



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y
MATEMÁTICAS
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL**

**LA PARTICIPACIÓN EN POLÍTICAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD.**

Estudio de caso en La Florida y Peñalolén

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGISTER EN GESTIÓN Y POLÍTICAS PÚBLICAS**

DANIELA BELLO ROJAS

**PROFESOR GUÍA:
DAGMAR RACZYNSKI VON OPPEN**

**MIEMBROS DE LA COMISIÓN:
MARIA ANGÉLICA PAVEZ GARCÍA
MARIA GABRIELA RUBILAR DONOSO**

**SANTIAGO DE CHILE
JULIO 2009**



AGRADECIMIENTOS

(WAMVSDDRSUDUDGR GH0DJ+MMU FROM FRCH0SRUDQM
aporte de la Fundación OXFAM en el marco de su Programa Multidisciplinarlo para el Dialogo Social. Junto a ello quisiera agradecer a las profesoras Dagmar Raczynski y María Angélica Pavez por su tiempo y sus comentarios, siempre pertinentes. Finalmente debo agradecer el apoyo y la permanente colaboración de Paulina Peralta y Marcos Fernández.

RESUMEN

El Estado de Chile ha reconocido la importancia de contar con una ciudadanía participativa. Desde el Instructivo Presidencial de Participación del año 2000 y luego la Agenda Pro participación, emanan una serie de orientaciones que debieran ser cumplidas por todos los organismos de gobierno, tanto centrales como locales. La salud primaria no es la excepción y por tanto, ahí debieran darse un conjunto de espacios e iniciativas tendientes a aumentar y fortalecer la participación de usuarios, principalmente a través del uso de mecanismos colectivos de participación.

El principal objetivo de este estudio de caso es dar cuenta de cómo los mecanismos de participación que han sido diseñados son efectivamente implementados en el nivel local, en particular en la salud primaria. Este estudio de caso se llevó a cabo en dos comunas de la Región Metropolitana que han tenido una experiencia de participación ciudadana: Peñalolén y La Florida.

Se trata de una aproximación exploratoria y realizada con herramientas de carácter cualitativo. Se efectuó una revisión bibliográfica orientada a fundamentar y sintetizar los principales conceptos que atañen a esta investigación. Junto a ello se procedió a realizar, el segundo semestre del año 2007, un conjunto de entrevistas de carácter semiestructurado que dan cuenta de cuáles son las percepciones de los actores involucrados en el tema.

La investigación realizada da cuenta de una brecha entre el diseño de la política pública emanada desde el nivel central y su efectiva implementación a nivel local. Este factor se ha traducido en una baja incidencia de las políticas de participación definidas desde el nivel central en la gestión cotidiana de los establecimientos de salud primaria analizados. Como razones de lo anterior pueden argumentarse al menos dos: una que tiene que ver con el tipo de participación que los mecanismos y herramientas emanadas desde el nivel central logran instalar y potenciar en la sociedad civil y que, hasta el momento, no han logrado fortalecer los espacios de toma de decisión, corresponsabilidad y control social. En este sentido, la conformación y fortalecimiento de los Consejos de Desarrollo aun cuando son un mecanismo importante de colaboración, no han logrado aun ser una herramienta efectiva para la participación activa y empoderada de la ciudadanía.

La segunda razón dice relación con los modelos de implementación que se acercan más a un modelo tradicional que separa el diseño de la ejecución y que no incorpora las necesidades e intereses de todos los actores involucrados. Las políticas de participación y sus mecanismos son, por ejemplo, claramente identificados por jefas de división de salud municipal, pero se diluyen al momento de ser operacionalizadas.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	6
II. MARCO CONCEPTUAL	10
2.1. Participación, Políticas públicas y políticas sociales	10
2.2. La descentralización	15
2.3. La implementación de las políticas	22
2.3.1. Modelos analíticos de implementación	23
2.3.2. Implementación en el caso de salud	24
2.4. El Concepto de ciudadanía	26
2.5. Participación	29
2.5.1. Participación y salud en el contexto nacional	35
2.6. Contraloría Social	45
III. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA DE LOS CASOS DE PEÑALOLÉN Y LA FLORIDA	49
3.1. Introducción	49
3.2. Descripción metodológica	50
3.3. Cómo se implementan las orientaciones referidas a la participación en el nivel local	55
3.3.1. La conveniencia de la participación	58
3.3.2. Los obstáculos que identifican los actores	63
3.3.3. Las ventajas de la participación	70
3.4. Los Desafíos de la Participación. Propuestas desde los entrevistados	75
IV. CONCLUSIONES	81
V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88

I. INTRODUCCION

El estudio que a continuación se presenta centra su interés en los mecanismos de participación utilizados por la ciudadanía en el ámbito de la salud primaria. Concretamente lo que se busca es describir las instancias de participación con los cuales cuenta la ciudadanía en el ámbito del salud primaria. Lo anterior da por sentado que la participación ciudadana es, junto con los actores políticos y técnicos, uno más de los elementos necesarios para una exitosa implementación de la política social y el fortalecimiento democrático de un país. En tal sentido, es relevante recordar que la *“...participación de la sociedad civil en las políticas públicas fortalece las instituciones estatales proporcionándoles una cuota de legitimidad que, en muchos casos, son de urgente necesidad. Es posible concluir que esta relación entre sociedad civil y el Estado no es suma cero, en la que una parte pierde solo cuando la otra gana en capacidad. Por el contrario, esta interacción se comprueba como altamente virtuosa, en la cual todos los actores son beneficiados”*¹. Así, la descripción propuesta no se detiene solo en señalar cuán recomendable es fortalecer y apoyar la participación de la ciudadanía, sino más bien en resaltar los factores de la práctica analizada que pueden ser recomendados como más efectivos para fortalecer el ejercicio de la participación ciudadana.

A partir de la abundante literatura existente, es posible dar cuenta de diversas formas de participación. Lo que se busca en este estudio de caso es dar cuenta de dos elementos claves relacionados con este tema. Por una parte interesa analizar cómo las políticas públicas referidas a la participación son

¹ Varas Augusto. “La (Re) construcción democrática del espacio público”, p. 74. En La propuesta ciudadana. Una nueva relación sociedad civil- Estado, Editorial Catalonia, Santiago, 2006.

implementadas, esto es, cómo se operacionalizan, cómo se transforman en práctica. El espacio donde esto parece ser posible es el espacio local. Y aquí nace la segunda preocupación de este estudio de caso: dar cuenta de los tipos y prácticas de participación que se dan en el espacio local.

El derecho a la salud es parte de los derechos básicos de todo ser humano. Es en este ámbito donde es posible palpar crudamente las inequidades sociales y las brechas entre los propios chilenos. La formulación de las políticas sociales de salud tiene como objetivo dar solución a las necesidades de los sectores más vulnerables de la población. Por tanto, interesan en este caso los mecanismos implementados por el sector de la salud primaria para cumplir con su cometido. Organismos internacionales como la OPS han formulado diversas propuestas tendientes a implementar estrategias que fomenten la participación ciudadana en el cuidado de su salud. Lo anterior se ha impulsado tanto a través de la descentralización del sistema de salud como también por medio del impulso a programas que involucren a la comunidad y sus organizaciones. A partir de eso el nivel central, en un trabajo intersectorial, ha desarrollado iniciativas -centradas en la promoción de salud- que suponen la participación de las personas como parte de sus líneas estratégicas de acción. Así, el espacio comunal es el lugar donde confluyen tanto las políticas derivadas desde el nivel central del Estado como las necesidades, aspiraciones y reivindicaciones de la población usuaria de la salud primaria.

En este particular contexto los objetivos de este estudio de caso son, por un lado, describir y analizar la manera cómo se ha implementado las políticas públicas referidas a participación definidas desde el nivel central; y por otro cuáles son las prácticas reales que se verifican en el espacio local. Adicionalmente, la forma en que se implementan las políticas referidas a la participación ciudadana permitirá visibilizar como conciben la participación los

responsables de implementarla. Para eso, se necesita previamente reconocer, por una parte, cuáles son los modos en que la ciudadanía participa en el ámbito de la salud primaria y por otro, cuales son las acciones que las autoridades locales de salud llevan a cabo para permitir que la ciudadanía participe en las acciones que ahí se implementan. En este caso particular, la investigación se concentrará en los mecanismos de acción colectiva, es decir, aquellos que requieren de cierto grado de organización de las personas para poder tener participar. Para todo lo anterior se considerará como premisa inicial para este estudio de caso la particularidad de que el sistema de salud tiene una presencia local comunal muy concreta, lo que facilitaría la participación de la ciudadanía en la implementación de las acciones diseñadas. Finalmente, las conclusiones de este estudio de caso apuntan a dar cuenta de la brecha existente entre el diseño y la implementación de los mecanismos de participación reales existentes en el espacio local, así como también de cuales son las condicionantes responsables de esta brecha.

Los resultados que aquí se presentan son fruto de un análisis cualitativo, de carácter exploratorio. Se trabajó con dos tipos de información. Para el marco teórico se utilizaron principalmente fuentes de carácter secundario, tales como bibliografía, bases de datos, evaluaciones e informes y documentos oficiales del Ministerio de Salud y otros, mientras que la etapa de análisis se elaboró a partir de un conjunto de entrevistas realizadas a actores claves definidos como tales para esta investigación en particular. El trabajo de campo se realizó en dos comunas de la Región Metropolitana: la Florida y Peñalolén. En cada una de ellas se realizaron entrevistas a directivos de consultorios, Jefes de la División de Salud comunal y dirigentes de organizaciones sociales vinculadas al sistema de salud primario.

El estudio aquí presentado tiene como primer capítulo un marco conceptual que permite situar la discusión en torno a los principales conceptos involucrados en la investigación. Luego, se presentan brevemente las características y funcionamiento de la salud primaria en Chile, con énfasis en las dos comunas seleccionadas, teniendo con punto de análisis principal la percepción que tienen los actores involucrados sobre el tema. Finalmente se hace un análisis de los resultados obtenidos a lo largo de la investigación, algunas conclusiones sobre la situación de la participación en salud hoy y recomendaciones relativas al tema estudiado.

II. MARCO CONCEPTUAL

El capítulo que a continuación se presenta aborda los principales conceptos que intervienen en el estudio de caso. Es por eso que se presenta una revisión de conceptos tales como políticas públicas, modernización del Estado y ciudadanía, asumiendo estos conceptos como *locus* a partir del cual se promueve la participación desde el Estado. Luego, el trabajo se centra en definir y comprender los elementos centrales que dan cuerpo a esta investigación definiendo el concepto de participación y su implementación en el ámbito de la salud primaria.

2.1 Participación, Políticas públicas y políticas sociales

El Informe del PNUD del año 2000 puso en relieve la necesidad urgente de fortalecer la sociedad civil como elemento clave en el desarrollo social del país. Ese mismo año, el presidente de la República Ricardo Lagos Escobar dio a conocer un instructivo presidencial cuyo objetivo era incorporar como dimensión necesaria en las acciones del Estado la participación ciudadana. Este hecho representó un hito en cuanto al esfuerzo explícito de pensar la participación ciudadana como un elemento necesario al momento de diseñar políticas públicas más inclusivas desde el punto de vista social, y así pretender asegurar un ejercicio más eficiente desde el momento anterior a su implementación.

Para visibilizar de alguna manera las nuevas orientaciones del Gobierno, el año 2001 se propuso una Política Nacional y Transversal de Participación Ciudadana, la cual *"...revela la voluntad política del Gobierno de interpretar a los ciudadanos, fortalecer su capital social y promover las relaciones de confianza entre ellos y de éstos con las instituciones, a través de políticas y programas*

*que favorezcan la participación en las políticas públicas, el fortalecimiento de la sociedad civil y el afianzamiento de relaciones de solidaridad y cooperación en la sociedad chilena”.*²

Bajo esta misma lógica, para el actual gobierno de Michelle Bachelet la participación es una prioridad en cuanto supone que la eficacia de las políticas públicas pasa por otorgar protagonismo a la ciudadanía en cada una de las etapas de su generación.³ Lo anterior reafirma la constatación sobre la importancia que ha adquirido la preocupación por la participación en la gestión de las políticas públicas en los últimos 6 años de gobiernos democráticos.

Sin embargo, ¿Qué es lo que se entiende por política pública? La definición más simple la reconoce como un conjunto de acciones que son llevadas a cabo para la solución de ciertos problemas definidos, en un momento determinado, como prioritarios⁴. Así, la política pública se puede comprender como el resultado de una acción concreta llevada a cabo por alguna autoridad. Sin embargo, según Lahera (2002), el concepto de política pública hoy en día supone más que eso, pues ya no sólo hace referencia a las acciones que pueda llevar a cabo el Estado, sino también a las formas en que la sociedad en su conjunto resuelve aquello que le atañe de manera colectiva. Esto resulta de gran relevancia para el contexto en que se inscribe esta revisión conceptual, pues interesa justamente aquella mirada que permite relacionar no sólo el accionar del Estado, sino también el del conjunto de la sociedad. Por todo lo anterior, la definición que entrega este mismo autor resulta tan pertinente. Una política pública entonces, “corresponde a cursos de acción y flujos de

² Política de Participación Ciudadana, aspectos programáticos y metodológicos, DOS, 2001.

³ Más desarrollado se encuentra en el Programa de Gobierno de Michelle Bachelet, pp. 80-81.

⁴ Esta definición aparece en Tamayo, E, “El Análisis de las políticas públicas”, en Bañón, R. y Carrillo, E.(compiladores), La Nueva Administración Pública, Alianza Editorial, Madrid, 1997, pp. 281-310.

información relacionados con un objetivo público definido en forma democrática; los que son desarrollados por el sector público y, frecuentemente, con la participación de la comunidad y el sector privado”⁵. Y a lo anterior agrega: *“Las políticas públicas de excelencia incluyen el aspecto político como su origen, objetivo, justificación o explicación pública. Si las políticas públicas no son enmarcadas en un amplio proceso de participación, ello puede sesgar a los actores públicos: los especialistas hacia la tecnocracia y los comunicadores o encuestólogos hacia al populismo inmediatista”*⁶

Sin embargo, y no desconociendo la afirmación anterior, por ser la política pública un ámbito demasiado amplio para el campo de interés de este estudio de caso, parece más relevante orientarse hacia la comprensión de la política social. El Ministerio de Planificación y Cooperación, MIDEPLAN, define la política social en uno de sus documentos de trabajo como. *“el conjunto de medidas e intervenciones que se impulsan desde el Estado, que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de la población y lograr crecientes niveles de integración social, habilitando a los grupos socialmente excluidos, en las diversas dimensiones en que se expresa su exclusión (económica, política, territorial y sociocultural)”*⁷. Por eso es posible afirmar que dentro de las políticas públicas son las políticas sociales las que se hacen cargo de todas aquellas acciones orientadas a la superación de la pobreza en los distintos ámbitos (salud, educación, empleo, seguridad social). Tal como lo afirma la CEPAL: *“la primera responsabilidad de la política social son los sectores pobres de la población”*⁸ debiendo considerarse a su vez a los grupos específicos de esta población que se verán involucrados en cada política social. Para autores

⁵ Lahera E., Introducción a las Políticas Públicas, Breviarios, Fondo de Cultura Económica, 2002, p.16. Una idea similar plantea J. Ocampo, en “Retomar la Agenda del Desarrollo”, Revista de la CEPAL, 74, 2001.

⁶ Lahera E., “Política y políticas públicas”, en Serie Políticas sociales N° 95, CEPAL, 2004, p. 9.

⁷ MIDEPLAN, Documento n° 4, “Metodología de análisis de políticas públicas: conceptos y criterios”, Diciembre 2000, p. 7.

⁸ CEPAL, Equidad, Desarrollo y Ciudadanía, p.53, Santiago, 2000.

como Repetto (2000) las políticas sociales necesariamente suponen la participación de los sectores populares, ya sea de manera directa o indirecta, para visibilizar sus demandas y necesidades. Lo anterior viene a ser reafirmado por Raczynski y Serrano (2005), que dan cuenta de las funciones que tiene la política social:

- a) asistencia y protección social
- b) promoción del bienestar
- c) realización de los derechos sociales de la ciudadanía
- d) La generación y preservación de un espacio social de pertenencia a la comunidad sociopolítica⁹.

En este mismo artículo se señala que las políticas sociales se desarrollan en tres niveles complementarios:

- a) Las políticas sectoriales
- b) Las políticas de desarrollo social y de superación de la pobreza
- c) Los programas de asistencia social focalizados.

Lo anterior es relevante para el objetivo de esta investigación en cuanto a que enmarca las políticas sectoriales (vivienda, educación, salud y protección social) como constituyentes claves de la política social. En este contexto, las políticas en salud en Chile se vinculan con los lineamientos generales de la Organización Panamericana de la Salud (descentralización de recursos en la toma de decisiones, coordinación intersectorial de políticas y acciones para el desarrollo

⁹ Cada una de estas funciones son explicadas en Raczynski, D. y Serrano, C., "Las políticas y estrategias de desarrollo social. Aportes de los años 90 y desafíos futuros", en Meller, P., (editor), "La paradoja aparente. Equidad y eficiencia: resolviendo el dilema, Taurus, Santiago, 2005, pp. 225-286.

de la salud y participación social)¹⁰. Hoy, las acciones que implementan o deben implementar los ministerios del ramo deben enmarcarse en la Promoción de la Salud, cuyo fin último es alcanzar el bienestar social a través de la justicia social y la equidad. Lo anterior se comprende necesariamente como una estrategia conducente a mejorar la salud de la población y surge en el marco de dos grandes hitos: el Informe de Lalonde (1974) y la Carta de Ottawa (1986).

