



ROL DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LAS MEJORAS DE LOS
PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN, MEDIANTE EL CONTROL
CIUDADANO Y EVALUACIÓN DE LOS PROGRAMAS PÚBLICOS: CASO
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGÍSTER EN GOBIERNO Y
GERENCIA PÚBLICA

FELIPE VILLARROEL SOTO

PROFESOR GUÍA
OSCAR LANDERRETCHE GACITÚA

SANTIAGO DE CHILE
NOVIEMBRE de 2019

AGRADECIMIENTOS

Deseo agradecer al Señor por su protección y guía para concluir este proyecto.

De la misma forma, quiero agradecer a mi familia por su apoyo y comprensión en los momentos difíciles y compañía en los momentos más alegres.

Así mismo, mi gratitud a mi profesor guía PhD Oscar Alfredo Landerretche Gacitúa por su dedicación y exigencia durante la investigación.

De igual manera, agradezco a las personas entrevistadas que contribuyeron a la investigación.

Finalmente quiero agradecer al Servicio de Salud O'Higgins de Chile, a la Subdirección de Gestión y Desarrollo de Personas, al Departamento de Desarrollo Organizacional, especialmente a la jefatura de esta última, Don Leonardo Carrasco Díaz, por su apoyo permanente en el desarrollo de esta investigación y realización de este Magíster.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	1
<u>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN</u>	<u>2</u>
1.1. PRESENTACIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	2
1.2. OBJETIVOS, PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	5
1.3. METODOLOGÍA	6
<u>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</u>	<u>9</u>
2.1. EL CICLO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	9
2.2. PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LOS PROCESOS DE IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	12
2.3. PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LAS DEMOCRACIAS DEL SIGLO XXI: MARCO TEÓRICO Y TRATADOS INTERNACIONALES.....	15
2.4. PRINCIPIOS EN LA POLÍTICA PÚBLICA EN LOS SISTEMAS DE SALUD.....	17
2.5. PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LOS PROCESOS DE CONTROL CIUDADANO EN EL CUMPLIMIENTO DE ESTÁNDARES DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA.....	18
2.6. RELEVANCIA DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.....	21
2.7. ESTUDIOS COMPARATIVOS DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LATINOAMÉRICA.....	23
2.7.1. PERÚ	23
2.7.2. MÉXICO	26
2.7.3. ESPAÑA	29
2.7.4. PORTUGAL.....	30
<u>CAPÍTULO III: CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN.....</u>	<u>33</u>
3.1. DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA DE LA INVESTIGACIÓN: REGIÓN DEL LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS.	33
3.2. EL SISTEMA DE SALUD PRIMARIA EN CHILE.....	36
3.2.1. CLASIFICACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS APS	36
3.2.2. CES Y CESFAM.....	36
3.2.3. CECOSF	37
3.2.4. POSTAS DE SALUD RURAL (PSR).....	37
3.2.5. SAPU.....	38
3.2.6. SUR.....	38
3.2.7. SAR.....	38

3.2.8. CONSULTORIO DE SALUD MENTAL (COSAM)	39
3.3. RED ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS.....	39
3.4. PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	42
3.4.1. CENTRADO EN LAS PERSONAS	42
3.4.2. INTEGRALIDAD	43
3.4.3. CONTINUIDAD DEL CUIDADO	43
3.4.4. INTERSECTORIAL.....	44
3.4.5. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD	45
3.4.6. ENFOQUE FAMILIAR	45
3.4.7. CALIDAD EN SALUD	45
3.4.8. ATENCIÓN ABIERTA.....	46
3.4.9 GESTIÓN DE LAS PERSONAS	47
3.4.10. TECNOLOGÍAS.....	47
3.4.11. PARTICIPACIÓN	47
3.5. PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD.....	48
3.5.1. CONSEJOS CONSULTIVOS DE USUARIOS DE LA SALUD (CCU) o CONSEJOS DE DESARROLLO LOCAL (CDL)	49
3.5.2. ELABORACIÓN DE CARTA DE DERECHOS	49
3.5.3. CUENTAS PÚBLICAS	50
3.5.4. DIAGNÓSTICOS PARTICIPATIVOS.....	50
3.5.5. OFICINAS DE INFORMACIÓN, RECLAMOS Y SUGERENCIAS (OIRS) Y SATISFACCIÓN USUARIA	51
3.5.6. MAPAS EPIDEMIOLÓGICOS Y DE RECURSOS COMUNITARIOS.....	51
3.5.7. PRESUPUESTO PARTICIPATIVO.....	51

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN..... 52

4.1. SIGNIFICADO DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA PARA LA GESTIÓN EN SALUD DE LA REGIÓN DEL LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS, CHILE.	52
4.2. ANÁLISIS DE LOS MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA MEJORA DE LOS PROCESOS SALUD EN REGIÓN DEL LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS, CHILE. ...	55
4.3. RESISTENCIAS A LOS MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA PROVENIENTES DEL APARATO DE LA GESTIÓN PÚBLICA.	58
4.4. ANÁLISIS DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LAS MEJORAS DE LA CALIDAD EN SALUD, MEDIANTE EL CONTROL CIUDADANO E IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA.....	61
4.5. OPORTUNIDADES Y AMENAZAS DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LOS DISPOSITIVOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.....	65

