsidios, sino que a través de cambios estructurales en la economía y en el sistema de distribución del ingreso. De ser así, el municipio dejaría de actuar como un ente delegatario del gobierno central y podría dedicarse a sus labores específicas.