En el primer caso se hace un reconocimiento a la importancia que tienen los factores sociales y los modos de vida como agentes que determinan la salud de las personas. En el segundo caso, la Carta de 1986 identifica 5 áreas fundamentales para la promoción de la salud, entre las que se cuenta el fortalecimiento de la acción de la comunidad. A partir de estas áreas, en el año 2000 se especificaron aun más los elementos claves para la promoción de salud y se volvió a reafirmar la necesidad de empoderar a la comunidad a partir de acciones comunitarias que permitan mejorar la salud y la calidad de vida. Es así que el compromiso suscrito por los Estados Miembros de la organización comprende *“asumir el papel protagónico para lograr la participación activa de todos los sectores y la sociedad civil en la ejecución de actividades de promoción de la salud, a fin de fortalecer y ampliar las alianzas en pro de la salud”*¹¹

Según este mismo organismo internacional, una política de salud basada en la atención primaria permite dirigir sus acciones hacia los principios de equidad y solidaridad social. Es por eso que se plantea como parte de los criterios de evaluación de las políticas a desarrollar ciertos elementos claves que deben estar presentes. Así, entre los compromisos establecidos en *la Declaración*

¹⁰ OPS, “La participación social en el desarrollo de la salud: experiencias latinoamericanas”, HSP/SILOS35, 1995, pp. 2-3. Citado en Escobar R. Diego, “La participación ciudadana en bs programas de promoción de la salud”, www.ciudadania.uchile.cl/doctras.html

¹¹ OPS, “Fortalecimiento de la Planificación de las actividades de promoción de la salud en las Américas”, SPP35/9, 2001, p.6

Regional Sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud del año 2005, está la participación ciudadana -sobre todo a nivel local- que conlleve la capacidad de toma de decisión por parte de la comunidad en el ámbito de la salud.¹² A lo anterior se agrega el hecho de que uno de los elementos característicos de las políticas sociales en las últimas dos décadas en buena parte de América Latina esta marcada por intentos de descentralización en la entrega de servicios.

2.2 La Descentralización

De acuerdo a Alejandro Escobar (2004), en Chile la modernización del Estado ha incorporado entre sus aspectos principales, a la descentralización. Este mismo autor asume que esta dimensión de la modernización sería parte de aquellas condiciones que fortalecen y aumentan los niveles de participación democrática de la ciudadanía. Tal como se señala en un documento de la SUBDERE, *“la descentralización permite profundizar el proceso de democratización, pues implica la transferencia de poder y capacidad de participación desde el nivel superior de gobierno a otras instancias, más cercanas a los ciudadanos”*¹³. Tal como se señala en otro texto de la SUBDERE, la descentralización sería parte del proceso modernizador del Estado en cuanto contribuye a disminuir la distancia entre la esfera de toma de decisiones y la ciudadanía. Se presupone entonces que la descentralización dice directa relación con el fortalecimiento de las entidades territoriales.

Para los gobiernos de la Concertación, el tema ha sido de gran relevancia. Aun cuando Chile inicia un proceso de descentralización a partir de 1976, es a partir de la recuperación democrática que el país inicia un proceso sistemático en

¹² La declaración completa, conocida como Declaración Montevideo, está disponible en www.paho.org

¹³ SUBDERE, “El Proceso de Descentralización en Chile 1990-1993 Cuentas de un Compromiso del Gobierno con el País”, 2000, p. 9.

esta línea. Durante el periodo 1994-2000, la descentralización forma parte de los ejes de las reformas orientadas a la modernización del estado y a partir del gobierno de Ricardo Lagos Escobar el tema toma carácter de política pública. Y esta tiene objetivos claros y precisos que se presentan a continuación¹⁴:

Objetivo General:

“Contribuir al desarrollo del país, impulsando reformas político institucionales que reconozcan el legítimo derecho de la ciudadanía regional y comunal, sus representantes e instituciones para decidir y gestionar los asuntos propios de sus territorios, especialmente los relativos al desarrollo económico, social y cultural”.

Objetivos Específicos:

1. Realizar las reformas político administrativas en orden a desarrollar un Estado unitario descentralizado, mejorando el sistema de representación ciudadana y rediseñando la institucionalidad territorial.
2. Modernizar la gestión territorial del Estado central en términos de calidad, equidad, cobertura y oportunidad, a través de una desconcentración efectiva y funcional al proceso de descentralización.
3. Adecuar la División Política Administrativa y su institucionalidad, incorporando las diversas formas de identidad territorial, reconociendo situaciones territoriales especiales y fenómenos urbanos en progresión.
4. Consolidar un sistema financiero regional y local, ampliando su autonomía y equidad, mejorando sustancialmente la asignación de recursos públicos y otorgando sustento real a las decisiones de la ciudadanía y sus representantes.
5. En el contexto de un mundo globalizado, potenciar las capacidades productivas y competitivas de cada región de nuestro país, propiciando un

¹⁴ Estos objetivos aparecen en el documento de la SUBDERE, “Chile descentralizado que queremos: Un proyecto de todos”, 2001.

mayor compromiso de los ciudadanos con los procesos de desarrollo de sus territorios.

De acuerdo a la política de descentralización impulsada desde el Estado, en Chile este proceso supone ciertos principios y categorías. Los principios que rigen en Chile son tres: la autonomía, la participación y la equidad¹⁵. En cuanto a las categorías de descentralización del Estado, es posible mencionar las siguientes:

- a) Descentralización Administrativa
- b) Descentralización Política
- c) Descentralización Fiscal

De acuerdo a esa categoría, es posible mostrar en el siguiente cuadro ciertos ejemplos de descentralización en Chile:

Cuadro 1
Ejemplos de descentralización en Chile

Categorías de Descentralización				Ejemplo
Administrativa	Territorial	Política	Fiscal	Municipalidad
Administrativa	Territorial	Política		Gobierno regional
Administrativa	Territorial			Servicios de Salud, Corporación Nacional Forestal, Servicio de Vivienda y Urbanismo
Administrativa				Instituto Nacional de Estadísticas, Servicio Agrícola Ganadero

Fuente: SUBDERE, 2002

¹⁵ Una breve explicación de cada uno de estos principios se puede encontrar en el documento de la SUBDERE recién citado.

Lo interesante del cuadro anterior para la presente investigación es que ilustra que son las municipalidades las que más han avanzado en el proceso de descentralización, lo cual, según la SUBDERE, evidencia *“la vocación municipalista del proceso chileno”*¹⁶ Sin embargo, el mismo documento citado anteriormente, precisa el alcance del proceso de descentralización: *“es necesario distinguir entre los avances formales y los avances efectivos de la autonomía municipal, ya que la cultura política es muy centralista y en las relaciones entre los municipios y el Estado central no siempre predomina la cooperación y coordinación, si no más bien los conflictos de poder”*¹⁷. Justamente por lo anterior es que, de acuerdo a este documento, el municipio no puede cumplir cabalmente con las funciones y mandato que la ley le otorga. Por tanto aun cuando hay una efectiva delegación de funciones hacia los municipios que dan cuenta de este proceso de descentralización, las atribuciones relativas a la autoorganización, la decisión y el poder local aun no son efectivas.

Uno de los principales objetivos del proceso de descentralización ha sido devolver la capacidad de decisión a los niveles regionales y locales. En Chile, las políticas de salud y educación son las que operan y se materializan a nivel local. Lo que si es necesario tener en cuenta es que aun cuando esas políticas efectivamente se materializan localmente el diseño de la política sigue siendo central. Lo mismo pasa con el Sistema de Protección Social (que a nivel local supone la implementación del programa Chile solidario y Chile Crece Contigo) que a nivel local se da su función coordinadora, pero la política relativa al tema viene mandatada desde el nivel central. La Reforma de Salud en el país, por su parte, ha propuesto un modelo en el cual son los establecimientos locales de salud –consultorios- los responsables de otorgar una respuesta oportuna y

¹⁶ SUBDERE, “El Chile descentralizado que queremos. Hacia un nuevo municipio”, 2002, p.14.

¹⁷ Ibid., p.21.

eficiente a las necesidades relacionadas con la salud de las personas. Este mismo modelo supone a su vez que las condiciones de sanidad no se logran tan solo a partir de variables epidemiológicas o genéticas. Por el contrario, asume la importancia de los factores ambientales, sociales y culturales en la condición de sanidad de una población. Por ello, el modelo de atención es un modelo orientado a las personas *“consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales integrantes de diversos sistemas sociales tales como familia, trabajo, comunidad, etc., en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”*¹⁸.

Hoy, los centros de Salud deben orientar sus estrategias de atención hacia este modelo de atención integral de Salud con un enfoque familiar y comunitario. Este modelo de atención, se sustenta en tres principios fundamentales:

- a) Expectativas de una población cada vez más instruida y conciente de sus derechos.
- b) Perfil epidemiológico y cambios demográficos caracterizados por el envejecimiento de la población y presencia de enfermedades de carácter crónico.
- c) Obsolescencia del modelo de atención en salud.

Debido a lo anterior, el Ministerio de Salud, en el contexto de la Reforma en salud, propone este nuevo modelo de atención integral que se define como “el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que

¹⁸ MINSAL, “Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la Programación en Red”, 2007, p. 14.

están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultura”¹⁹

Para eso deben contar con un equipo multidisciplinario cuyo énfasis esté puesto en la anticipación de las enfermedades. Es por eso que se trabaja con un modelo de Salud Familiar, asumiendo la importancia que tiene ésta en la conducta de sus miembros y en la relevancia para la recuperación de la salud que tiene el entorno más cercano. Este modelo de atención integral supone, según los lineamientos provenientes del nivel central, como uno de sus requisitos de éxito la participación de la comunidad en los temas referidos a la salud de la población.

Otro espacio a partir del cual nace esta visibilización de la participación como elemento decisorio en las políticas públicas dice relación el proceso de modernización del aparato estatal. El programa de modernización en el cual ha estado inmerso el Estado chileno en la última década releva a la participación ciudadana como parte del proceso de implementación de la política pública. Se asume como un elemento constitutivo del discurso de los últimos gobiernos democráticos que una condición necesaria para el fortalecimiento democrático es asegurar e implementar espacios de participación ciudadana. Aun más, se plantea que la modernización del Estado no sólo debe hacer referencia a una administración eficiente, sino que también interesa el modo en que el Estado asume el proceso democrático, involucrando en éste a la totalidad de actores sociales. Así se explica porque la participación se ha instalado con fuerza en el discurso público, debido al progresivo debilitamiento de la sociedad organizada y al fuerte desprestigio en el que ha caído el sistema político tradicional. Al parecer, a lo largo de la primera década del siglo XXI, ni las acciones

¹⁹ Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de la Red Asistencial, Modelo de Atención Integral en Salud, 2005, p.9.

implementadas por el gobierno ni los propios esfuerzos de la sociedad civil organizada logran rearticular las demandas sociales al respecto.

Una explicación a este debilitamiento de las organizaciones sociales guarda relación con *“...la dificultad de encontrar nuevos modelos de acción y de agrupamiento y nuevas formas de interlocución con el Estado y, más en general, en la esfera pública. Las organizaciones heredadas del pasado han perdido vitalidad y legitimidad y repiten sin éxito viejos estilos de comportamiento sin que hayan surgido nuevas expresiones de asociación o agrupamiento a nivel de la comunidad. Por su parte, se esperaba que la política social, que exhibe características de versatilidad e innovación en su oferta pública, incorporara de manera decidida la participación ciudadana en sus programas. Sin embargo, las pocas evaluaciones existentes indican que se han abierto canales de participación, pero que ésta se acota a mecanismos excesivamente instrumentados y predefinidos desde los programas, sin generar espacios de autonomía y empoderamiento, es decir, distribuir poder y generar capacidades propias en la comunidad”*.²⁰

Cada una de las razones esgrimidas con anterioridad permiten configurar el contexto bajo el cual el papel de la participación logra el espacio que hoy está ocupando en la discusión de las políticas públicas y en el diseño de mecanismos institucionales que faciliten su ejercicio por parte de las personas.

²⁰ Serrano, C., “Participación social y ciudadanía, Un debate del Chile contemporáneo”, en [“http://www.asesoriasparaeldesarrollo.cl”](http://www.asesoriasparaeldesarrollo.cl), 1998.

2.3 La implementación de las políticas.

En la literatura existente, las políticas públicas dan cuenta de cierto proceso de generación que cumple etapas básicas. Tamayo (1997) señala que el ciclo de construcción que tiene una política pública es el siguiente²¹:

1. Identificación y definición del problema
2. Formulación de las alternativas de solución
3. Adopción de una alternativa
4. Implantación de la alternativa seleccionada
5. Evaluación de los resultados obtenidos

Para los objetivos de esta investigación, parece relevante detenerse en la etapa de implementación de la política, asumiendo que es en el espacio local donde se operacionalizan las políticas. Pero ¿cómo se puede definir esta etapa? Según Olavarría (2007) la implementación sería un proceso *“en el que se desarrollan las diversas acciones consideradas, intervienen diversos actores, se consumen los recursos asignados a la política, se aplican los instrumentos y se desarrolla aquello que ha sido previsto en la definición de la política”*.²²

Un tema recurrente en la literatura es también el hecho de la aparición tardía del tema en los textos académicos. Al parecer, el interés estuvo centrado durante mucho tiempo en la formulación y diseño de las políticas públicas, no así en la fase de su ejecución. Una de las razones de lo anterior es la idea que tiene algunos (académicos y gestores de políticas) sobre que la implementación

²¹ Una explicación complementaria puede encontrarse en Molina, Carlos, “Modelo de formación de políticas y programas sociales”, en Diseño y gerencia de políticas y programas sociales, INDES-BID, Lima-Perú, 2002. Ahí señala de 4 componentes tradicionales en un modelo de formación de políticas: definición de problema, generación y selección de opciones, gestión de la opción seleccionada y finalmente monitoreo y evaluación.

²² Olavarría, M. Conceptos Básicos en el análisis de políticas públicas, Documento de trabajo N° 11, INAP, 2007, p.81.

“consiste básicamente en la “aplicación” de un diseño de política previamente elaborado, negociado y acordado”²³. Sin embargo, la puesta en marcha de las políticas y programas sociales demuestran lo complejo que resulta llevar a cabo una política. Es por eso que a continuación se presenta una breve síntesis de los aspectos básicos de la implementación considerados en la literatura especializada.

2.3.1. Modelos analíticos de implementación

Olavarría (2007) señala que el análisis de la implementación a partir de los años 70 se concentró en tres modelos:

- a) El enfoque top-down (arriba- abajo): Este enfoque, más tradicional, supone dos pasos independientes: el primero supone que la autoridad define una política pública y la Administración pública la ejecuta. Supone por tanto, una clara separación entre una etapa de diseño, que sería política y otra técnica que sería la de implementación. De acuerdo al autor arriba mencionado, al pasar de la formulación a la implementación: *“se produce una transformación de los objetivos en metas operacionales y éstas en acciones, hay una mediación técnica, se utilizan los medios previamente identificados, se consumen los recursos asignados a la política, se desarrolla una cierta racionalidad, se alcanzan resultados y, finalmente, se verifica un cierto impacto”²⁴*.
- b) El enfoque bottom-up (abajo- arriba): Subirat (1994) señala que este enfoque surge como una alternativa a la anterior y tiene como principal objetivo modificar la forma en que se lleva a cabo el análisis. Por tanto,

²³ Cortazar, J.C., Una mirada estratégica y gerencial de la implementación de los programas sociales, Documento de trabajo, INDES, 2006, p.1.

²⁴ Olavarría, M., op. cit., p.82.

parte de la situación inversa, lo que supone conocer en primera instancia el impacto de la política pública a estudiar. Así, *“convendría partir del impacto producido, para ir progresivamente <<subiendo>> hasta la decisión, tomando primero en consideración las interacciones entre los órganos administrativos y los sujetos externos que se ven afectados por la política a aplicar.”*²⁵ Tal como indica este mismo autor, la perspectiva cambia radicalmente: ya no se parte del supuesto que los ejecutores de las políticas “solo” deben seguir literalmente los criterios técnicos de quienes las diseñan y formulan. En este caso, se parte de la base que pueden existir (y de hecho existen) en muchas ocasiones ciertas contradicciones entre los decidores y ejecutores de las políticas públicas y también factores externos que no son posibles de controlar por aquellos que diseñan, formulan y/o deciden las políticas.

- c) Policy network (La red o Comunidad de Política Pública): Aquí en énfasis está puesto en las relaciones complejas que se dan entre todos aquellos que tienen alguna participación en el ciclo de vida de la política pública. La existencia de esta red, conformada no tan solo por los formuladores y ejecutores de la política, sino que también por la comunidad y los organismos públicos en general claramente es una alternativa frente al enfoque top-down. Vista así, la implementación visibiliza *“una diversidad de actores involucrados: por un lado diferentes organismos públicos en los diversos niveles del gobierno – nacional, regional y local – y, por otro, es común encontrar organizaciones de la sociedad civil que desempeñan el rol de grupos de presión. Esta suma de agencias del gobierno, actores más allá del gobierno e intereses a la expectativa constituye esta red o comunidad de la política pública”*²⁶.