<u>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</u>	<u>68</u>
<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>75</u>
<u>ANEXO N°1: PERSONAS ENTREVISTADAS.....</u>	<u>77</u>
<u>ANEXO N° 2 LISTA DE SIGLAS.....</u>	<u>79</u>

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: DEFINICIONES DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA	53
---	-----------

ÍNDICE DE ILUSTRACIÓN

ILUSTRACIÓN 1: MAPA DE LAS PRINCIPALES ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE LA REGIÓN DEL LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS.....	35
ILUSTRACIÓN 2: MAPA DE LA RED ASISTENCIAL DE SALUD, REGIÓN DEL LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS.	41
ILUSTRACIÓN 3: PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA.	48

RESUMEN

La siguiente investigación analiza el rol de la participación ciudadana en la mejora de los procesos de implementación, mediante el control ciudadano y evaluación de los programas públicos de atención primaria de salud. Para ello este estudio argumenta que han existido áreas de mejora en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, en la Región del Libertador Bernardo O'Higgins, comparativamente con las diferentes comunas que integran la Región, gracias a la participación de la comunidad, usuarios y asociaciones civiles. La investigación tendrá un método de investigación cualitativo-descriptivo. Esta investigación resaltará la importancia del concepto de participación ciudadana como un elemento promotor de la democracia e implementación de los programas públicos, cuyo acto es relevante para el mejoramiento de la atención primaria de salud.

SUMMARY

The following research analyzes the role of citizen participation in the improvement of implementation processes, through citizen control and evaluation of public primary health care programs. To this end, this study argues that there have been areas of improvement in the implementation of the Model of Comprehensive Family and Community Health Care, in the Region of Libertador Bernardo O'Higgins, in comparison with the different communes that make up the Region, thanks to the participation of the community, users and civil associations. The research will have a qualitative-descriptive research method. This research will highlight the importance of the concept of citizen participation as a promoter of democracy and implementation of public programs, whose act is relevant to the improvement of primary health care.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Presentación y justificación del problema.

La salud pública es un tema sobre el cual es recurrente leer o escuchar en los principales medios de comunicación del País, estando en evaluación permanente desde los ciudadanos. Han existido aumentos del gasto público en el sector salud, que están en la dirección de incrementar los recursos disponibles para atender a la población, más aún aquella que es usuaria directa de la salud pública. La mejora ha sido permanente en los últimos años, tanto para la construcción (vía licitación) de hospitales de alta complejidad, como también en la gestión de la atención primaria de salud, es decir, postas, servicios de urgencia, Centros de Salud Familiar (CESFAM, CECOSF, COSAM), y consultorios generales.

En el marco de las mejoras en salud pública y la creación de estándares de calidad que rijan la salud, corresponde plantear si la gestión gubernamental en la salud pública debe ser concebida independiente de sus beneficiarios: la ciudadanía. La Ley N° 20.500 Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública, del año 2011, obliga al Estado a crear espacios de participación ciudadana para que ella pueda ser parte de dicho proceso, tanto en la recepción de requerimientos y respuesta con información eficiente y exacta (CLAD, 2009).

El tema para investigar en este trabajo de tesis es el rol de la participación ciudadana y las mejoras en los procesos de implementación de los programas públicos de atención primaria de salud. Concretamente, demostrar que la implementación del “Modelo de Atención Integral de la Salud Familiar y Comunitaria” (en adelante Modelo de Atención Integral), en la Región del Libertador Bernardo O’Higgins, ha mejorado comparativamente desde la promulgación de la Ley N° 20.500, y en su implementación en las diferentes comunas que integran la Región, gracias a la participación de la comunidad, a través de los usuarios y las asociaciones civiles.

La relevancia de investigar este tema se relaciona con el supuesto de que si los usuarios participan organizadamente se facilita una mejor utilización de los recursos disponibles, se reducen las presiones de demanda que no corresponden a los objetivos de la atención primaria y se validan mecanismos de contención complementarios.

Por otro lado, existe la sospecha de que los mecanismos de participación son bastante cosméticos, centrados en el cumplimiento de indicadores exigidos. ¿Cuánto de lo que reciben los servicios públicos desde la ciudadanía se ha plasmado en la implementación y evaluación de la política pública?

La participación ciudadana permite estar más presente en la vida pública y poder incidir mediante el acceso a información. Actualmente existe una Ley

de Participación Ciudadana, sin embargo, continua pendiente responder de qué modo el Estado cambia o cambiará su gestión e implementación de programas públicos gracias a ella.