²⁵ Subirats, J., “Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración”, en Serie Administración General, Colección Estudios, Ministerio de las Administraciones Públicas, Madrid, 1994, p. 113.

²⁶ Olavarría, M. op.cit., p.86.

Lo interesante de este enfoque para este estudio de caso es que da cuenta de la realidad compleja que supone la implementación de las políticas públicas y de la existencia de un conjunto de actores que entran en una escena donde se viven procesos de negociación, confrontación, compromisos y responsabilidad.

Todo lo expuesto anteriormente demuestra lo complejo que puede resultar un proceso de implementación de la política. Manifiesta entonces que la existencia de problemas a la hora de implementar una política pública no dice relación exclusivamente con una ejecución que no se ajusta a lo predeterminado o a un diseño poco previsor. Al parecer, los problemas que se presentan en esa etapa *“responden a la complejidad que tienen las rutinas, actividades e interacciones que solemos considerar ordinarias y por lo tanto poco importantes”*.²⁷ Por tanto los problemas que se presentan al momento de llevar a cabo una política deben ser solucionados en el contexto mismo de la realización de esas actividades de implementación, asumiendo eso sí como principio que no existe una oposición real entre el diseño y la implementación y que estas etapas deben ser vistas como parte de un ciclo dinámico y en permanente articulación.

2.3.2. Implementación en el caso de salud

En el caso de salud y siguiendo las proposiciones presentes en un proyecto de la Universidad Católica del año 2005²⁸, es posible identificar un conjunto de elementos claves para una intervención en salud de carácter exitosa:

²⁷ Cortazar, J.C. op .cit., p.1.

²⁸ Pontificia Universidad Católica de Chile, “Contribuyendo a la reducción de la brecha entre las políticas de salud nacionales y su ejecución en el nivel primario de salud como consecuencia de la gestión local” en www.subdere.gov.cl/1510/articles-69823_recurso_1.pdf, 2005.

- a) Disponibilidad de intervenciones efectivas para enfrentar los problemas de salud que se presenten en la población.
- b) Disponibilidad de recursos suficientes para implementar las acciones necesarias
- c) Un modelo de gestión que asegure una implementación adecuada.

De acuerdo a los autores de este proyecto, el desafío que tiene Chile es justamente la implementación a nivel local de las estrategias nacionales orientadas a la solución y prevención de los temas de la salud de la población. De esta forma, *“el punto clave es la capacidad local para llevar adelante estos programas, así como generar los mecanismos locales para definir qué es lo mejor (políticas locales), cómo hacerlo (elegir la vía adecuada) y cómo evaluarlo (punto crítico a lo largo del tiempo)”*²⁹. El tema se problematiza cuando se cruzan estas intenciones con la forma en que finalmente se implementan las políticas. Aun cuando efectivamente son claves las capacidades locales, la experiencia ha demostrado más bien una lógica de top-down, como es por ejemplo el nuevo modelo de medicina familiar y la forma en que se ha llevado cabo su instalación a lo largo del país.

2.4. El concepto de ciudadanía

Es necesario considerar que el concepto de participación supone una noción de ciudadanía. Tal como señala Claudia Serrano (1998), la ciudadanía hace referencia al Estado en la medida que supone y da cuenta de los derechos y deberes de las personas en relación al Estado; y la evolución de estos derechos identifica de alguna manera los cambios que van sufriendo en el tiempo las relaciones entre la sociedad civil y el Estado.³⁰

²⁹ Pontificia Universidad Católica de Chile, op.cit., p. 3.

³⁰ Serrano, op. cit.

Históricamente, la idea de ciudadanía se remonta a la década de los 50 cuando T.H. Marshall (1949) planteó que la ciudadanía “*consiste esencialmente en asegurar que cada uno sea tratado como miembro pleno de una sociedad de iguales*”.³¹ Para eso, Marshall sostuvo que los individuos son poseedores de derechos que él clasificó en civiles, políticos y sociales, donde cada uno de estos derechos correspondían a un momento histórico, por lo que necesariamente evidencian un elemento de causalidad. Así, el primer derecho conquistado es el civil, luego el político y finalmente el social. Tanto es así que este autor identifica el surgimiento –al menos en Inglaterra- de cada uno de dichos derechos en siglos diferentes. A su vez, este proceso de conquista supone un desarrollo creciente de la ciudadanía en la medida que se van logrando cada uno de ellos, siendo los derechos sociales conquistados a partir del siglo XX. Estos hacen referencia principalmente al bienestar económico y a la conquista de un nivel de vida digna. Los derechos sociales se materializan así en aspectos como el salario digno, la protección social, el derecho a la vivienda, la educación, la sanidad y la conservación de un ambiente saludable.

A lo ya mencionado, es necesario agregar otras dimensiones a partir de las cuales se puede comprender la ciudadanía y la forma en que puede llegar a expresarse mediante la participación. El modelo de desarrollo implementado en Chile y el mundo –en el curso del último cuarto del siglo XX- supuso una reestructuración de las funciones que tuvo tradicionalmente el Estado. Por ejemplo, los efectos de la descentralización llevaron a un desplazamiento local de ciertas funciones -educación y salud- de las cuales debe hacerse responsable ya no el Estado como unidad, sino el municipio.

³¹ Kymlika y Norman, “El retorno del ciudadano. Una revisión de la producción reciente en teoría de la ciudadanía”, Cuadernos CLAEH N° 75, Montevideo, 1996, p.83.

Otra de las formas en que las funciones del Estado se han visto desplazadas dice relación con el rol del mercado en la entrega de servicios que se consideraron por mucho tiempo obligación del Estado. Es en este contexto que aparece la noción de ciudadano vinculada estrechamente a la de consumidor que adquiere y consume servicios. Tal como señala Brunner (1996), el consumo conforma una forma de asociación que no es posible comprender bajo las viejas lógicas de participación. Sin embargo, aun cuando surjan nuevas formas en que se comprende la ciudadanía, éstas, según este mismo autor han sido incapaces de dar respuestas a los viejos y permanentes dilemas de equidad y democracia.³²

La globalización, a su vez, necesariamente modifica las nociones de ciudadanía existentes hasta antes de que el mundo se transformara en una sola gran aldea. Una de ellas es que las demandas y exigencias ciudadanas no se hacen necesariamente en referencia a un ente local-nacional, y por ende se amplían tanto los campos de acción como los interlocutores válidos. La Globalización tiene un doble efecto en la ciudadanía: por una parte permite el surgimiento de una ciudadanía global, capaz de relevar luchas que van más allá de las fronteras de una nación. Las reivindicaciones ambientales e indígenas pueden enmarcarse en este ámbito. Las mismas luchas antiglobalización son acciones colectivas de carácter extra nacional. Por otro lado, esta misma ciudadanía y estas luchas universales provocan que las demandas nacionales y/ o locales se vean invisibilizadas por el gran despliegue de ciudadanía más universal.

Una última definición del concepto posee gran relevancia en la medida que permite dar continuidad a la segunda parte del marco conceptual que hace

³²Brunner, J.J., Participación y Democracia. Viejos y nuevos dilemas. Documento de trabajo, DOS, 1996.

referencia al elemento central de este estudio de caso: la participación. Para ello es posible tener en cuenta una primera distinción que diferencia entre ciudadanía pasiva y ciudadanía activa. La primera dice relación con ciertos derechos ya alcanzados y por ende con un comportamiento pasivo y el cumplimiento nominal de los deberes cívicos. Esta visión, relacionada con el enfoque marshaliano se contrapone a la idea de un Estado que busca soluciones conjuntamente con los ciudadanos, donde estos, más que beneficiarios deben ser vistos como una contraparte activa. Esto supone ejercicio pleno y activo de la ciudadanía, que implica una acción permanente orientada a la ampliación de los derechos, inclusión de nuevos actores sociales y temas, teniendo como estrategia permanente la acción colectiva. Esto último es lo que se entiende por ciudadanía activa, concepto a partir del cual se sostendrá la investigación aquí presentada. La ciudadanía activa se orienta necesariamente a una relación comprometida de todos los actores sociales en la ejecución e implementación de las acciones a las que el Estado se ha comprometido³³.

2.5. Participación

La salud, junto con la educación, es parte de aquellos servicios que permiten que la comunidad logre el desarrollo pleno de sus capacidades. Sin embargo, la realidad latinoamericana ha demostrado la incapacidad que han tenido las autoridades de garantizar dicho servicio a la población más pobre. Si bien la participación no resuelve de ninguna manera esta incapacidad (que dice relación con un conjunto de elementos mucho más complejos), si es una herramienta indispensable, pues le permite a la comunidad comprender que la salud involucra dimensiones de bienestar tanto individuales como sociales,

³³ Ver Valdés, Alejandra y Provoste, Patricia, Informe final de Democratización de la Gestión Municipal, Santiago, 2000.

físicas, mentales y culturales y la necesidad de identificar los factores que determinan e intervienen en las dimensiones ya mencionadas. En este proceso de identificación de factores, necesidades y posibles soluciones no solo los expertos deben opinar sino que, claramente, la ciudadanía debe tener voz que permita dar luces de cuál es el camino necesario a seguir. La ciudadanía puede y debe sensibilizar e ilustrar sobre aquello que resulta relevante en temas referidos a su salud (y en términos generales a mejorar condiciones de vida)

Para eso, en Chile, sobre todo a partir del año 2000 se ha intencionado el fortalecimiento de la participación ciudadana. En ese año el presidente Ricardo Lagos emite un Instructivo Presidencial sobre Participación Ciudadana cuyo objetivo es instruir a los órganos del estado la necesidad de garantizar a la población medios que permitan y faciliten su participación. Al anterior, se suma 6 años después un documento más específico: la Agenda Pro Participación Ciudadana, que fue presentada por la presidenta Michelle Bachelet el año 2006. En esa instancia afirmó que la Agenda: *“garantiza e institucionaliza la participación de los ciudadanos en la agenda pública, a través de su incidencia en las políticas”*.³⁴ Esta Agenda se estructura a partir de cuatro ejes programáticos en los que se insertan los distintos componentes de participación de las políticas públicas:

1. Derecho a la información
2. Gestión Pública participativa
3. Fortalecimiento de la Sociedad Civil
4. No discriminación y Respeto a la diversidad

³⁴ Ministerio Secretaría General de Gobierno. División de Organizaciones Sociales, Informe del reporte de avance de compromisos de la agenda Pro participación ciudadana, Santiago, 2007.

Las propuestas que contiene esta Agenda y que se ordenan a partir de estos cuatro pilares, considera su realización en ministerios, gobiernos regionales y municipalidades. Pero, ¿Cómo se puede entender la participación? Sobre eso hay una gran cantidad de textos que dan cuenta de la importancia y la riqueza que tiene este término.

En términos analíticos, es necesario distinguir entre aquella participación ciudadana basada en la representatividad, donde los ciudadanos a través de un sistema delegativo eligen a aquellos que deben representar sus intereses en distintos ámbitos de la vida social y política, de aquella donde los ciudadanos hacen uso de mecanismos que les permiten de manera activa involucrarse en los asuntos que los atañen. Estas dos formas de participación no son excluyentes por lo que los ciudadanos pueden elegir a sus representantes por una parte, y por otra, involucrarse en acciones ciudadanas de carácter más directo. Sin embargo, el peligro que esto encierra es la construcción de mundos paralelos donde los representantes no logran hacerse cargo de las demandas de sus electores por lo que éstos se ven obligados a buscar otros mecanismos que permitan la solución a sus requerimientos. Es decir, se produce un divorcio entre los sectores representados y sus representantes formales, obstaculizándose la necesaria comunicación que debe caracterizar la gestión de las demandas del grupo de representados por parte de sus representantes.

La participación puede ser vista entonces de una manera instrumental, cuando se transforma en el medio a través del cual es posible acceder a los servicios ofrecidos por el Estado o cuando es vista como una manera de contribuir a la calidad de las políticas públicas. La idea aquí es aportar a la eficiencia de la política pública que está siendo implementada. Otra cosa muy distinta es suponer que la participación debe ser un fin, un elemento constituyente de una

democracia activa e inclusiva y donde se transforma en un mecanismo necesario para que la ciudadanía pueda incidir en la toma de decisiones.

Una distinción más compleja, pero que permite afinar aun más el análisis sobre este tema es aquella planteada por Claudia Serrano en su texto sobre participación ciudadana³⁵. La autora da cuenta de cuatro tipos de participación:

1. Participación en la toma de decisiones: La sociedad civil logra incidir de manera directa en las acciones propuestas e implementadas por el Estado, al mismo tiempo que es capaz de dar cuenta de sus demandas y derechos. En ese sentido es una participación conducente al empoderamiento de los actores sociales involucrados, donde la misma participación genera ciertos espacios de identidad y de pertenencia.
2. Participación en la gestión: Aquí la participación se concentra tanto en la capacidad de incidir en ciertas decisiones de la política pública como en la capacidad de satisfacer los requerimientos más necesarios de la población. La idea es gestionar la satisfacción de las necesidades básicas a través de la gestión de los programas y políticas públicas. En este sentido, también se generan fuerzas que empoderan, pero esta vez centradas en la existencia de liderazgos específicos.
3. Participación instrumental: A diferencia de la anterior, esta participación solo se centra en la posibilidad de satisfacer las necesidades básicas y por tanto la relación que se establece con las políticas públicas es a través de lo que éstas ofrecen para el logro de esas necesidades. Es

³⁵ Serrano, op. cit. La autora plantea una matriz analítica de la participación ciudadana basada en cuatro grandes objetivos diferentes de la participación. i) Participación en la toma de las decisiones y control social de las compromisos públicos; ii) Participación asociada a la gestión pública; iii) Participación como usuario activo de beneficios sociales y iv) Participación como proceso de fortalecimiento del capital social de la comunidad.

decir, hay un uso de la oferta estatal, pero no hay incidencia alguna de los que se benefician de ese uso.

4. Participación consultiva: En este caso, hay un apego a las reglas preexistentes, pero que a su vez permiten, de alguna forma, acumular capital social. Los textos suelen señalar en este tipo de participación, a nivel local, los cabildos, que permiten por una parte ejercer los derechos, y por otra, actuar apegado a las reglas prefijadas por autoridad.

Desde los mecanismos desarrollados por las autoridades es posible distinguir niveles de participación muy similares a los recién mencionados. Estos dicen relación con los espacios que la autoridad implementa para que la ciudadanía participe. Así, es posible identificar los siguientes tipos de participación:

- a) Información: a este nivel, las autoridades implementan canales expeditos orientados a mantener a la ciudadanía informada sobre las acciones que se llevan a cabo, recursos utilizados en la gestión pública, líneas estratégicas de acción, etc.
- b) Consulta: tal como el cuarto tipo de participación mencionada con anterioridad, en este nivel las autoridades abren espacios (tipo plebiscitos) para consultarle a la ciudadanía su opinión sobre algún tema específico.
- c) Decisión: Espacios donde los ciudadanos no solo son consultados, sino también toman decisiones sobre temas particulares relativos, por ejemplo, a la gestión local.
- d) Control Social: este nivel supone que las autoridades rinden cuenta a la ciudadanía sobre la gestión realizada y los compromisos adquiridos. Lo anterior

supone además la posibilidad de veto en caso de que se haya incurrido en incumplimiento de las obligaciones adquiridas por las autoridades.

Tabla 1: Correspondencia entre tipos de participación según objetivos y formas de participación

Nivel	Tipo de participación	Niveles de Participación
1	Participación Instrumental	Información
2	Participación Consultiva	Consulta
3	Participación en la Gestión	Control Social
4	Participación en la Toma de Decisiones	Decisión

Fuente: elaboración propia a partir de tipología presentada

Si se hace referencia específicamente al tema salud, es posible identificar una tipología similar a la ya presentada, pues a partir de esta necesidad reconocida de involucrar a la ciudadanía en el desarrollo de políticas y programas de salud, se han planteado distintas modalidades de participación. Esta tipología posee ciertas características propias dadas por las particularidades que tiene la participación en materia de salud. Se pueden reseñar por lo menos cuatro formas de participación³⁶:

1. Participación en calidad de beneficiario: es la forma más tradicional en que los servicios de salud han interpretado la participación ciudadana, en donde prima una relación vertical entre las personas y las instituciones que solo suponen como obligación para con la ciudadanía la entrega de los beneficios propios de los organismos de salud.

2. Participación como contribución a la promoción de la salud: se apuesta a la participación voluntaria de las personas en programas de salud determinados en el espacio local. La comunidad es pieza clave para el éxito de dichos

³⁶ Ver Celedón, C., Noé M, "Reformas del sector de la salud y participación social", en Revista Panamericana de Salud Pública, Vol.8, 2000, p. 99-104.

programas. Sin embargo, en esta modalidad de participación también hay una relación de verticalidad y la participación comunitaria es solo un instrumento que permite la ejecución de planes y programas determinados.

3. Participación comunitaria: esta es una visión aun más integral de la participación, pues la participación de la comunidad es vista como un vehículo necesario para el traspaso de información, conocimiento y capacidades. Desde esta perspectiva la acción ciudadana tiene un papel importante y supone una relación más horizontal entre la comunidad y los servicios de salud.

4. Participación como mecanismo de control social: desde esta perspectiva la participación tiene una doble dimensión. Por una parte reconoce a las personas en su calidad de usuarios de los servicios de salud y por otra, les reconoce su derecho a pedir cuentas al sistema de salud que deben responder por la calidad y eficiencia de su servicio.

Según la conceptualización aquí presentada, es el ejercicio del control social el que de forma más efectiva se corresponde a la posibilidad de la ciudadanía de participar en la toma de decisiones al momento de la ejecución o evaluación de las políticas públicas. De ahí entonces la necesidad de explicar que es lo que se entiende por control social, tema que se desarrolla de manera más específica más adelante.

2.5.1. Participación y salud en el contexto nacional

Tal como se dijo en el apartado anterior, el Estado de Chile ha asumido como parte de sus tareas, el fortalecimiento de la participación ciudadana en todos sus ámbitos de acción. En ese contexto, el Ministerio de Salud, en abril de este año aprobó una Norma general sobre participación ciudadana en la gestión

pública de Salud en la cual fija los ámbitos de aplicación que deben ser tenidos en cuenta en este tema. Sin embargo, es necesario reconocer la existencia de ciertos logros en el tema ya a partir de finales de los años 90 (como por ejemplo los Planes de Promoción en Salud, Salud con la Gente y los Consejos Vida Chile).

Junto con lo anterior y en el contexto de los lineamientos generales adoptados por la OPS, Chile es parte de aquellos países que han asumido la Promoción de Salud como estrategia clave de política pública destinada a mejorar la calidad de vida de todos los chilenos y chilenas, lograr ambientes saludables y finalmente dar respuesta a las necesidades de la población.

El Ministerio de Salud, tal como se puede leer en su página web comprende la promoción de la salud como aquella estrategia que incorpora tanto a los individuos, a las familias y a la sociedad en un proceso orientado a transformar y mejorar las condiciones de salud y por tanto, mejorar la calidad de vida. Para esto debe entenderse como elemental la acción de la comunidad orientada hacia la salud, entendida como aquellas acciones colectivas que le permitan a la comunidad ser capaz de modificar ciertos determinantes de la salud. Para que estas acciones tengan algún tipo de éxito es necesario que la comunidad sea capaz de diagnosticar, definir prioridades, diseñar estrategias y participar en su implementación, teniendo como fin último mejorar su calidad de vida y condiciones de salud.³⁷

Es así que a partir de 1998 se implementa en Chile el Plan Nacional de Promoción de la Salud que fija las prioridades sanitarias del país en materia de promoción de salud. El año 2000 se implementaron **Metas Nacionales en**

³⁷ Para una mayor precisión en la definición de estos y otros conceptos ver Glosario de Términos en Promoción de Salud, en www.minsal.cl

Promoción de la Salud al 2010. Para dar cuenta de estas metas, se elaboró un conjunto de estrategias de acción que deben ser implementadas tanto a nivel nacional como regional y local (a este nivel, las estrategias corresponden a espacios saludables entre los que destacan las comunas y comunidades saludables, la escuela promotora de la salud y lugares de trabajo saludables). Son cinco dimensiones a partir de las cuales se estructuran estas metas. Una de ellas es justamente la participación, en tanto se asume como un eje fundamental fortalecer las capacidades de asociación comunitaria, generar relaciones de cooperación e implementar canales para la participación comunitaria. Tanto es así que se establece como un desafío y una meta aumentar la participación social en organizaciones comunitarias de salud.³⁸

A lo anterior se suma el proceso de la reforma de la Salud, que se inicia en Chile el año 2000 y establece como necesidad para un enfoque integral de la salud una participación informada y activa que le permita a la ciudadanía expresar sus necesidades y aspiraciones. En ese contexto nuevamente se plantea la participación como un compromiso por parte del Estado (Celedón y Orellana, 2000).

Así, la Unidad de Participación Social del Ministerio de Salud asume, como parte de un proceso de democratización más global, implementar una política de participación que facilite las relaciones entre las instituciones de salud y la comunidad, para así dar una respuesta satisfactoria a las necesidades y urgencias planteadas por la población. Para ello, define como participación social en salud aquel proceso que comprende a un conjunto de actores trabajando de manera coordinada para la consecución de un fin común. En la Agenda Pro-Participación Ciudadana se define el término como "*la relación*

³⁸ Concretamente, se establecen en los objetivos sanitarios aumentar del 4% en el año 2000 al 10% para el año 2010, la incorporación a organizaciones sociales de salud.

*activa entre los ciudadanos y ciudadanas y el Estado, encaminada al ejercicio o ampliación de sus derechos, cuyo componente básico está constituido por la comunicación entre ambos, a través de la circulación de información, y el establecimiento de mecanismos de escucha, consulta y control social de las políticas públicas.*³⁹

Distingue también la participación comunitaria como aquellas acciones de carácter colectivo que le permiten a la comunidad identificar los problemas, plantear soluciones y llegar a acuerdos con los demás estamentos involucrados que finalmente devengan en la satisfacción de sus necesidades en materia de salud.

El enfoque integral de atención que plantea el MINSAL tiene como características una atención centrada en el usuario, énfasis en lo promocional y preventivo, enfocado a salud familiar integral, centrado en atención abierta y, tal como ya se ha mencionado, con un fuerte énfasis en la participación en salud de los propios usuarios.

El modelo, tal como lo señala un documento de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del MINSAL⁴⁰, hace referencia a la atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario y posee siete elementos a partir de los cuales se estructura toda la atención:

1. Continuidad de la atención y de los cuidados de salud: En el nivel primario estará dada por una forma organizacional que permita una relación cercana con una población a cargo (sectorización). Este equipo

³⁹ Ministerio Secretaría General de Gobierno. División de Organizaciones Sociales, Agenda Pro Participación ciudadana 2006-2010, p. 11, en www.participemos.cl

⁴⁰ El documento en cuestión es el de Orientaciones Para la Programación en Red. 2006 de la División de Gestión de Red Asistencial, del MINSAL.

conoce a su comunidad de usuarios en los aspectos de calidad de vida, factores de riesgo y factores protectores, y dispone, por lo tanto, de elementos para actuar con estrategias preventivas y promocionales adaptadas a esa realidad. .

2. Prestación de servicios integrados: A pesar de que tradicionalmente se habla de consultas y controles, se espera que en cada contacto con individuos y familias se visualice la oportunidad para incorporar acciones de promoción y prevención, fomentando el autocuidado individual y familiar. Este equipo de salud debe ser capaz de actuar con servicios integrados especialmente en los problemas psicosociales prevalentes y emergente en la población.
3. Resolutividad: definida como la capacidad del nivel en que se consulte, de dar respuesta a las necesidades de las personas. En el caso de los equipos de salud de atención primaria esta resolutividad se traduce en la capacidad de contribuir al cuidado de la salud de las personas de su sector, sumada a la capacidad diagnóstica y excelencia clínica.
4. Responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia y la comunidad por la salud de su familia y de cada uno de sus integrantes: se promueve la participación de la familia tanto en las actividades preventivo-promocionales como en las recuperativas, favoreciendo especialmente la participación de la pareja en el proceso reproductivo, del padre y la madre en el cuidado de los hijos; de algún integrante de la familia y comunidad en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, discapacitados, personas postradas o en fase terminal de alguna enfermedad.

5. Participación social: distintas líneas de acción en desarrollo dan cuenta de la decisión de incorporar la opinión de los usuarios y comunidad en la gestión de salud. Lo anterior, con el fin de dar pertinencia y adecuación de las acciones de salud a las necesidades de la población. La Participación social y comunitaria en salud adquiere distintas dimensiones:
- la corresponsabilidad frente al control sobre los determinantes de la salud, promoción de estilos de vida y creación de entornos saludables. Lo anterior supone cierto compromiso y participación por parte de la ciudadanía en tanto que se espera que el conjunto de actores involucrados (agentes de salud y la población) trabajen de manera colaborativa. La corresponsabilidad supone necesariamente un espacio de participación abierta a la comunidad que tiene por tanto algún tipo de incidencia en la gestión de ciertas decisiones.
 - el control sobre la calidad de los servicios y prestaciones de salud.
 - el ejercicio de dar cuentas públicas de la gestión y resultados obtenidos.
 - La corresponsabilidad en distintos ámbitos del quehacer en salud según las competencias de la red comunitaria (organizaciones comunitarias de salud, grupos de autoayuda, voluntariado, monitores de salud) y el equipo de salud.
6. Garantías explícitas de acceso, calidad, oportunidad y protección financiera: La gestión de garantías, demanda la información oportuna al usuario sobre sus derechos, mantenimiento de monitoreo y evaluación constante a través de la red asistencial de estos derechos explícitos en salud.

7. Impacto sanitario: El sector debe seguir avanzando en la búsqueda de resultados en salud vinculados a la anticipación del daño y a mantenimiento de la población sana, desde el punto de vista bio-psico-social.

Finalmente, y tal como se puede leer en los documentos oficiales del MINSAL, los objetivos del Modelo de Atención Primaria son los siguientes:

1. Lograr el equilibrio entre la necesidad de acercar la atención a la población beneficiaria, aumentando la satisfacción del usuario, mejorar la capacidad resolutive y controlar los costos de operación del sistema simultáneamente, sin privilegiar un factor en desmedro de otros.
2. Alcanzar un aumento porcentual creciente de las acciones de promoción y prevención, sin que se produzca deterioro en la solución oportuna y eficiente de la demanda por las enfermedades.
3. Favorecer, mediante sistemas eficientes y efectivos de participación, donde el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.

Los beneficiarios que pueden acceder a la atención primaria son todas aquellas personas que son beneficiarias del sistema público de salud (FONASA) y aquellas consideradas indigentes. Para poder hacerlo, los beneficiarios solo deben acercarse al centro de salud más cercano a su domicilio y acreditar su condición mencionada.

En el marco de este conjunto de acciones mencionadas es necesario precisar que el modelo de atención primaria tiene su concreción básicamente a nivel local, de manera que son los consultorios de salud los responsables de llevar a cabo las acciones concretas que permitan lograr una respuesta efectiva y oportuna a las demandas y requerimientos que tiene la población en materia de salud. Es también a nivel local que se da el desarrollo de las acciones específicas seguidas para el cumplimiento de las políticas y objetivos de participación ya mencionados. En este contexto, el año 2007, la Subsecretaría de Redes Asistenciales formula compromisos de gestión dentro de los cuales destaca el compromiso nº 7: “Desarrollar estrategias de Participación Social en la red de salud” que está compuesto por 3 objetivos específicos:

1. Desarrollar un proceso de rendición de cuenta pública de forma participativa.
2. Incentivar la participación a través del funcionamiento de los Consejos de Desarrollo o Consultivos
3. Gestionar en Red las solicitudes ciudadanas que los ciudadanos realizan en la OIRS

Así, entre las acciones que impulsan la participación social, entendida ésta como parte de la Estrategia de Promoción de Salud del MINSAL, es posible mencionar:

- a) Compromisos de gestión
- b) Normas específicas
- c) Programa Salud con la Gente: organizaciones sociales y redes locales (este programa otorga apoyo a organizaciones sociales de salud que ejecutan acciones en los Planes Comunales de promoción de la Salud)

- d) Conformación de Consejos de Desarrollo
- e) Cuentas públicas
- f) Diálogos ciudadanos y actividades educativas
- g) Fortalecimiento de instancias de participación social

A partir de lo anterior, es posible dar cuenta de ciertos logros que parten en 1998 en el tema de la promoción:

- 94% de las Comunas con Planes de Promoción., lo que supone la existencia de un instrumento de ejecución local del Plan nacional de promoción de Salud.
- Red Social y Comunitaria: 2.000 organizaciones, 5.000 establecimientos de educación y lugares de trabajo.
- Guías técnico –metodológicas. Equipos de trabajo capacitados en Promoción.
- Avances normativos y legislativos.
- Instalación de presupuestos participativos
- Elaboración participativa de la Carta de los Derechos

Para enero del año 2009 los logros se pueden enumerar de la siguiente manera:

- 715 Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias OIRS.
- 30 Escuela de Gestores Sociales.
- 108 Cuentas Públicas Participativas.
- 150 Diálogos Ciudadanos - Salud Contigo.
- 20 Presupuestos Participativos en sus distintas fases
- 108 Cartas de Derechos y Deberes elaborados de forma participativa

Finalmente, otro elemento que debe ser considerado para este estudio de caso es que, en este contexto de promoción de Salud, cuyo objetivo es además desarrollar las capacidades de autocuidado en salud, hay un cambio de enfoque que supone un paso de equipos con orientaciones paternalistas a un equipo facilitador y de apoyo; de pacientes a personas protagonistas y co-responsables.

Dentro del sistema de salud, los mecanismos de participación se pueden clasificar en dos grandes grupos:

1.- Los mecanismos de participación individuales:

- a) Oficinas de información, libros de reclamos y/o sugerencias
- b) Línea 600
- c) Boletines informativos
- d) Encuestas a usuarios
- e) Carta de los derechos Ciudadanos: instrumento que permite establecer compromisos entre la institución y los ciudadanos

2.- Mecanismos de participación colectivos:

- a) Participación en la formulación de Planes de Salud Comunal
- b) Participación en los Consejos de Desarrollo
- c) Participación en el ya mencionado Programa de Salud con la Gente

Los planes comunales de salud tienen por objetivo lograr una visión compartida sobre los problemas de salud de la comuna. Estos procesos apuntan a adecuar las orientaciones de las acciones de salud a la realidad vivida en cada una de las comunas. Aun cuando es una instancia que permite enriquecer fuertemente los momentos de diagnóstico, carecen de seguimiento y

de evaluación, por lo que resultan menos eficaces de lo que podrían ser originalmente.

2.6. Contraloría Social

La contraloría social se ha instalado en el centro de los debates políticos y sociales en las últimas décadas con mucha fuerza. Una de las principales razones dice relación con la creciente insatisfacción frente a la forma de implementar las políticas públicas. *“El que este problema adquiera máxima relevancia en las últimas décadas no es casual. La conciencia de que el poder político es cada vez más elusivo, junto con una creciente insatisfacción respecto de sus resultados, tornan crítico el problema de su control.”*⁴¹

Junto a eso, se ha reafirmado la necesidad de generar instrumentos que permitan el acompañamiento a aquellos que hacen política a nombre del conjunto de la sociedad. Por lo anterior es que se apuesta a la integración de otros actores sociales que permitan corregir la manera discrecional en que se ejerce el poder. Solo así es posible suponer el fortalecimiento democrático y la consolidación de un poder ejercido de manera más transparente posible por quienes han sido elegidos para aquello.

Así, lo que si es una constatación es que la participación ciudadana es un elemento indiscutible que debe acompañar el ejercicio del poder. La participación, tal como ya se ha descrito con anterioridad, se transforma en elemento clave que permite llegar en el ejercicio del poder hasta los más pobres, haciendo visible su voz.

⁴¹ Cunnil, N., “Responsabilización por el Control Social”, p 1, en <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/UNPAN000183.pdf>

La contraloría social es entonces una forma de participación social, pero también es un tipo de rendición de cuentas. Sería, según Felipe Hevia (2007) un tipo de rendición de cuentas vertical, dado que son los ciudadanos los que están ejerciendo control sobre las acciones de sus autoridades. Según otros autores (Smulovitz y Perruzzotti 2000), la rendición de cuentas vertical puede ser electoral o social. En la primera, son los electores, que de manera retrospectiva castigan a través de su voto (o mejor dicho su no voto). De esta forma, claramente la rendición de cuentas vertical se da, en principio, en cualquier país democrático.

La segunda, que claramente es más interesante, hace referencia a la capacidad de la sociedad civil y los medios de comunicación de fiscalizar y denunciar si es necesario el mal manejo del poder. Así, *“las iniciativas de estos actores tienen por objeto monitorear el comportamiento de los funcionarios públicos, exponer y denunciar actos ilegales de éstos y activar la operación de agencias horizontales de control”*⁴². Desde este punto de vista, tal como señala Bonilla (2005), este tipo de rendición de cuentas refleja claramente que las exigencias de transparencia son efectivamente una demanda ciudadana no satisfecha inicialmente por los mecanismos normativos existentes.

Junto a las dos formas ya mencionadas, Insunza (2004) agrega una tercera forma, la transversal, aquella en la cual *“mecanismos que, si bien son instituciones del Estado, están diseñadas y funcionan de tal forma que hunden sus raíces de manera explícita en la sociedad civil, a través de la presencia*

⁴² Peruzzoti, E. y Smulovitz, C. (editores), Controlando la política. Ciudadanos y medios en las nuevas democracias latinoamericanas, Editorial Temas, Buenos Aires, p. 32. Citado en Hevia, F. Contraloría Social y Protección de Programas Sociales. Proyecto de Protección de Programas Sociales, PNUD, México, 2007.