Desde el Sector Salud, la participación se considera un medio para: (a) El desarrollo de las personas (proveedores y usuarios) como sujetos comprometidos con el cuidado de salud, (b) La creación de comunidades con capacidad de interlocución que actúen solidariamente, (c) El ejercicio de un control social sobre el Sistema de Salud. La participación social apunta a lograr disminuir las brechas de equidad en el acceso en: la oportunidad, protección financiera y calidad de la atención (MINSAL, 2012).

Este trabajo estará centrado en la Atención Primaria, particularmente en los Centros de Salud Familiar (CESFAM). No será objeto de estudio la gestión atención terciaria, es decir, aquella que se desarrolla en hospitales de baja, mediana y alta complejidad.

La innovación de este trabajo radica en que los temas de participación ciudadana están enlazados con iniciativas gubernamentales, a partir de instancias internacionales, entre las cuales se pueden mencionar: (a) Carta Iberoamericana de Participación Ciudadana en la Gestión Pública, Adoptada por la XIX Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno Estoril, Portugal, 30 de noviembre y 1° de diciembre de 2009; (b) La Alianza para el Gobierno Abierto, año 2011, que dentro de sus cuatro principios está la

participación ciudadana; (c) Agenda 2030, para el Desarrollo Sostenible, año 2015, impulsada por la Organización de Naciones Unidas, objetivo dieciséis “paz, justicia e instituciones fuertes”.

1.2. Objetivos, preguntas de investigación.

a) Hipótesis: la participación ciudadana es un mecanismo que ejerce influencia en la mejora de los procesos de implementación y evaluación de los programas públicos de atención primaria de salud, que conlleva a una mayor calidad y gestión estratégica.

b) Los objetivos de la presente investigación son los siguientes:

General:

- Analizar la participación ciudadana en el proceso de implementación de programa público de Modelo de Atención Integral, realizada en la Región del Libertador Bernardo O’Higgins.

Específicos:

- Describir los procesos de participación ciudadana en la Atención Primaria de Salud en la Región del Libertador Bernardo O’Higgins.
- Caracterizar las acciones y/o mecanismos de participación ciudadana actuales en el proceso de implementación del Programa Modelo de Atención de Integral.
- Proponer mejoras en la implementación de mecanismos de participación ciudadana que fortalezcan la aplicación del Modelo de

Atención Integral.

c) Preguntas de Investigación:

1. ¿Cuáles son las acciones ejecutadas desde la participación ciudadana que han significado una mejora en la implementación del Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria?
2. ¿Cuáles son las acciones posibles de ejecutar desde la participación ciudadana, a fin de mejorar la implementación del Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria?

1.3. Metodología

La metodología de aplicación es descriptiva, la cual tiene como finalidad describir las acciones y/o mecanismos concretos de participación ciudadana en la implementación de programas públicos de atención primaria de salud (Modelo de Atención Integral). El objetivo es caracterizar su funcionamiento y procesos principales, mediante una estrategia de investigación acuciosa y desafiante.

El enfoque metodológico por utilizar es cualitativo. El objetivo está vinculado con el levantamiento de la información. Los datos se construirán a través de una muestra de actores seleccionados a partir de los datos proporcionados por el equipo de profesionales del Subdepartamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario del Servicio de Salud O'Higgins,

que estén relacionados con los Centros de Salud Familiar (Directivos, profesionales de la salud, referentes técnicos, representantes de los usuarios) contrastando los niveles de participación ciudadana que sean positivos, comparando con aquellos Centros de Salud Familiar que no han implementado de forma óptima el Modelo de Atención Integral, y por tanto, que sus índices de participación son bajos.

Con la información consolidada se determinarán áreas de mejora en la implementación de acciones, debido al análisis hecho de los actores claves y los datos proporcionados por ellos, comparando los casos exitosos en las distintas comunas que integran la Región del Libertador Bernardo O`Higgins.

Las variables para considerar y que son relevantes son: objetivos estratégicos de participación ciudadana, recursos financieros y físicos destinados a la implementación del Programa Público a investigar, además de aquellos asignados a las instancias de participación ciudadana.

La investigación está basada en dos tipos de fuentes de información:

- a) Secundaria: estudios realizados por la revista especializada de “Cuadernos Médico Sociales, revista de salud pública del Colegio Médico de Chile, Vol.58, N°3, 2018.”
- b) Primaria: información proporcionada por actores: entrevistas semiestructuradas a “*stakeholders*”: representantes de los principales Consejos de Desarrollo Local (CDL) o Consejos

Consultivos de Salud de la Región del Libertador Bernardo O'Higgins, directores y directoras de Atención Primaria de Salud de la Región, Profesionales del Subdepartamento de Participación Ciudadana, Servicio de Salud O'Higgins, Director/a de Cefam, expertos en participación ciudadana en salud, Ministerio de Salud de Chile.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Es importante definir la participación ciudadana en el marco de la democracia y cómo este concepto se desarrolla en los procesos de implementación, control ciudadano y evaluación de políticas públicas, particularmente en valorar el ejercicio del derecho de los ciudadanos a participar en conjunto con el Estado en la implementación y evaluación de programas públicos, en lo que se refiere la salud primaria.