*especialmente protegida de ciudadanos independientes y autónomos que no representan pero sí ejemplifican las cualidades de un ethos ciudadano*⁴³

Si bien el concepto de contraloría social es tan amplio que puede llegar a ser difuso, si es posible emparentarlo con la palabra inglesa *accountability*. La diferencia parece estar centrada en el carácter obligatorio que cada una conlleva. Así, mientras en *accountability* supone una obligación, la contraloría social hace referencia a un acto voluntario. Junto a eso y según Schedler (2004) la contraloría social actúa a tres niveles:

- a) Obliga a las autoridades a abrirse al escrutinio público
- b) Obliga a justificar y explicar sus actos
- c) Permite la sanción en caso necesario

Así, tal como este mismo autor lo indica, rendir cuenta supone movimientos en dos direcciones: por una parte implica responder a los cuestionamientos del público en relación a lo que se está llevando a cabo; por otra, obliga a exigir cuentas y otorga la posibilidad de cuestionar. De esta forma, existe la posibilidad de pedir información sobre algo, o pedir explicación sobre las decisiones tomadas. Lo interesante de la rendición de cuentas es que no solo hace referencia a las disposiciones ya tomadas. El mecanismo permite exigir explicaciones sobre acciones ya decididas o aquellas que se pretenden tomar (Schedler 2004).

Una de las características más relevantes de la rendición de cuentas dice relación con la capacidad de vigilancia y monitoreo sobre aquellos que ejercen poder. En este sentido, lo que este mecanismo permite, en última instancia, es

⁴³ Insunza, E., “El reto de la confluencia: Los interfaces socio-estatales en el contexto de la transición política mexicana (dos casos para la reflexión)”, Cuadernos de la Sociedad Civil N° 8 Xalapa, Universidad Veracruzana, p.29. Citado en, Hevia F., op. cit.

evitar el ejercicio del poder sin restricciones. El poder no solo se restringe a través de un conjunto normativo. Esto es indispensable, pero no suficiente. Tal como indica Schedler (2004) *“el poder debe estar atado a restricciones legales, pero también debe estar domesticado por la lógica del razonamiento público”*⁴⁴. La rendición de cuentas agrega a otro actor que permite cautelar el poder que las autoridades ejercen a través del diálogo entre las partes.

Es el diálogo lo que caracteriza a la rendición de cuentas. Así, *“la rendición de cuentas no es un derecho de petición. Es un derecho a la crítica y al diálogo”*⁴⁵. Dicho de otra forma, *“en sí, la exigencia de la rendición de cuentas traduce, en su sentido más primigenio, la conciencia de que para que el poder sea democrático no basta con que derive de fuentes legítimas, sino que es preciso que su propio ejercicio sea también legítimo, a partir, en principio, de la posibilidad de su justificación y subsecuente contestación por otros”*⁴⁶.

⁴⁴ Schedler, Andreas, ¿Qué es la Mención de cuentas? Cuadernos de Transparencia 3, IFAI, México, 2004, p.14.

⁴⁵ Ibid, p.15.

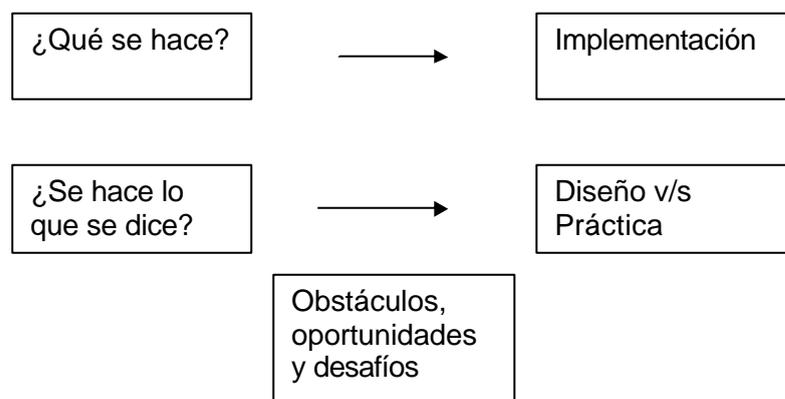
⁴⁶ Cunill Nuria. Responsabilización por Control social. CLAD. P1

III.- ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA DE LOS CASOS DE PEÑALOLEN Y LA FLORIDA.

3.1. Introducción

En la sección anterior se ha hecho entrega de una revisión bibliográfica que tiene por objetivo entregar un conjunto de conceptos fundamentales que ayuden a sostener el presente estudio de caso. La información recogida pretende colaborar en la precisión de los objetivos de esa investigación que pueden identificarse de la siguiente manera:

- Describir la forma en que se implementan las políticas de participación en el ámbito de la salud primaria.
- Comparar el diseño versus la implementación de las acciones y estrategias de participación a nivel local.
- Dar cuenta de los obstáculos y oportunidades que se presentan en la implementación de políticas de participación en salud primaria.



3.2. Descripción metodológica.

La información que a continuación se presenta es fruto del trabajo de campo realizado durante el segundo semestre del año 2007 en dos comunas de la región metropolitana. Las comunas escogidas son La Florida y Peñalolén. Las razones de esta elección son de diversa índole. Por una parte, hay razones prácticas: son dos comunas vecinas, cercanas y de fácil accesibilidad, lo que permitió un ahorro de tiempo y recursos importantes. A lo anterior se suma un conocimiento previo de ambas comunas, lo que facilitó la obtención de la información.

Junto a este tema práctico, las comunas fueron escogidas por su historia. La Florida, que tiene más de 100 años de existencia, ha tenido un pasado que da cuenta de una diversidad de organizaciones y una fuerte estampa participativa. Hay poblaciones emblemáticas que han dado cuenta de una capacidad organizativa y de movilización que hacen muy atractivo este espacio comunal al momento de investigar temas sobre participación. Peñalolén, por su parte, es una comuna relativamente joven -de no más de 30 años-, en la que el mismo tipo de factores se han desarrollado desde su misma creación. Al momento de realizar el trabajo en terreno, las autoridades comunales han intencionado espacios de participación muy interesantes. En síntesis, ambas comunas tanto desde una larga perspectiva como en lo inmediato, han apoyado, fortalecido e intencionado instancias de participación comunal, contando además con habitantes y ciudadanos dispuestos e interesados en participar.

El trabajo realizado buscó dar cuenta de las percepciones que tienen los distintos actores involucrados en el proceso de implementación de las políticas públicas a nivel local en el tema salud. Es por eso que las entrevistas fueron realizadas en tres niveles distintos, pertenecientes al espacio local y altamente

complementarios para los objetivos buscados por esta investigación. Son actores relevantes de la gestión participativa de la comunidad en el ámbito de la salud primaria. Por su parte, la información correspondiente al nivel central fue obtenida gracias a la asistencia a seminarios y a un conjunto de documentos oficiales relativos a la temática tratada en este estudio de caso.

Tabla: Entrevistados según cargo.

Unidad de observación	Entrevistados	Comuna
Corporación Municipal Directora de Salud.	1. Estrella Arancibia	Peñalolén
	2. Carmen Altamira	La Florida
Director/a Consultorio	3. Álvaro Medina	Peñalolén
	4. Oscar Carmona	Peñalolén
	5. Lucía Salvo	Peñalolén
	6. Ana María Cabezas	La Florida
	7. Verónica Fuller	La Florida
	8. Alicia González (subdirectora)	La Florida
Asistente Social	9. Carmen Martínez	La Florida
Consejo de salud	10. Gladys Barra	Peñalolén
	11. Sonia Ubilla	La Florida

En términos generales se indica que para el año 2007 el presupuesto municipal de la comuna de La Florida fue de \$ 23.408.787 millones de peso para una población estimada 396.575 y de \$ 16.109.162 millones de peso en el caso de Peñalolén con una población estimada de 240.423.

A continuación, se presentan también datos relevantes de ambas comunas en las que se realizó el trabajo de campo. Es información del año 2007 referida a cobertura, ingresos y gastos en el área de salud de ambas comunas, que permite contextualizar el trabajo realizado.

Fichas Comunales

Comuna		
La Florida	A. ANTECEDENTES GENERALES DE SALUD	
	Tipo de Administración de Salud Municipal (ESC.)	Corporación
	B. COBERTURA EN SALUD MUNICIPAL	
	Población Inscrita Validada en Servicios de Salud Municipal (FONASA)	294.897
	Cobertura de Salud Primaria Municipal (%)	74,36
	Tasa de Consultas Médicas por Cada 1000 Habitantes Inscritos (N°)	1.098
	C. INGRESOS EN SALUD MUNICIPAL	
	Presupuesto Salud Municipal (Ingreso Total Percibido Sector Salud) (M\$)	10.706.290
	Aporte del MINSAL (per cápita) respecto del Ingreso Total del Sector Salud (%)	56,07
	Transferencias de la Municipalidad a Salud sobre Ingresos Propios Municipales (%)	3,38
	Aporte Municipal al Sector Salud respecto al Ingreso Total Percibido Municipal (%)	3,15
	Aporte Municipal al Sector Salud (M\$)	736.946
	Ingresos por Aporte del MINSAL (Per Cápita) (M\$)	6.003.535
	D. GASTOS EN SALUD MUNICIPAL	
	Gasto Total (Devengado) del Sector Salud Municipal (M\$)	10.533.066
	Porcentaje del Gasto en Personal de Salud Sobre el Gasto Total de Salud (%)	65,61
	Porcentaje de Gasto de Funcionamiento Sobre el Gasto Total de Salud (%)	31,97
	Gasto Anual del Área Salud por Habitante Inscrito Validado (Población Según Decreto Anual MINSAL) (M\$)	36
	Porcentaje de Gasto en Capacitación de Recursos Humanos del Área Salud (%)	0,04
	Porcentaje de Inversión Real en Salud (%)	2,43

Fuente: Fuente: Sistema Nacional de Información Municipal para el periodo 2007

Comuna		
Peñalolén	A. ANTECEDENTES GENERALES DE SALUD	
	Tipo de Administración de Salud Municipal (ESC.)	Corporación
	B. COBERTURA EN SALUD MUNICIPAL	
	Población Inscrita Validada en Servicios de Salud Municipal (FONASA)	183.054
	Cobertura de Salud Primaria Municipal (%)	76,14
	Tasa de Consultas Médicas por Cada 1000 Habitantes Inscritos (N°)	1.083
	C. INGRESOS EN SALUD MUNICIPAL	
	Presupuesto Salud Municipal (Ingreso Total Percibido Sector Salud) (M\$)	5.539.337
	Aporte del MINSAL (per cápita) respecto del Ingreso Total del Sector Salud (%)	79,45
	Transferencias de la Municipalidad a Salud sobre Ingresos Propios Municipales (%)	6,63
	Aporte Municipal al Sector Salud respecto al Ingreso Total Percibido Municipal (%)	4,83
	Aporte Municipal al Sector Salud (M\$)	782.053
	Ingresos por Aporte del MINSAL (Per Cápita)(M\$)	4.400.881
	D. GASTOS EN SALUD MUNICIPAL	
	Gasto Total (Devengado) del Sector Salud Municipal (M\$)	5.471.891
	Porcentaje del Gasto en Personal de Salud Sobre el Gasto Total de Salud (%)	81,25
	Porcentaje de Gasto de Funcionamiento Sobre el Gasto Total de Salud (%)	18,75
	Gasto Anual del Área Salud por Habitante Inscrito Validado (Población Según Decreto Anual MINSAL) (M\$)	30
Porcentaje de Gasto en Capacitación de Recursos Humanos del Área Salud (%)	0	
Porcentaje de Inversión Real en Salud (%)	0	

Fuente: Sistema Nacional de Información Municipal para el periodo 2007

A partir de los datos que se han presentado es posible dar cuenta de las ciertas características que resultan relevantes para este estudio de caso. En primer lugar, ambas comunas presentan una cobertura de la salud primaria municipal mayor al 70%, que da cuenta de la importancia que supone ese servicio para la población comunal. Llama también la atención el porcentaje de recursos destinados a la capacitación en el área de salud. La Información del Sistema de Información Municipal para el año 2007⁴⁷ indica un 0,04 para la comuna de La Florida y 0 para Peñalolén. Tomando en cuenta que las políticas de participación y su implementación en el sistema de salud primaria pueden y deben requerir de ciertas herramientas específicas para su ejecución, el tema de la capacitación del personal, es clave.

⁴⁷ Toda la información está disponible en www.sinim.cl

3.3. Cómo se implementan las orientaciones referidas a la participación en el nivel local.

De acuerdo a las entrevistas realizadas, la participación logra visibilizarse como elemento de importancia, tanto desde quienes están llamados a generar el espacio propicio para que ella ocurra, como por aquellos de los que se espera que participen: la ciudadanía. Al parecer, la participación se a incorporado como un mecanismo indispensable para la ejecución de las acciones a nivel local.

Un primer elemento que es necesario considerar es que las políticas referidas a la participación ciudadana vienen por mandato desde el nivel central. El Estado de Chile, luego de asumir como una de sus prioridades el fortalecimiento de la ciudadanía a través de mecanismos que faciliten la participación, elaboró una serie de normas y orientaciones que deben ser cumplidas por quienes ejecutan en el terreno esas prioridades.

“Si hoy día el Estado dice que hay que promover la participación social, debe hacerlo, no es voluntario. Como si mañana dice que mañana los consultorios van a enseñar a bailar, también lo hace. Establece una serie de condiciones, que van desde como se registran las actividades hasta cualquier otra aparición en la política pública...” (Directora Servicio de Salud, Peñalolén).

Para esta investigación es interesante dar cuenta de la forma en que el nivel central logra definir este requerimiento de generar estrategias de participación en la población. Al parecer, y de acuerdo a los modelos analíticos presentados, habría una manera top-down, es decir jerarquizada de llevar a cabo el mandato de implementación. Junto a eso también, al parecer se presentaría un modelo tradicional de entender el ciclo de políticas públicas en tanto habría una

separación entre la etapa de diseño y formulación y aquella referida a la implementación.

En términos concretos, el canal de operacionalización directo de las orientaciones y diseños de participación que emanan del nivel central hacia el espacio de la salud primaria ha sido la constitución de los Comités de Salud, los cuales en el caso de ser puestos en marcha⁴⁸, son vistos como herramientas para que *“...la comunidad empiece a relacionarse con el centro de una manera distinta, desde el sentido de los derechos y los deberes.”*(Jefa División de Salud, La Florida). En ese sentido, los entrevistados relacionan este tipo de instancia con las orientaciones generales referidas a la participación emanadas tanto del nivel central –Gobierno y Ministerio de Salud- como del ámbito municipal, en tanto reconocen objetivos de participación (y en concreto la constitución de Consejos de Salud) dentro sus compromisos de gestión. Lo anterior se traduce en la asignación de recursos y la consecuente rendición de cuentas referida a estos fondos.

“La participación en este sector, respecto a salud, el año pasado, el 2006, como que empezó a tener más fuerza, por los compromisos de gestión. Porque hay un compromiso que adquirió el servicio de salud que tiene que ver con los nuevos cambios de salud, incorporar a la comunidad a lo que es la reforma de salud” (Asistente Social, Villa O’Higgins, La Florida).

Sin embargo, desde el ámbito de la salud primaria se observa a este respecto el hecho de que los tipos de metas y tareas referidas a la participación comunitaria, son de una índole especial, sujetas a las circunstancias antes que integradas de forma coherente a la dinámica de desenvolvimiento institucional.

⁴⁸ Hasta la fecha de este estudio de caso y específicamente de la realización de las entrevistas, los Comités de Salud o Consejo de Salud no estaban funcionando en todos los consultorios. En La Florida, al momento de realizar las entrevistas habían 6 Comités constituidos. Los otros estaban recién en proceso de constitución.

Se trabaja en el cumplimiento de las metas, mas no siempre en una política de participación integrada a los lineamientos y acciones propias del servicio de salud

“...tenemos el compromiso de gestión, que es la parte de participación ciudadana, pero en el fondo lo que hemos hecho no son indicadores duros..., son más subjetivos, por así decirlo.”(Directora consultorio Santa Amalia, La Florida.)

Del mismo modo, otro factor de participación que se anota hace referencia a la consulta sistemática y organizada de parte de los gestores locales en salud primaria a las organizaciones en torno a sus necesidades y demandas sobre el particular, implementándose mecanismos de consultas y diagnóstico participativo, por medio del cual las organizaciones de la comunidad canalizan sus demandas y expectativas a los equipos de salud primaria

“...lo que nosotros tenemos como meta este año, es lo que se planteó a través de la información de los consejos, un diagnóstico participativo en cada sector, y la idea es que cada sector se haga cargo de esos programas que presentó la comunidad y que empiecen a trabajarlos.”
(Director Consultorio Carol Urzúa, Peñalolén)

“Estamos nosotros trabajando dos líneas: una que tiene que ver con la capacitación de la gente en tema de salud,...primero, fue la etapa de los reclamos, pero hoy en día estamos con el tema de discutir, lo que nosotros hicimos el año pasado, que lo que hicimos fue súper interesante, fue hacer un diagnostico con ellos, de cuáles eran los tópicos de capacitación que ellos le pedirían al consultor, por lo tanto hicimos una reunión ampliada con ellos, donde les preguntamos a cada unidad vecinal o cada grupo de adulto mayor que participaba”. (Director Consultorio Lo Hermida, Peñalolén)

Finalmente, resulta interesante dar cuenta de las distintas concepciones que tienen de la participación los dirigentes, aquellos que son llamados a participar. Y es justamente lo que se preguntó a las entrevistadas. Es una pregunta clave que obtiene distintas respuestas:

“Para mí, es como realizarme porque siempre me gustó, dijéramos, el rubro salud, no tuve la oportunidad de estudiar..... Entonces, siempre estuve haciendo cursos, relacionados con ayudar a mi entorno, saber como actuar en un momento dado, en algún evento y siempre estoy aprendiendo, nunca dejo de hacer cursos, no solo de salud, de cualquier índole”(Dirigenta Peñalolén).