2.1. El Ciclo de las Políticas Públicas

Existen en la literatura especializada una gran cantidad de definiciones acerca de lo que es una política pública. Una de las más compartidas es aquella que la define como cursos de acción y flujos de información que buscan resolver un objetivo público, definido democráticamente por actores públicos y privados, en que se hace responsable el sector público (Lahera, 2002).

La siguiente pregunta para circunscribir el marco teórico acerca de una política pública es entender cuándo se manifiesta la necesidad de una política pública. En extrema síntesis se puede afirmar que a veces las políticas públicas responden a problemas, a demandas, a exigencias efectivas y reales, y a veces ellas mismas configuran problemas, provocando demandas y exigencias desde la ciudadanía (Pasquino, 2011).

El circuito “input-caja negra-output” simplifica un proceso que, como sugirió David Easton, puede verse complicado por las instrucciones de inputs elaboradas dentro la “caja negra” a cargo de las autoridades políticas.

Las respuestas en términos de producción de una política pública se despliegan a través de una pluralidad de etapas. La primera teorización en la materia se remonta al año 1951 con Harold Lasswell, quien clasificó 7 fases:

1. Información, caracteriza por la recopilación de noticias, por la previsión, por la planificación;
2. Iniciativa, caracterizada por la promoción de políticas alternativas;
3. Prescripción, caracterizada por la promulgación de reglas generales;
4. Invocación caracterizada por clasificaciones provisionales de la conducta sobre la base de las prescripciones, incluyendo también las demandas de aplicación;
5. Aplicación, caracterizada por la calificación final de la conducta sobre la base de las prescripciones;
6. Evaluación, caracterizada por la valorización del éxito del fracaso de las decisiones;
7. Cesación, caracterizada por la extensión de las prescripciones y de las instituciones que entraron a formar parte del ordenamiento de las reglas.

“Ya sea expresado por la sociedad o bien identificado y producido por las autoridades políticas, el problema susceptible de solución por medio de una política pública aparece generalmente al principio del proceso, o podría también intervenir cuando el proceso decisorio ya empezó. Una vez identificado como problema, se inserta en la agenda política (Pasquino, 2011, pág. 28). Entonces, empieza el procedimiento que podría llevar a la formulación de las soluciones. Una vez formulada una pluralidad de soluciones posibles, se presenta la delicada tarea de seleccionar sólo una. También el proceso de selección de cualquier política contiene elementos problemáticos y conflictivos. Las autoridades políticas pueden considerar útil proceder a una evaluación, no meramente económica, de las alternativas, aunque fundada en el cálculo de los costos y de los beneficios, y de previsiones de éxito. Por otro lado, en la selección de una alternativa las autoridades políticas encuentran también límites intrínsecos que se derivan de sus preferencias políticas y de sus ideologías. De todos modos, sobre la base de una selección entre las alternativas políticamente aceptables y practicables, se llega por fin a la adopción de una decisión.

Una decisión corre el riesgo de quedar como letra muerta si no es seguida atentamente en su fase de aplicación. A veces las autoridades políticas pueden considerarse satisfechas por el simple hecho de haber prestado atención a las demandas sociales. A menudo las autoridades

políticas se desinteresan de la aplicación de políticas públicas, de la implementación, precisamente porque no están interesadas en darle seguimiento a la decisión, o bien están más o menos dolorosamente conscientes de no poseer las herramientas necesarias (Pasquino, 2011).

“El proceso llega así a su última fase, que en los mejores casos es la de evaluación de la política pública. Numerosos son los criterios según los cuales una política pública puede ser evaluada. Se trata de criterios con demasiada frecuencia subestimados por la capacidad de aquella política de alcanzar los objetivos planteados” (Pasquino, 2011, pág. 32).

La evaluación permite supuestamente corregir el diseño de las políticas. En otras palabras, trata de: 1) conocer el objetivo central de la política, 2) fijar criterios previos de evaluación claros, 3) describir lo que ha pasado y si los resultados se adecuan a lo esperado, 4) entender por qué se han producido los resultados registrados y 5) prescribir consejos para mejorar el programa (nada, pocos o muchos) (Harguindéguy, 2013).

2.2. Participación ciudadana en los procesos de implementación y evaluación de las políticas públicas.

“La implementación consiste en transitar un sendero que conduce desde el mundo simbólico de quienes toman decisiones, planificadores y productores de conocimiento, al más incierto y resistente de realidades sociales

cristalizadas en escasez de recursos, relaciones de poder, conflictos de valores, resistencias, retraimiento y pasividad” (Cortazar, 2007, pág. 96).

Los protagonistas de la participación (la población, sus organizaciones u otras entidades) pueden ser convocados para: a) suministrar o procesar información sobre la situación enfrentada o los contenidos (objetivos, acciones, contribuciones esperadas, etc.) del programa, b) emitir opiniones o expresar preferencias sin carácter vinculante para asegurar la viabilidad técnica, la legitimidad social, el control social o la eficiencia operacional, c) intervenir plenamente en los procesos decisorios. De estas tres modalidades de participación –informativa, consultiva y de decisión– solo la última implica un otorgamiento efectivo de facultades (empoderamiento), con distribución de poder y transferencia efectiva de capacidad decisoria a los representantes de la población receptora (Cortazar, 2007).