“En el caso muy personal mío, es el hecho d participar de ayudar, o sea de una participación social, ayudar a la comunidad, o en este caso, ayudar aquí en el consultorio, ayudar al usuario, de que realmente tenga un buen trato, de que realmente se sientan bien acogidos dentro de este centro de salud. Porque toda la vida ha habido reclamos de que la salud es mala, que la atención es mala, entonces, el formar estos comités o estos consejos consultivos, como se llaman ahora, es ayudar al usuario, es ayudar a que la comunidad este bien atendida acá, y esa es mi labor”.
(Dirigenta Santa Amalia, La Florida).

3.3.1. La conveniencia de la participación.

Es así, que las prácticas efectivas de coordinación institucional de iniciativas de participación en salud han adquirido, en las comunas en las que esta investigación se ha concentrado, una serie de características que es importante mencionar. Por ejemplo, se reconoce, a partir de las acciones emprendidas por los consultorios, la instalación de

“...una visión de comunidad, una visión de red, de que puedes resolver tus problemas dentro de esta red de la comunidad, pero tienes el Centro para ir a consultar, y vas a obtener respuestas.”(Jefa División de Salud, La Florida)

Lo anterior se traduce en que se ha logrado implementar un mecanismo de funcionamiento que distribuye información y asigna espacios de ingerencia en salud a partir tanto de las instancias de organización de la comunidad, como del consultorio respectivo, estableciéndose un criterio de complementariedad entre una instancia y otra. De forma más general, esta “visión de red” puede comprenderse como una asociación de actores en vistas al cumplimiento de objetivos comunes en el ámbito de la salud, definiéndose los aportes complementarios dispuestos por el nivel central, los municipios y la comunidad

“...el tema de la participación social ha sido un espacio de encuentro entre autoridades responsables, no importa el color político que sea, sino que se sienta responsable de mejorar la calidad de vida, que tienen conciencia de que tienen escasísimos recursos, que no pueden hacerlo solos, y recurren a estos instrumentos como para decir, concurramos juntos a esta obligación, yo no puedo solo, y además sepa que estoy haciendo todo lo posible.”(Jefa División de Salud Municipal Peñalolén)

De forma complementaria, se reconoce además la utilidad de una instancia institucional como las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS), entendidas como un mecanismo disponible para dar cuenta de las demandas emergentes de los usuarios de consultorios.

“... esa es una de las cosas de la OIRS, que van a llegar los reclamos, sugerencias, entonces, nosotros tenemos una conexión con la persona que esta encargada acá, entonces vamos viendo caso a caso, hay

muchos casos suponte tú, el trato, es muy importante que los que estamos ahora trabajando, que el trato sea digno, tanto el respeto para el usuario, como del funcionario. Porque resulta que en eso fallamos, y fallamos todos, no tan solo el funcionario” (Dirigente comité de Salud, Santa Amalia, La Florida)

Como contraparte de lo mismo, es relevante el hecho de que este mismo tipo de espacios de comunicación entre equipos de salud primaria y comunidad sean utilizados para lo que expresivamente uno de los entrevistados denominó “el conflicto con las expectativas”, en términos de informar a la comunidad de los límites y alcances específicos –y particularmente económicos- de la acción de los consultorios.

“El municipio sabe que no puede gestionar sin la gente, para principalmente con un objetivo, que es regular el conflicto con las expectativas. También algunos regímenes tienen algún trasfondo valórico con respecto a lo que es la participación de las comunidades, independiente del conflicto de las expectativas, tienen un valor. Por ejemplo este municipio tiene este pensamiento. Pero no es frecuente encontrarlo, en general, mas bien tiene una función utilitaria. Tengo que trabajar con la gente, para que sepa que estas son las lucas que hay, y que no me pidan que construya un edificio” (Jefe División de Salud, Peñalolén).

En palabras de otro de los entrevistados, los canales de comunicación con la comunidad debían servir para que

“...escuchen lo que nosotros podemos ofrecer, lo que ellos tienen el derecho más absoluto a exigir, dentro de lo que nosotros podemos darles, pero también saber que hay cosas que no dependen de nosotros, que están en otro nivel, que nosotros podemos ser gestores en un ámbito, por

ejemplo, de iluminación para generar proyectos con Comuna Segura, pero que a nosotros no nos corresponde iluminar las plazas, pero si ir generando en ellos la mirada de comunidad” (Jefa División de Salud, La Florida).

Una tercera característica que se repite en los casos analizados dice relación con la asociación explícita que se hace entre participación de la comunidad y promoción de la salud. Es así que se incorporan ciertas acciones de parte de los consultorios (campañas referidas a alimentación sana, antitabaquismo, actividad física, alcoholismo y drogadicción, etc.) al campo de la participación, en tanto son acciones implementadas fuera de los consultorios, en espacios como plazas, recintos deportivos y establecimientos educacionales. De esta manera, el trabajo de promoción en estas comunas se ha ido implementando a través de las llamadas “escuelas saludables” y de los jardines infantiles. Para uno de los entrevistados,

“...nosotros estamos orientándonos, a excepción del tema de los postrados, como necesidad, para que la participación sea un espacio de prevención.” (Director Consultorio Lo Hermida, Peñalolén)

En este caso, la noción de participación que se evidencia supone que la sola presencia de los equipos de salud primaria en los espacios comunitarios distintos al consultorio debe ser entendida como parte de la política e institucionalidad de participación. Así, una campaña contra el sedentarismo, realizada por medio de información casa a casa es incorporada a los objetivos de participación, independiente del papel efectivo de gestión o demanda que la comunidad haya manifestado al respecto. Del mismo modo, supone una ampliación del criterio base de participación, en términos que se lo vincula al objetivo institucional de

“...empoderar a la gente para que se haga cargo de autogestionar su propia salud. Y en este contexto también el concepto fundamental es el de prevención y promoción...en el entendido de lo que es la calidad de vida, no en la promoción de evitar la enfermedad, la promoción en estricto rigor dice relación con los entornos más amigables, con iluminación, con entornos verdes, con áreas de esparcimiento de la comunidad, con lugares donde ellos puedan acogerse y reunirse, autoconvocarse y generar estrategias de intervención, en donde nosotros participamos de la mano con ellos y los acompañamos en la medida que ellos lo requieren.”(Jefa de la División de Salud, La Florida)

El sentido preciso de este empoderamiento, en términos de complementariedad con los objetivos institucionales se ilustra claramente cuando se dice que:

“Porque además yo creo que con la participación ahorra recursos en salud. Porque lo que pasa es que el foco nuestro es tener a la gente sana, para que la gente este sana, no debiera venir al consultorio, porque aquí nosotros debiéramos atender a los enfermos, la gente sana debiera organizarse, tener actividades comunitarias, de actividad física, de espacios públicos adecuados. Entonces, para nosotros es importante que la comunidad se organice para lograr eso. (Director Consultorio Lo Hermida, Peñalolén).

Por todo lo anterior, no es sorprendente que el “factor participación” sea instalado como indispensable para el cumplimiento de ciertas tareas de salud – independiente de su demanda por parte de la comunidad-, tareas vinculadas a los objetivos de los mismos consultorios. Como expresó la Directora del Consultorio Santa Amalia de La Florida, *“...sin la participación ciudadana es muy difícil hacer salud familiar”*, objetivo que era presentado como un *“...condicionante que viene del nivel central, de gobierno”* y que les obliga a intervenir en ámbitos como el embarazo adolescente, el sedentarismo, la salud

mental y el tabaco, temas que requieren de un mayor compromiso de la comunidad con su salud.

“Para trabajar en esta nueva visión, que es la salud familiar, uno de los pilares es la participación ciudadana, sin la participación ciudadana, es muy difícil hacer salud familiar.” (Directora Consultorio Santa Amalia).

Junto a lo anterior, se valora la participación de la comunidad como un aval, un soporte político de los gestores de los consultorios, en términos de que es la opinión de las organizaciones –expresada en los marcos de los Consejos de Salud- la que fortalece ante los municipios las propuestas de intervención emprendidas por el sistema de salud primaria local.

“A la misma COMUDEF, o a la misma municipalidad, también le ha costado, también al principio no nos tomaban en cuenta, pero ahora se han dado cuenta que nosotros somos una organización, que sí podemos aportarle y ayudarle, anteriormente, no nos tomaban en cuenta, nada. El municipio, nada de organizaciones, el consultorio funcionaba y funcionaba, nosotros podíamos reclamar, llenar el libro y cosas, pero donde iba el libro, el director lo veía, pero nadie más lo resolvía, ahora no. Con estas organizaciones nosotros podemos tener un poquito de voz y voto en estas cosas”. (Dirigente Santa Amalia, La Florida).

3.3.2. Los obstáculos que identifican los actores.

El trabajo de campo realizado en el contexto de este estudio de caso evidencia una serie de críticas al funcionamiento tanto de la operacionalización de la política orientada a la participación de la comunidad, como de la efectiva disposición que tiene ésta a participar. Estas, pueden ordenarse de manera sistemática de la siguiente manera:

1. Falta de una políticas general de participación

- a) El a veces escaso compromiso efectivo que se observa en los responsables de los consultorios con las medidas e instancias destinadas a la promoción de la participación, en términos de que éstas son vistas como obligaciones impuestas por el nivel central antes que como una opción valorada desde los mismos consultorios. Esto por tanto da cuenta de la necesidad de involucrar a los estamentos técnicos, locales en el diseño de políticas que suponen su intervención. Es decir, al parecer lo que faltaría aquí es justamente una mirada de red (policy network) que de cuenta de las complejas relaciones que se generan en el espacio de la implementación:

“Si, porque uno siente que la participación se la endosaron a la salud, un poco, independiente a que ahora casi todos los organismos públicos, tienen que tener incorporado la participación dentro de sus actividades. Pero falta un poco de... una política de participación, y de hecho donde yo más he visto la intersectorialidad, y donde más me he sentido incorporado ha sido en el sitio municipal” (Director Consultorio Lo Hermida).

- b) Por lo mismo, la extrema formalización de los indicadores de participación que son registrados y evaluados, en el sentido de que el cumplimiento de un calendario de reuniones, un número de organizaciones o un mero traspaso de información institucional son tenidos como acciones de participación en si mismas. Lo que está detrás de esta crítica es un tema de gran relevancia para este estudio de caso pues hace referencia al sentido mismo del concepto y cómo va tomando distintos matices a medida que se va llevando a la práctica.

“Porque esto en el fondo, es una cierta directriz que emana de una política pública, en donde nosotros tenemos que hacer participar a la gente, súper bien. A mí me parece bien. Pero cuánto, hasta dónde es lo que cada uno entiende por su concepto de participación, aquí tú podrías dar mucho, mucho, o nada, nada, y cumplir con las cosas” (Directora Consultorio San Luis, Peñalolén).

“Pero... participación real, pero yo te diría que, ¿qué es lo que entendemos por participar? La participación...yo entiendo por participación, y a mí me parece que alguien realmente participa cuando tiene de verdad, entre comillas, voz y voto, de alguna forma, en las decisiones que se toman. Eso es para mí. Entonces te puedes pasar la vida teniendo un establecimiento, diciendo que la gente participa, sin darle ninguna participación”. (Directora Consultorio Sal Luis, Peñalolén).

2. Situación de la participación: el discurso versus la práctica

a) Una de las principales dificultades que expresan, sobre todo los directores de los consultorios, dice relación con la compleja relación que se establece entre la formulación inicial, y el resultado de aquello que se programa. Hay un problema de coherencia que genera molestia con los beneficiarios de sus centros de salud.

“A mí me parece que el discurso tiene que ser coherente con la practica, yo puedo tener maravillosas intenciones, pero para la maravillosa declaración de intenciones hacerla efectiva, tú necesitas tener a la población, es el primer gran evento, o sea yo no puedo pretender armar el comité consultivo de usuarios si no sensibilizo a la comunidad primero en torno a lo que es la participación, en el entendido que la participación en Chile, no es una constante, es una situación deseable, pero no es la situación actual” (Jefa de la División de Salud, La Florida).

b) Se cuestiona también la dependencia que las líneas de acción vinculadas a la participación mantienen con programas y recursos de algún modo externos a las lógicas presupuestarias y organizacionales del sistema de salud primaria. Esto, en el contexto de que el financiamiento y la designación de personal son inconstantes y muchas veces residen en fondos de asignación específica.

“Pero yo siento que todas esas cosas van mermando la participación, la gente ya no nos cree, somos poco creíbles, no nos validan, porque tenemos un discurso y después quedamos en la mitad, yo creo que con esas cosas hay que ir viendo que pasa con el tema de la participación. ¿De repente uno dice, ya, la estrategia, los traemos, qué hacemos?, y después esto no lo podemos hacer por falta de recursos” (Director del Consultorio Los Quillayes, La Florida):

c) La ausencia de continuidad global de las políticas de participación en salud primaria y los cambios de enfoque de éstas han colaborado con el distanciamiento de la comunidad

“Después, por la misma política gubernamental, como política de salud, se fue como disminuyendo la participación de la comunidad y llegamos que a raíz de la reforma había que repuntar la participación, nos ha costado mucho, porque después de ese periodo, se alejaron monitoras, se sacaron las cosas que había en las unidades vecinales del sector. Vino un periodo como de adormecimiento, tanto desde el punto de vista de nosotros como salud, y también desde la comunidad, y cuando empezó lo de la reforma, tuvimos que retomar el tema”. (Subdirectora Consultorio Los Quillayes, la Florida).

- d) Sumado a lo anterior, la percepción de los actores institucionales de que las expectativas desde el nivel central son siempre superiores a la capacidad efectiva de generar participación en el ámbito de la salud primaria. Nuevamente se hace referencia a la brecha existente entre la formulación de una política de participación a nivel nacional y las capacidades efectivas que tienen los ejecutantes de llevar a cabo las medidas diseñadas.

“Yo creo que las expectativas son super altas, de repente el nivel central espera mas que lo que podemos dar en términos de participación”
(Director Consultorio Lo Hermida).

3. Problemas de información

- a) Diferenciación entre la demanda de información en salud por parte de las comunidades, y una efectiva práctica de participación en el mismo ámbito.

“Yo creo que a la gente a lo mejor le interesa saber de salud, pero no sé si le interesa participar en actividades”. (Director Consultorio Lo Hermida, Peñalolén)

“Ahora, yo siento que [la comunidad] conoce más de salud, y conoce mas de otras áreas, y exige más, eso es bueno. Pero no b veo como que “vamos a participar con nuestro centro, para mejorar”. (Directora Consultorio Villa O’ Higgins, La Florida)

“Debe cumplir con ciertas cosas básicas en términos de participación. Y de ahí para arriba, uno construye lo que quiera. Y en lo que la comunidad te acompaña a construir, porque muchas veces depende de la participación de la gente, porque de repente, uno ve siempre los

mismos líderes, como te dije, y a ellos les cuesta mucho, uno conversa con ellos, les cuesta convocar a la junta de vecinos, falta". (Director Consultorio Lo Hermida, Peñalolén)

4. Problema de recursos, de personal y de tiempo

a) Otro tema importante es que la organización de distribución de tareas, roles y horarios de funcionamiento de los consultorios no se condicen con la disponibilidad y espacios efectivos que los miembros de la comunidad tienen como para operacionalizar un compromiso sistemático de participación en el ámbito de la salud primaria.

"Es una tarea más importante que es gerenciar esto, de que esto funcione como un establecimiento de salud, por eso de repente yo digo que la participación debiera tener un gerenciamiento distinto, que no tuviera solo que ver con el director del consultorio. Uno no le hace el quite, pero de todas maneras siempre hace falta gente, debiera haber, a lo mejor, un encargado de participación en cada consultorio, que tuviera un tiempo distinto, por ejemplo. Que pueda organizarse con la gente, hacer reuniones. Porque la capacidad de gestión, que te deja el administrar esta cuestión no es, espérame. La reunión siempre es apurada, estas preparando la disertación a última hora" (Director Consultorio Lo Hermida, Peñalolén).

b) Del mismo modo se percibe una permanencia y entusiasmo por parte de algunos individuos y organizaciones vinculadas a la participación en salud primaria, pero al mismo tiempo, una escasa renovación de éstas y poca convocatoria en la comunidad. Por lo mismo, percepción de que la comunidad descansa en la participación de estos liderazgos

consolidados, y por ello no tiene la necesidad de renovarlos o complementarlos.