La participación puede tener lugar en instancias como: a) la identificación de necesidades, la formulación de diagnósticos y el planteamiento de demandas, b) la identificación de objetivos y prioridades, c) el diseño del proyecto o programa y sus decisiones estratégicas d) la programación de las acciones, e) la asignación de recursos, f) la ejecución y administración de los recursos y la conducción/realización de las actividades, y g) el seguimiento y la evaluación. Desde ya, se debe afirmar que un programa es plenamente participativo cuando la población o las

organizaciones comunitarias intervienen con capacidad decisoria en todas sus instancias o niveles (Cortazar, 2007).

Un gobierno participativo promueve el derecho de la ciudadanía a ser parte en la implementación de las políticas y a facilitar para que la administración pública se beneficie del conocimiento, las ideas y la experiencia de los ciudadanos. Se promueve así la creación de espacios de encuentro y diálogo que favorezcan el protagonismo, el involucramiento y la deliberación de los ciudadanos en los asuntos públicos (Naser, Rosales, & Ramirez-Alujas, 2017).

Cuando los ciudadanos disponen de información transparente y el Estado promueve activamente la participación ciudadana, emergen las condiciones para fundar una ciudadanía activa que participe en la visión y la vida del país, involucrándose en los problemas públicos. Ello supone acceso a la información, participación y justicia. Se trata entonces de una nueva forma de gobernar para, con y a través de los ciudadanos, que fortalece precisamente esa nueva ecuación entre el Estado, el mercado y la sociedad (Naser, Rosales, & Ramirez-Alujas, 2017).

La acción pública se tiene que construir junto con la población a la que va dirigida. Debido a esto es que un programa gubernamental tiene que nacer a partir de un proceso de democracia participativa que permita incluir las quejas y las demandas locales. De esta forma el proceso de implementación

podría ganar eficacia, es decir, el gasto público estaría más focalizado y se ejecutaría con mayor responsabilidad, por tanto, ganando legitimidad desde la ciudadanía (Naser, Rosales, & Ramirez-Alujas, 2017).

2.3. Participación ciudadana en las democracias del siglo XXI: marco teórico y tratados internacionales.

La democracia es un concepto que posee variadas acepciones. Norberto Bobbio la define como el “conjunto de reglas procesales de las que la principal, pero no la única, es la regla de la mayoría” (Bobbio, 1999, pág. 28).

El autor destaca las reglas como garantes de la distribución del poder político en la mayoría de los ciudadanos, por tanto, al definir la “democracia”, la representación de los ciudadanos es una condición relevante al momento de clasificarla. Sin embargo, el ejercicio del poder político y de la configuración de las políticas públicas, no lo ejercen los ciudadanos directamente, sino que es delegado a quienes lo representan, ejerciendo la soberanía como actividad pública, resolviendo problemas de los ciudadanos a través de las instituciones del Estado.

Si bien existe un consenso de que las elecciones son el medio para lograr la legitimidad de origen de los representantes, uno de los mayores desafíos de los gobiernos radica en construir su legitimidad en el ejercicio de

la democracia. “Un Estado que funciona, una “democracia que entregue” y que pueda atender y responder de manera transparente eficiente y efectiva a las demandas ciudadanas es un elemento esencial para el fortalecimiento de la legitimidad de los gobiernos democráticamente electos, cualquiera sea su orientación político-ideológico o sus objetivos nacionales estratégicos” (Bobbio, 1999, pág. 38)

En lo que respecta la Carta Iberoamericana de Participación Ciudadana en la Gestión Pública, año 2009, esta señala que la participación ciudadana en la gestión pública es consustancial a la democracia. Los principios democráticos de la representación política deben complementarse con mecanismos de participación de la ciudadanía en la gestión pública, que permitan expandir y profundizar la democracia y su gobernabilidad. La participación ciudadana en la gestión pública refuerza la posición activa de los ciudadanos y las ciudadanas como miembros de sus comunidades, permite la expresión y defensa de sus intereses, el aprovechamiento de sus experiencias y la potenciación de sus capacidades, contribuyendo de esta manera a mejorar la calidad de vida de la población.

Desde el punto de vista de los gobiernos la participación ciudadana en la gestión pública ayuda a abordar los conflictos y a propiciar acuerdos, así como a aumentar la legitimidad y efectividad de las decisiones (CLAD, 2009).

2.4. Principios en la política pública en los sistemas de salud.

Algunos principios que incluyen apartados relacionados con el derecho a la salud, que se han materializado por medio de actos legales y normativos, han contribuido a la definición de las políticas públicas en la atención de salud. El derecho a la salud ha sido definido a partir del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Culturales y Sociales (PIDECS), que entró en vigor el año 1976, el cual en su Observación General 14 del año 2000, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, estableció que el derecho a la salud abarca cuatro elementos esenciales e interrelacionados: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. El derecho a la salud incluye: la no discriminación por raza, sexo, color, idioma, religión, la equidad; la participación auténtica; el acceso a recursos efectivos para obtener su recuperación. Posee una dimensión individual relacionada con la asistencia sanitaria, y una dimensión colectiva que contiene elementos de carácter asistencial, promoción y prevención y las demás intervenciones en relación con la salud pública, estableciendo tres tipos de obligaciones estatales: respeto, protección y satisfacción, definiendo el contenido del Mínimo Esencial que, en el caso de salud, se refiere al acceso universal a bienes y servicios de salud, medicamentos esenciales, asistencia médica y sanitaria preventiva y curativa, a un plan nacional de salud pública, entre otros (Marín & Cabrera Arana, 2008).

La Declaración de los Objetivos del Milenio (ODM), aprobada el año 2000, por las Naciones Unidas, en lo que respecta salud, se refiere: (1) Promover la intersectorial e interinstitucional. La salud es un fenómeno multidimensional que requiere de estrategias intersectoriales; (2) Mejorar la equidad y extender la protección social en materia de salud; (3) Incrementar y hacer más progresivo el gasto corriente y de inversión en salud. Replantear los temas de financiamiento y de eficiencia y efecto distributivo del gasto; (4) Mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud. Implementar programas específicos, entre otros de salud sexual y reproductiva, de control de las enfermedades infecciosas, así como el desarrollo de los sistemas y servicios de salud.

2.5. Participación ciudadana en los procesos de control ciudadano en el cumplimiento de estándares del sistema de salud pública.

La participación ciudadana en el proceso de control de la gestión del Estado, relacionado con el monitoreo permanente sobre el cumplimiento de estándares normativos y de calidad, es un tema que en Chile se ha instaurado institucionalmente de forma muy débil. Si bien es cierto, Chile cuenta con una Ley de Participación Ciudadana, la Ley 20.500, año 2005, la ley no contempla mecanismos de participación en el proceso de control ciudadano de la operación de los servicios que entrega el Estado.

En este sentido, el control ciudadano de la gestión misma se puede

resumir en el mundo anglosajón con el concepto de “ombudsman”, el cual algunos países Latinoamericanos lo han adoptado como un aspecto principal de la operación y fiscalización de las instituciones (Castañeda, 2015). Las oficinas “ombudsman” son espacios de diálogo, concertación y control de los Estados, “siendo instituciones nacionales de promoción y protección no jurisdiccional de los derechos humanos, cuyos titulares se identifican con el término “ombudsman” (Castañeda, 2015, pág. 14). Estas instituciones reciben diversos nombres según el país de origen, como son: Defensoría del Pueblo (España), Procuraduría de los Derechos Humanos (Guatemala), Comisión Consultiva de los Derechos Humanos (Francia), o Comisión de los Derechos Humanos (México). Algunos elementos similares que tienen las instituciones de Ombudsman en la Región son no estar sujeto a formalismos jurídicos para la atención de casos, la gratuidad de sus servicios y la autonomía institucional, pese a ser una institución estatal.

En el caso de Inglaterra, existe el “*Parliamentary and Health Service, Ombudsman*”, que es un órgano fiscalizador que toma decisiones sobre quejas que no han sido resueltas por el *National Health Service*, (Servicio Nacional de Salud), en los departamentos gubernamentales de Inglaterra y el Reino Unido (GOV.UK., 2019). Se analizan las quejas cuando un usuario considera que se ha actuado inadecuadamente, o han prestado servicios deficientes. Si este Servicio decide que la organización está equivocada, éstos hacen

recomendaciones para corregirlas, lo cual puede incluir explicaciones, disculpas y recomendaciones para que el servicio aprenda y mejore (GOV.UK., 2019).

Una institución fiscalizadora en el Sector Salud en Chile es la Superintendencia de Salud. Sin embargo, sus atribuciones están más enfocadas en la regulación del sistema de salud privado, por lo cual, se deduce que aquello que corresponde fiscalizar, es decir, la posibilidad de control ciudadano sobre la administración estatal, y en especial sobre las empresas privadas que administran servicios públicos, es prácticamente nula. Hay una débil relación entre ciudadanía y ejercicio de las funciones públicas, y escasos canales institucionales de los ciudadanos hacia los servicios estatales, lo que fomenta la discrecionalidad. Un Ombudsman o Defensor puede constituirse en un colaborador en la revisión y evaluación de las políticas públicas en cuanto afecten derechos ciudadanos, y en tal sentido es un orientador hacia las autoridades de gobierno y poderes legislativo y judicial (Dazarola & Alvarez , 2005).

Se requieren canales de comunicación permanente con los ciudadanos, a fin de que sean estos los que proporcionen en parte los lineamientos para ejecutar un control ciudadano productiva y así ejecutar un control sobre aquellas personas naturales y/o jurídicas a las que el Estado también les delega funciones.