“Mira, a la gente le cuesta participar, le cuesta porque no toda la gente tiene el tiempo y la disposición, les gusta tener representante, pero a ellos, como para venir, vamos a hacer el esquema, no.” (Dirigenta Consultorio Santa Amalia, La Florida)

“Primero, porque la gente dice “no tengo tiempo”, cuando hay que elegir, “que la Gladys sea presidenta, porque tiene tiempo”, pero no, yo no tengo tiempo ni me sobra, pero yo, si me gusta algo, ya hoy día tengo que hacer tal cosa, ya me levanto temprano, entonces organización. Eso parece que le falta mucho a la gente, o bien no tiene la iniciativa de cooperar con alguien, porque uno no está en una isla, siempre tenemos a una persona al lado, y al otro lado, y al frente.”(Dirigenta Consultorio Carol Urzúa, Peñalolén)

“Soy secretaria de un centro de madres, soy presidenta del Clicaur, y soy presidenta de un adulto mayor, y soy presidenta de allá, del consejo de salud. Y asisto como presidenta la amadeus. Yo siempre les digo que si me avisan con tiempo, yo me organizo, y de vez en cuando, la municipalidad también nos llama, porque participamos en el grupo de la solidaridad”. (Dirigenta Consultorio Carol Urzúa, Peñalolén)

- c) Casi inexistente participación de actores sociales que no sean adultos mayores y mujeres, particular renuencia de jóvenes a involucrarse en este tipo de instancias.

“Y la otra tarea es incluir mas gente, porque dentro del tema, por ejemplo, no somos un consejo, si queremos ser un consejo como se pide, porque por ejemplo, somos puras mujeres, no tenemos hombres,

eso ya es punto negativo, casi todas son adultos mayores, entonces también tenemos que incorporar a jóvenes, tenemos como el reto con la doctora, que se incorporen mas jóvenes, de que se incorporen hombres” (Asistente social. Consultorio Villa O’Higgins, La Florida).

3.3.3.- Las ventajas de la participación

1. Recursos

- a) Obtención de recursos extras a los presupuestos de los consultorios gracias a la participación efectiva de organizaciones comunitarias, recursos destinados a la implementación de acciones vinculadas al bienestar general de la comunidad (seguridad ciudadana, alimentación sana, etc.)

“Y la participación resulta, de que ahora, va a haber mucha participación en el sentido de que, por ejemplo ahora tenemos unos recursos, que van a llegar al consultorio, son dos millones de pesos para participación. O sea nosotros, como comité de salud, o como consejo consultivo, que es mas o menos b mismo, vamos a poder optar a proyectos, nosotros optar a proyectos para el bienestar de la gente” (Dirigente Consultorio Santa Amalia, La Florida)

“El comité de salud nuestro, se garó un proyecto que es salud con la gente, y van a hacer mesones de alimentación saludable, se consiguieron el club de adultos mayores, y ahí van a hacer las clases, dos clases diarias, durante 3 días y terminan con un mesón saludable aquí en el centro de salud, para los usuarios, y es para la gente de la comunidad, enseñarle, que con los pocos recursos que uno tiene, puede comer saludable”. (Directora Consultorio Santa Amalia, La Florida).

“Tenemos un poquito mas de un año, como consejo, y este año que pasó, se hicieron dos proyectos, por el comité de salud, los presentamos, uno por discapacidad, solamente me dieron 600.000 pesos, la comuna, en comprar colchones antiescaras, bastones, todo eso se compró, y para darlo en comodato para las personas discapacitadas, pero discapacitados mas bien jóvenes, porque el adulto mayor entra en el plan AUGE, entonces tenemos todos esos implementos acá. Y ahora, hace una semana atrás hice otro taller, que fue de comida saludable”(Dirigenta Consultorio Santa Amalia, la Florida)

2. Implementación de acciones para la participación de la comunidad.

- a) Implementación de talleres de capacitación para organizaciones y usuarios, con el objetivo de especializarlos en funciones complementarias al trabajo de los consultorios, como la atención y cuidado de pacientes postrados y adultos mayores, monitoreos cardiovasculares, etc. Aquí claramente se ilustra un tipo de participación comunitaria en donde la participación supone integrar a la comunidad y traspasarle cierta información y ciertas capacidades.

“También se creó una capacitación para los cuidadores y monitores de agentes postrados, la idea era de que ellos decían que había muchas personas... postradas en las casas... entonces, María Paz con otra gente crearon unos talleres que se han ido aplicando a la comunidad, lo que significa cuidado de vida, alimentación, nutrición, el apoyo psicológico y ha resultado bastante bien. (Director Consultorio Carol Urzúa, Peñalolén)

“Claro, que van en beneficio, para mejorar la atención. De hecho ellos están muy interesados en que formemos monitores de otras cosas que

no sea pánico, por ejemplo monitores cardiovasculares, para que les enseñemos a tomar la presión, a hacer curaciones, cosa de que ellos puedan ir a la comunidad, y por ejemplo; me decía la presidenta del comité “doctora, nosotros estamos capacitados para tomar la presión arterial, les va a disminuir la presión a ustedes”, porque nosotros la vamos a controlar a sus domicilios, entonces así no va a venir la gente para acá, “que tóme la presión “ o sea ellos se van anticipando un poco a que la persona haga una crisis hipertensa, y nos van a apoyar en ese sentido”. (Directora Consultorio Santa Amalia, La Florida).

3. Detección de necesidades, carencias

- a) Definición de insuficiencias y carencias en el funcionamiento de los consultorios a partir del diagnóstico realizado en conjunto con agentes de la comunidad, así como la implementación de alternativas de solución a éstos. Lo interesante de esta herramienta es la participación de la comunidad en la resolución e identificación de problemas. El uso de estos mecanismos podría permitir la constitución de un tipo de participación más comunitaria.

“Cuando hubo cambio de alcalde, acá hay una perspectiva nueva de escuchar a la gente, tratar de llevar a cabo lo que la gente dice, estamos tratando de responderle a la gente, hemos hecho un montón de capacitaciones de trato a los usuarios. Una de las demandas era el maltrato, pero de repente, lo que la gente decía era que había maltrato de ambas partes, los funcionarios nuestros... maltrato de hecho, de palabra, de groserías, y se ha ido cambiando, entonces, también hubo una mejoría de la gente que está en el consultorio, que estaba mal iluminado, que estaba sucio, y eso lo cambiamos”. (Director Consultorio Carol Urzúa, Peñalolén).

“...estamos tratando de hacer un diagnóstico territorial, con ellos, pasamos unas encuestas, que nuestra intención este año, es poder tabularlas, para ver cuales son las necesidades que ellos tienen. Pero me di cuenta que muchas veces, yo tengo algunas encuestas acá, respondidas, muchas veces las necesidades no pasan por salud, son de otro ámbito.” (Directora Consultorio Santa Amalia, La Florida)

“un diagnóstico, que se hizo como un árbol de problemas y soluciones, la idea era que la gente pusiera los problemas, pero también las soluciones, en grupos mixtos comunidad y funcionarios.” (Asistente social, consultorio Villa O’Higgins, la Florida)

“Entonces decidimos generar espacios de participación, potenciar estos talleres, y básicamente lo que se generó en todos los consultorios son los consejos de salud. Que están formados básicamente por todas las organizaciones sociales que trabajan en el sector del consultorio índice que las organiza, y que en el fondo era ponerlos a ellos a hablar de salud. Cuáles eran sus expectativas, cómo veían el consultorio, entonces las primeras reuniones que tuvimos eran básicamente puros reclamos, ellos hacían patente el tema de que no habían ambulancias para trasladar a los viejitos, que llamaban para pedir una hora por la línea 800 y nunca habían, que no habían horas médicas, que no llegaban los medicamentos”. (Director Consultorio Lo Hermida, Peñalolén)

4. Consejos consultivos

a) Valoración efectiva por parte de los agentes de salud del papel dinamizador y creativo que la participación de las organizaciones y liderazgos comunitarios reporta para la definición e implementación de

sus líneas de trabajo, y por lo tanto, la activa promoción institucional de este tipo de vínculos de participación

“Estamos funcionando con ese consejo, fue elegida su directiva, y es el primer consejo de salud que tiene personalidad jurídica, el año pasado partimos con eso, y con una actividad masiva que se hizo en diciembre, que convocó en un lugar específico, que nosotros le llamamos los potreros... Además ellos se están incorporando a trabajar, nos ayudaron a convocar, a cumplir metas, a controlar por ejemplo, el papanicolao, hay dos dirigentes del consejo, que están trabajando incluso ahora en verano, que nos vienen a ayudar, invitando ellos a sus pares a tomarse el papanicolao, a tomarse exámenes preventivos”. (Subdirectora Consultorio Los Quillayes, La Florida).

“Y el año pasado cambió la directiva, y esta directiva es mas... que el año pasado, tiene una visión más amplia de lo que es salud, se conoce como un actor mas y como un actor con mas derechos, con mas voz, con mas votos, diría que conocen mas las unidades. Por eso te digo que a lo mejor antes, los de antes no representaban mucho, porque como que me cambio la mirada con estos nuevos dirigentes, que vienen mas propositivos, que les respetemos sus derechos, respetuosos, hemos podido diseñar planes con ellos, ellos diseñaron un plan para mejorar el trato ente el funcionario y el usuario, también estamos trabajando en el adulto mayor, que sea real la preferencia del adulto mayor” (Directora Consultorio Villa O' Higgins, La Florida).

“¿El consejo de salud, puede ser una buena herramienta? (para la participación) Sí, yo creo que sí, este consejo, son monitoras antiguas, son las mismas que yo trabajé con ellas, cuando llegue, que cuando me invitaron a presenciar elaboración. Solo había una persona nueva. La gente era antigua, ellos son muy entusiastas, espero que logren movilizar gente, motivar gente, pero cuesta mucho, ellas mismas el año pasado, ay

que rabia, fuimos puerta a puerta, invitando que íbamos a hacer cosas todos juntos, entonces ellas también se sienten un poco defraudadas”. (Subdirectora Consultorio Los Quillayes, La Florida).

3.4. Los Desafíos de la Participación. Propuestas desde los entrevistados.

Tal como los agentes entrevistados son concientes de las bondades y carencias, de las fortalezas y desorganizaciones presentes en esta política de participación a nivel local, lo son también al momento de plantear las líneas de acción y expectativas de solución que observan como requeridas para abordar de una manera más efectiva el tema.

“Y la otra tarea es incluir mas gente, porque dentro del tema, por ejemplo, no somos un consejo, si queremos ser un consejo como se pide, porque por ejemplo, somos puras mujeres, no tenemos hombres, eso ya es punto negativo, casi todas son adultos mayores, entonces también tenemos que incorporar a jóvenes, tenemos como el reto con la doctora, que se incorporen mas jóvenes, de que se incorporen hombres” (Asistente social. Consultorio Villa O’Higgins, La Florida).

- a) Reconocimiento de que la implementación de políticas de participación comunitaria requieren un largo tiempo de instalación y sensibilización entre los agentes involucrados.

“Los temas de participación, son temas de largo tiempo, que no vas a lograr ni en uno, ni en dos, ni en tres. Y ha sido súper interesante, y, insisto, para mí como persona a cargo de la gestión”. (Jefa de la División de Salud, La Florida).

- b) Que dentro de este proceso de instalación y sensibilización es clave la información que las comunidades reciben en referencia a los espacios, recursos y objetivos de participación en el ámbito de la salud primaria.

“Para lograr que la gente participe, hay un paso previo que es fundamental, que se llama información, y en ese paso, yo creo que hay muchas comunas que están trabajando, y nosotros somos una de ellas, motivar a la gente, motivar a los grupos nuestros de que la participación es necesaria”. (Jefa de División de Salud, La Florida)

- c) En el mismo aspecto de la información, se observa como fundamental para la implementación de políticas efectivas de participación comunitaria el conocimiento por parte de los agentes de salud –mediante un diagnóstico participativo- de las características esenciales, problemáticas y recursos con los que la misma comunidad cuenta. Lo que debe ser logrado es una adecuada pertinencia de aquello que se ofrece a la población. Y para eso, nuevamente lo que debe fortalecerse son los mecanismos de implementación de las políticas a nivel local. En tal sentido, la premisa esencial es asumir lo complejo del proceso de ejecución. Por ello, una Agenda Gubernamental que de cuenta de las orientaciones para la participación, aun cuando es una herramienta necesaria (y mucho), no es suficiente, si las instancias que deben operacionalizar estas medidas no cuentan con un espacio real para adecuar esas medidas a la realidad no tan solo local, sino también particular de cada territorio

“Para que la participación sea realmente efectiva, nosotros debemos intentar lograr que nuestra población nos ayude a construir el diagnóstico de salud local, para saber por dónde y qué orden de

prioridad debemos abordar esos problemas con ellos.” (Jefa de la División de Salud, La Florida)

“Para que nosotros podamos hacer una buena salud, una salud de calidad, tenemos primero que nada conocer nuestro territorio, a ver con que contamos, hacer un diagnóstico territorial un diagnóstico sanitario. Porque yo sé que tengo tantas familias, tantas unidades vecinales, pero no sé en cuantas de ellas, me llamaría mucho a atención que me encontrara en alguna de ellas, sin agua potable, pero puede ser, no lo sé, lo desconozco, y para eso tengo que acercarme a la comunidad, y tengo que hacer el diagnóstico con participación de ellos”. (Directora Consultorio Santa Amalia, La Florida)

- d) Valorar los aportes específicos de la comunidad a los temas de salud primaria, por el conocimiento que ésta tiene de la situación real de sus necesidades en ese ámbito. Por ello, se releva como indispensable “redefinir el rol de los usuarios en ese sentido.” Tal como se establece en la tipología referida a la implementación el modelo jerárquico de arriba-abajo, no resulta adecuado en este caso. Es necesario asumir la intrincada red de relaciones que se forma en el espacio local, donde participan autoridades de distintas reparticiones, profesionales con conocimientos específicos y usuarios de los servicios de salud. Por tanto es recomendable generar mecanismos que incluyan a todos estos actores al momento de “pensar” la implementación.

“Nadie mejor que la comunidad que viva en este sector sabe cuales son sus problemas, sabe donde están los basureros clandestinos, por ejemplo, hogares de ancianos que no están regularizados, postrados que no tienen ningún tipo de subvención, de ayuda, adultos mayores

que esa prácticamente en situación de abandono, locales clandestinos de alcoholes, y que de alguna u otra forma son atentatorias contra su sector. Nosotras por otro lado tenemos la visión de salud, de la población que esta a nuestro cuidado, que la tenemos inscrita, entonces tienes que hacer confluir ambas visiones”. (Jefa de la División de Salud, La Florida).

- e) Al momento de implementarse las políticas de participación, entender a éstas como intersectoriales, requeridas del compromiso del conjunto de los actores institucionales –en particular los municipios- y el tejido organizacional de la comunidad.

“Yo, una de las cosas que me gustaría es que la participación fuera una política, que de hecho yo creo que este municipio lo tiene bastante incorporado, una política municipal. O sea que la participación fuera mucho más transversal a los distintos, fuera mucho más intersectorial, hacer ferias barriales los sábados con gente de salud, de vivienda, para ir logrando, ir viendo a la gente”. (Director Consultorio Lo Hermida, Peñalolén).

“Aquí el alcalde tiene una modalidad de trabajo, que se llama el alcalde de tu barrio, una semana en cada barrio, son como cincuenta y tantos barrios, y el los recorrió todos. Y yo he ido a todos los almuerzos que el alcalde. Y a mi me gusta ir también, creo que es una muy buena instancia para conocer la gente, para conocer otras cosas, para conocer lo que otros también están haciendo, como nos vinculamos.”(Directora Consultorio San Luis, Peñalolén)

- f) Por lo mismo, dotar de mayor protagonismo municipal a los Consejos de Salud ya constituidos, entendidos como instancias legítimas

indispensables para la co-gestión de aspectos claves para la salud comunitaria.

“Esa es la idea, y que este comité o consejo, podemos llamarlo también, tenga voz y voto, para mas consejos, mas macro, de la comuna y así con el servicio, cuando da cuentas publicas lo ideal es que sea en presencia de estas organizaciones. Ese es el sueño, o sea se supone, es una apuesta, no sé de aquí al 2010, porque queda re poco, pero la apuesta es que si el modelo sea una organización mas... y de abajo para arriba, y no de arriba para abajo. Pero es un sueño, o sea hay que creerse el sueño.” (Directora Consultorio Villa O'Higgins, La Florida).

- g) Vincular más estrechamente los objetivos y acciones destinados al ámbito de la promoción de la salud con los objetivos y acciones de la participación comunitaria, entendiendo a ambos aspectos como mutuamente potenciadores de la comunicación entre consultorios, organizaciones sociales y usuarios.

“Yo creo que hay que darle otro vuelco a lo que debe ser la promoción, por lo menos en los consultorios, obligatorio, tener un gimnasio en cada consultorio, y que este abierto desde las ocho de la mañana hasta las nueve de la noche, tener una especie de casino en cada consultorio, aprenda a cocinar saludable, cualquier persona, mire usted tiene tres talleres diarios..” (Director Consultorio Carol Urzúa, Peñalolén).

- h) Someter a los programas de participación comunitaria a la evaluación por indicadores propia de otros ámbitos de la gestión en salud primaria, con el fin de monitorear el cumplimiento de sus objetivos y analizar sus posibilidades de optimización.

“Me encantaría tener indicadores de impacto. De hecho el modelo familiar, el que se usa en centro de salud familiar, por ejemplo Los Castaños, que es el acreditado, a ellos los miden con los mismos indicadores que me miden a mí. Entonces tu dices, como, si... debieran medirlo, en que la familia cambie sus hábitos, que esas familias salgan ara adelante, que los niños, no haya maltrato, por decirte, medir el maltrato de un centro... versus yo que no hago nada, que es lo que hace la diferencia.” (Directora Consultorio Villa O’Higgins, la Florida).

- i) Rescatar ciertas tradiciones históricas de participación que permitan potenciar las prácticas actuales.

“Porque es una población que tiene una historia de participación comunitaria, por lo tanto la idea era rescatar esta historia de participación, con los actores actuales para lograr potenciarlos como comunidad.” (Jefa de la División de Salud, La Florida).

CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio de caso ha sido describir la forma en que se implementan las políticas de participación en el ámbito de la salud primaria en dos comunas de la Región Metropolitana y dar cuenta de la distancia entre el discurso y la práctica relativa al tema, teniendo en cuenta la percepción que tenían los actores involucrados y entrevistados sobre el tema.

A partir de la investigación que se llevó a cabo, hay un conjunto de conclusiones que se hace necesario sintetizar y que giran en torno al concepto de participación presente en la implementación de las políticas a ella referida y la forma en que se percibe esta dimensión. Otro tema que es interesante comentar dice relación con la brecha entre discurso y práctica, más aun cuando esto se hace en conexión con los tipos y modelos de participación que se presentan en la revisión conceptual.

Lo primero que es posible destacar es la amplitud del concepto y lo complejo por tanto que resulta su operacionalización. Los documentos elaborados desde el nivel central (como el Instructivo Presidencial o la Agenda Pro Participación) evidencian la necesidad, el interés o por lo menos la intención de explicitar la intención de colaborar, desde el Estado, para la construcción y fortalecimiento de una sociedad que participa. Las autoridades han expresado que *“participar es hacerse parte de un proceso. Participación ciudadana es tomar parte activa, como ciudadanas y ciudadanos, en los procesos decisionales de una democracia”*⁴⁹. Junto con lo anterior, el Ministerio de Salud y específicamente la Subsecretaría de Redes Asistenciales cuenta con un

⁴⁹ Ministerio Secretaría General de Gobierno. División de Organizaciones Sociales, op.cit., p. 8.

Departamento de Participación Social y Trato al Usuario que ha desarrollado una serie de herramientas y acciones orientadas a *“incorporar la gestión participativa en las redes públicas de salud y estimular la participación social y el control ciudadano en salud. Lo anterior a través del diseño y desarrollo de una política de participación, de manera de generar respuestas adecuadas de la red de servicios de salud a las necesidades y expectativas de la población. Todo en un marco de equidad y de respeto por los derechos y deberes de las personas”*⁵⁰.

Sin embargo, esta claridad presente en los documentos y enunciados del nivel central tiene diversas resoluciones cuando la esfera de aplicación es el nivel local. Las Jefas del Servicio de Salud de la Corporación Municipal de ambas comunas manejan con precisión y conocimiento aquello que es enunciado por el Ministerio y las autoridades nacionales y además ambas cuentan con vasta experiencia en el tema. Han orientado su trabajo de manera sistemática en dirección a fortalecer y mejorar los mecanismos de participación que están bajo su competencia aun cuando mantienen una visión realista y crítica de lo realizado hasta el momento. Haciendo referencia a las tipologías presentadas que dicen relación con el tipo y calidad de participación de su población objetivo logran dimensionar la distancia que aun queda para estar frente a una participación de la población en toma de decisiones, tal como se presenta en la revisión bibliográfica y las orientaciones emanadas desde el nivel central.

Es posible reconocer -en ambas comunas y gracias al involucramiento de la población en talleres y capacitaciones- una participación que logra contribuir a la promoción de la salud. Incluso tanto las jefas de servicios,

⁵⁰ www.minsal.cl

como directores/as de consultorio dan cuenta de cierta participación comunitaria con las características que se indican en la revisión conceptual. Sin embargo, no ha sido posible detectar espacios que den cuenta que la población participa para el logro de un control social. Lo que falta entonces claramente es una demanda sistemática, permanente y conciente por parte de los usuarios del sistema de una entrega de servicios de calidad y eficientes.

Pero lo anterior no solo tiene que ver con la ausencia de una ciudadanía activa y empoderada que exige y toma decisiones con respecto a su salud y la de su comunidad. Dice relación también con cómo se implementan a nivel local los instrumentos orientados a fortalecer y aumentar la participación ciudadana y la respuesta a la pregunta ¿por qué y para qué se propone como objetivo central que esa población participe?

Los resultados de la implementación a nivel local de los mecanismos de participación y sus resultados finales dicen relación principalmente con la forma en que estos instrumentos fueron construidos y los espacios de decisión y adaptación que tienen las instancias locales para implementarlos de forma efectiva. Las políticas públicas, aun aquellas que se operacionalizan a nivel local, son comúnmente construidas desde el nivel central, asumiendo la modalidad de *top-down* (arriba-abajo). Lo anterior se traduce en que hay una brecha entre la entidad encargada de la definición de la política pública y aquella que la ejecuta. Supone a la política construida en lógica de pasos: (uno, el diseño, dos, su ejecución). Se pierde el hilo conductor, la integralidad que daría cuenta justamente de la posibilidad de identificar, asumir e incorporar las contradicciones propias que aparecen al momento de operacionalizar

ciertas ideas, más aun cuando estas suponen la participación de un conjunto de actores diversos, pero necesarios para su cumplimiento.

El diseño de la política de participación y sus instrumentos son claros. Su operacionalización, su implementación y sus resultados finales, menos. Se reconoce una profunda dificultad al momento de implementar este tipo de políticas. Para algunos entrevistados, lo anterior supone una falta de reconocimiento de las dificultades prácticas y problemáticas institucionales y comunitarias de la implementación local. Los centros de salud primaria están obligados a cumplir con el conjunto de disposiciones y mandatos provenientes desde el nivel central en todo orden de cosas. Es el espacio donde se operacionaliza el conjunto de la política de salud orientada a la población. Por tanto, sistemáticamente se ve enfrentada a una escasez de recursos y a un conjunto de programas que nacen, se desarrollan y mueren dependiendo de las prioridades fijadas por el gobierno en temas de salud.

Una posible solución a esta problemática sería suponer la implementación de la política pública desde la lógica de *policy network*, que pone su énfasis en el conjunto de actores que tienen algún tipo de participación en lo que se denomina el ciclo de vida de una política pública. Esta modalidad supone la visibilización de las diversas necesidades e intereses que tienen todos los involucrados en el tema. De esta forma podría ser posible considerar no solo la mirada de aquel que diseña y construye la política de participación, sino las necesidades y exigencias de quienes deben implementarla y de los potenciales beneficiarios de esa política, en este caso, la comunidad y los usuarios del sistema de salud primaria.

Las dificultades y obstáculos evidenciados a lo largo del Estudio de Caso en materia de participación ciudadana en temas de salud a nivel local no solo tienen que ver con la forma en que se diseñan e implementan las políticas de participación. Hay una interrogante que dice relación con para qué se quiere que las personas participen, y cómo se traducen y evalúan esos mecanismos de participación. La participación, tal como se dijo en alguna entrevista, ahorra recursos, pues de alguna manera permite subsidiar la escasez de financiamiento presente. Los esfuerzos orientados a lograr una comunidad involucrada con sus problemas -y dispuesta a colaborar y participar en las acciones propuestas- dependen considerablemente de las características de la comuna y sus habitantes.

Así, la percepción de algunos de los entrevistados es que las comunas de mayores ingresos tienen una menor presión por involucrar a sus habitantes en los temas de interés común. Y lo anterior es relevante pues esta visión de subsidiariedad estimula una parte de las acciones de participación de la comunidad. Un conjunto importante de acciones realizadas por los dirigentes y dirigentas en temas de salud supone establecer relaciones de colaboración y ayuda hacia los profesionales de salud y las acciones que éstos deben realizar, tales como seguimiento e identificación de la población postrada, convocatoria y monitoreo para la realización de exámenes, acompañamiento a tercera edad, presentación y seguimiento a las quejas y reclamos, etc. Este tipo de servicios sufren una suerte de externalización, aun cuando hay una permanente supervisión y acompañamiento por parte de los profesionales del área. De esta forma la participación se transforma en una herramienta necesaria no tal solo por el valor que como sociedad se le otorga, sino por las necesidades que no logran ser cubiertas por el sistema.

Dentro de los 4 ejes programáticos a partir de los que se constituye la Agenda Pro Participación está el fortalecimiento de la sociedad civil y de acuerdo al reporte de avances de la Agenda para el año 2007 se establece la capacitación de 160 líderes y dirigentes⁵¹. En este contexto hay una preocupación por parte del Ministerio de Salud de mejorar y fortalecer las capacidades de la comunidad. Sin embargo, hay una permanente sensación entre los entrevistados sobre una ausencia de una comunidad interesada en participar en los temas de su salud. Han aumentado las instancias de reclamos y quejas sobre el trato y la calidad de la atención, pero no ha habido un fortalecimiento de las organizaciones comunitarias dedicadas al tema.

Por eso la importancia y la necesidad de constituir los Consejos de Desarrollo o Consultivos que debieran tener entre sus objetivos la participación en la formulación, implementación y evaluación de los planes de desarrollo de cada uno de los establecimiento de salud primaria. Estos consejos son espacios orientados a incentivar la participación, pero nuevamente cabe la pregunta sobre el tipo de participación que se busca consolidar. Tal como indicaban algunos de los entrevistados/as, la constitución de estos consejos o la asistencia a las actividades no asegura una participación activa y responsable por parte de la comunidad.

Para terminar, es necesario reconocer que ciertas pretensiones teóricas a partir de las cuales surge el interés por esta investigación no fueron logradas. Específicamente, debe hacerse mención a la capacidad y espacios de toma de decisión con los cuales cuenta la ciudadanía y a

⁵¹ La información está disponible en el documento Informe del Reporte de Avance de Compromisos de La Agenda Pro Participación Ciudadana 2007, Ministerio Secretaría General de Gobierno. División de Organizaciones Sociales, Santiago, 2008.

las instancias y espacios de control social de la que se ha dotado, punto que es tratado de manera introductoria en la revisión conceptual de este estudio de caso. Los mecanismos e instrumentos existentes hasta el momento relativos a mejorar y fortalecer la participación ciudadana refleja aun que Chile está en una etapa inicial, que supone la generación de espacios de participación, mas no la generación de instancias de control ejercido desde la ciudadanía en aquellos espacios de formulación de política social que, como es el caso de la salud primaria, la afectan directa y cotidianamente.

Referencias Bibliográficas

Arrau, A. y Avendaño, O., La Hacienda revivida. Democracia y Ciudadanía en el Chile de la Transición, Programa de reflexión, estudios y debates económicos y sociales, PREDES, Ril Editores, Santiago, 2003.

Arrau A. y Avendaño O., Notas Acerca del desarrollo de la ciudadanía en Chile. Documento N° 1. Programa de reflexión, estudios y debates económicos y sociales, PREDES, Santiago de Chile, 2001.

Baño R., "Participación Ciudadana: Elementos Conceptuales", en Nociones de una ciudadanía que crece, Correa, Enrique y Noé, Marcela Editores, FLACSO Chile, Santiago, 1998.

Bonilla G., Modelos de Democracia y Rendición de Cuentas: la ventaja de una concepción deliberativa de la democracia, México, 2005, en www.ciesas.edu.mx/diplomado/finales/

Brunner J.J., Participación y Democracia: Viejos y Nuevos dilemas. División de Organizaciones Sociales. Ministerio Secretaría General de Gobierno, Santiago, 1996.

Celedón, C. y Noé, M., Reformas del sector de la salud y participación social. Revista Panamericana de Salud Publica. 2000, vol.8, Washington, p.99-104.

Celedón, C. y Noé, M., Mecanismos de control sobre los servicios públicos. Una aplicación a la atención primaria de salud. Serie Estudios Socioeconómicos, N°3, CIEPLAN, Santiago, 2000.

Celedón, C y Orellana R., Gobernancia y Participación Ciudadana en la Reforma de Salud en Chile, CIEPLAN, Santiago, 2003.

Cunill, Nuria, "Responsabilización por Control Social", en CLAD (Consejo Científico) (coord.), La responsabilización en la nueva gestión pública latinoamericana, Buenos Aires, CLAD/BID/EUDEBA, 2002.

De la Maza, G., Tan Lejos, tan cerca, LOM Ediciones, Santiago, 2005.

Escobar, A., "Participación Ciudadana y Políticas Públicas: Una problematización acerca de la relación Estado y Sociedad Civil en América Latina en la última década", en Revista Austral de Ciencias Sociales, N° 8, Valdivia, 2004.

Hevia, F., Contraloría Social y Protección de Programas Sociales. Proyecto de Protección de Programas Sociales, PNUD, México, 2007.

Hopenhayn M., "Viejas y Nuevas Formas de la Ciudadanía", en Revista de la CEPAL N° 73, Santiago, Abril 2001.

Escobar, D. (2001). "La participación ciudadana en los programas de promoción de la salud". <http://www.innovacionciudadana.cl/ddt/dcto8.pdf>

Fernández M. y Bello D., Nociones de Ciudadanía: El Debate de su Desarrollo en Chile. Revisión Bibliográfica.2000

Kymlika y Norman, "El retorno del ciudadano. Una revisión de la producción reciente en teoría de la ciudadanía", Cuadernos CLAEH N° 75, Montevideo, 1996.

MIDEPLAN, Documento n° 4, "Metodología de análisis de políticas públicas: conceptos y criterios", Santiago 2000.

MINSAL, "Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la Programación en Red", Santiago, 2007.

Olavarría, M., Conceptos básicos en el análisis de políticas públicas. Serie Documentos de trabajo N° 11, INAP, Universidad de Chile, 2007.

OPS, “La participación social en el desarrollo de la salud: experiencias latinoamericanas”, HSP/SILOS-35, 1995, pp. 2-3. Citado en Escobar R. Diego, “La participación ciudadana en los programas de promoción de la salud”, www.ciudadania.uchile.cl/doctostrab.html.

OPS, “Fortalecimiento de la Planificación de las actividades de promoción de la salud en las Américas”, SPP35/9, 2000

Peruzzotti, Enrique y Smulovitz, Catalina, (editores), Controlando la política. Ciudadanos y medios en las nuevas democracias latinoamericanas, Editorial Temas, Buenos Aires, 2002.

PNUD. Desarrollo Humano en Chile. Más Sociedad para Gobernar el Futuro, Santiago, 2000.

PNUD. Desarrollo Humano en Chile. El poder ¿Para qué y para quién?, Santiago, 2004.

Pontificia Universidad Católica de Chile, “Contribuyendo a la reducción de la brecha entre las políticas de salud nacionales y su ejecución en el nivel primario de salud como consecuencia de la gestión local” en www.subdere.gov.cl/1510/articles-69823_recurso_1.pdf, 2005.

Raczynski, D. y Serrano, C., “Las políticas y estrategias de desarrollo social. Aportes de los años 90 y desafíos futuros”, en Meller, P., (editor), La Paradoja Aparente. Equidad y Eficiencia: resolviendo el dilema, Taurus, Santiago, 2005.

Salinas, J. y Vio Del R., F., "Promoción de la Salud en Chile", en Revista Chilena de Nutrición, Vol.29, Santiago, 2002.

Satriano, C., "Pobreza, Políticas Públicas y Políticas Sociales", en Revista Mad, Vol.15, Santiago, 2006.

Schedler, Andreas, ¿Qué es la Rendición de Cuentas?, Instituto Federal de Acceso a la Información Pública, México, D.F., 2004.

Serrano C. Participación social y ciudadanía. Un debate del Chile Contemporáneo. Texto preparado para la División de Estudios del Ministerio de Planificación y Cooperación, Santiago, 1998.

SUBDERE. El Chile descentralizado que queremos. Un proyecto de todos, Santiago, Junio 2001.

SUBDERE. El Chile descentralizado que queremos. Hacia un nuevo municipio, Santiago, Diciembre 2002.

Ministerio Secretaría General de Gobierno. División de Organizaciones Sociales, Agenda Pro Participación ciudadana 2006-2010, Santiago 2008 en www.participemos.cl

Subirats, J., "Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración", en Serie Administración General, Colección Estudios. Ministerio de las Administraciones Públicas, Madrid, 1994.

Tamayo, E., "El Análisis de las políticas públicas", en Bañón, R. y Carrillo, E. (compiladores), La Nueva Administración Pública, Alianza Editorial, Madrid, 1997.

Valdés A. y Provoste P., Democratización de la gestión municipal y ciudadanía de las mujeres: sistematización de experiencias innovadoras. En *www.ciudadania.uchile.cl/docs/dcto3valdesprovoste.doc*

Varas A., “La (Re) construcción democrática del espacio público”, en La propuesta ciudadana. Una nueva relación sociedad civil- Estado, Catalonia, Santiago, 2006.

www.asesoriasparaeldesarrollo.cl

www.expansiva.cl

www.innocacionciudadana.cl

www.minsal.cl

www.paho.org

www.participa.cl

www.participemos.cl

www.sinim.cl

www.subdere.cl