2.6. Relevancia de la participación ciudadana en la Atención Primaria de Salud.

En lo que respecta la participación ciudadana en salud, la Declaración de Alma-Ata (1978), en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, definió la participación en salud como el control y la toma de decisiones por parte de la comunidad, en tal sentido como la estrategia fundamental de la Atención Primaria de Salud (APS). El modelo APS se consolida en los años ochenta con el fortalecimiento de los sistemas locales de salud que trabajan en base a la estrategia de atención primaria en el marco de la transformación de los sistemas nacionales de salud.

La participación ciudadana se considera una estrategia básica para la consolidación del sistema democrático, la construcción de ciudadanía y el capital social, el logro del bienestar, la inclusión e integración social mediante el ejercicio de los derechos de las personas (MINSAL, 2012).

El Ministerio de Salud orienta a que la comunidad avance en la participación continua en todo el ciclo de desarrollo de las políticas públicas y, particularmente, en el proceso de planificación local (diagnóstico, programación, ejecución y evaluación) que se expresa en el Plan de Salud Comunal. Esto supone, al momento de la programación, generar los espacios y destinar recursos necesarios.

La participación permite la construcción de una ciudadanía capaz de identificar sus problemas y necesidades, establecer sus prioridades, elaborar propuestas y contribuir a la toma de decisiones. La participación ciudadana no solo beneficia las metas, pues si se lleva a cabo adecuadamente, es una vía de acción, capaz de aportar al desarrollo del capital social de la comunidad, que implica el aumento en los grados de confianza entre sus miembros, capacidad de asociarse, compromiso cívico, y valores éticos positivos, que crecen con la participación. Desde el enfoque de derechos, implica considerar a la participación, como una vía encaminada al logro de la disminución de las desigualdades en salud, inserto en los objetivos nacionales de salud, en la medida que “las inequidades en salud se deben abordar a partir de las desigualdades en la distribución del poder, el prestigio y los recursos entre los grupos de la sociedad” (MINSAL, 2012, pág. 87).

El Ministerio de Salud define las instancias de participación como espacios formales tales como Consejos de Desarrollo Local (CDL), Consejos Consultivos de usuarios u otras denominaciones, de acuerdo con las realidades locales. Estos son creados con el objeto de facilitar el control social de la gestión pública, contribuyendo al buen funcionamiento de los establecimientos de salud y a dar respuestas adecuadas a las demandas de los usuarios. Están formadas por representantes de las organizaciones comunitarias del territorio.

2.7. Estudios Comparativos de la Participación Ciudadana en la Atención Primaria de Salud en Latinoamérica.

En la mayor parte de los países Latinoamericanos se han instaurado una institucionalidad democrática, con ciertos instrumentos de participación ciudadana disponibles para el ejercicio de la población. En este sentido, se ha incluido en este apartado, una revisión de casos comparativos sobre la participación ciudadana en la salud pública, centrándose en la importancia de dicha participación en las reformas de los sistemas de salud en alguno de estos países, destacando los principales desafíos que surgen desde las experiencias de cada uno de ellos, enfatizando las diferentes formas de participación institucionalizada y no institucionalizada en las respectivas naciones.

2.7.1. Perú

La experiencia comparada consiste en el diseño, la incorporación en la agenda de política sectorial y el desarrollo del Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud (PAC) del Ministerio de Salud del Perú, entre los años 1994 y 1999. En este Programa se conformaron asociaciones civiles sin fines de lucro y bajo régimen privado de administración, los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS). El PAC representó un giro importante en los enfoques tradicionales de participación en las instituciones públicas de salud. Involucró, por vez primera en el sector salud, a

representantes ciudadanos en la toma de decisiones y gestión directa de las acciones y recursos de salud en el primer nivel de atención. En 1994, el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) implementó este Programa, desconcentrando la gestión de los establecimientos de salud a nivel distrital (Frisancho Arroyo, 2006). “¿Cómo funciona un CLAS? Las comunidades solicitaban a la autoridad de salud regional la conformación de un CLAS, eligiendo a sus representantes, quienes, unidos al jefe del establecimiento de salud, cogestionaban el servicio. Los CLAS elaboraban, ejecutaban y evaluaban un Programa de Salud Local (PSL) anual, definiendo objetivos y actividades de prestación de servicios de salud. Los CLAS podían contratar y evaluar al personal de salud, así como adquirir bienes y servicios necesarios para el cumplimiento del PSL” (Frisancho Arroyo, 2006, pág. 9). Para marzo de 1994, se creó un sistema para establecimientos del primer nivel de atención que formalizaba la participación de los ciudadanos, con un sistema que se sustentaba en las normas del sector privado para la contratación de personal y manejo de recursos y adquisiciones, permitiendo así una función fiscalizadora del Estado real, una mayor productividad de los recursos entregados, una ordenada y consciente participación de la comunidad, considerando la toma de decisiones en el nivel local. Es así como surgió el Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud (PAC). Un aspecto al que se prestó atención fue al papel de la mujer en la vida

comunitaria. Se promovió así la elección de mujeres en la composición de las directivas de los primeros CLAS. Asimismo, la posibilidad de designar directamente a tres de los integrantes permitió seleccionar como integrantes de los directorios de los CLAS a profesores, párrocos, promotores de salud, personas con influencia en la comunidad y que habían demostrado su compromiso con la salud de la localidad. El proceso de diseño de un programa nacional, que adoptara los modelos de cogestión de los servicios públicos de salud del primer nivel de atención, tuvo un inicio auspicioso: el equipo encargado contó con apoyo político al más alto nivel de decisión, alta discrecionalidad para la formulación e implementación de su propuesta, recursos suficientes y aceptación social al inicio de la implementación (Frisancho Arroyo, 2006).

¿Cuáles fueron las alternativas que analizó el equipo encargado de diseñar una propuesta que “mejorase la gestión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, incrementando el acceso y la calidad de los servicios”? Es base en su experiencia personal, en la tradicional experiencia peruana en participación social en salud y en recientes experiencias de control social y cogestión de recursos públicos, los responsables del diseño de la propuesta decidieron que la participación comunitaria se volviese uno de los ejes de la propuesta. El otro eje sería la incorporación de herramientas propias de la administración privada para un mejor funcionamiento de los servicios

públicos de salud. A este respecto, la experiencia previa de parte del equipo con las potencialidades de la participación social y esquemas de administración de personal de régimen privado podrían haber contribuido al diseño final de la propuesta presentada al Ministro de Salud (Frisancho Arroyo, 2006, pág. 26).

2.7.2. México

El sistema de salud mexicano apostó por la atención primaria a la salud, desde los años setenta, incluyendo el elemento de la participación ciudadana, siendo una estrategia que garantizaba la implementación, sostenibilidad y éxito de los programas que se gestionaban a nivel nacional. Ejemplo de participación ciudadana en el sistema mexicano de salud, está el Programa de Extensión de Cobertura y Programa Comunitario Rural, el que se diseñó en la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1977, donde se reconoció que había necesidades en salud complejas y otras que eran elementales, así que proponía resolver problemas y generar desarrollo comunitario, desde la complejidad y con estrategias simples y de bajo costo. Esta estrategia representó la idea de llevar la atención en salud básica en zonas rurales, que se encontraban más alejadas de las unidades médicas del Sistema Nacional de Salud, significando un vínculo entre la comunidad y los servicios médicos (Nuñez, Gonzalez Block, Kageyama Escobar, & Hernandez Prado, 2009).

Administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, en 1979 se inició un modelo integral de atención a la salud denominado IMSS-COPLAMAR, que posteriormente se convirtió en IMSS-SOLIDARIDAD y en el 2002 recibió el nombre IMSS-OPORTUNIDADES. En un inicio básicamente consistía en capacitar a las personas de la comunidad para la atención en salud de sus propias comunidades, dentro de las capacidades a desarrollar estaban: (a) Identificar las enfermedades más frecuentes en sus localidades, así como sus causas, (b) Actividades encaminadas a reducir la morbo-mortalidad por esas causas, (c) Evaluar los resultados y decidir si continuar o modificar el programa. Dentro de los principales logros que se reportaron para este programa fue la reducción de la demanda de consulta, incremento en las infecciones del aparato gastrointestinal, mejor control durante el embarazo, decremento de las complicaciones neonatales y en el puerperio y malnutrición (Nuñez, Gonzalez Block, Kageyama Escobar, & Hernandez Prado, 2009).

La mortalidad materna se ha reconocido como un problema del subdesarrollo en el ámbito global, razón por la cual su disminución se convirtió en una prioridad para las Naciones Unidas y se incluyó como uno de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio. Como país participante en esta iniciativa, el gobierno mexicano se propuso reducirla en 35% durante el periodo de 2001 a 2006, mediante la institución del programa Arranque Parejo en la Vida (APV), creado en 2001 para atender desafíos de salud materna en estados de alta

prioridad (Nuñez, Gonzalez Block, Kageyama Escobar, & Hernandez Prado, 2009).

En el 2001 con el fin de acrecentar la credibilidad y la confianza en las instituciones, el Estado implemento un mecanismo de “*feedback*”, denominado “Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud” cuyos objetivos eran promover el trato digno a los usuarios, mejorar aspectos técnicos de la atención así como garantizar el abasto oportuno de medicamentos. Surgió la figura del “Aval Ciudadano” representado por miembros de la comunidad, grupos definidos o bien organizaciones de la sociedad civil, cuyo papel fue avalar las acciones a favor del trato digno y la mejora en la calidad de la atención llevada a cabo (Nuñez, Gonzalez Block, Kageyama Escobar, & Hernandez Prado, 2009).

La red del APV está integrada por los servicios de salud y los servicios de apoyo social. La red de servicios de salud incorpora la atención desde el primer nivel, incluyendo las parteras, brigadas, unidades de salud y unidades móviles. Por su parte, la red de apoyo social inicia sus acciones desde la comunidad con la promoción entre la población de estilos de vida saludables, involucrando también a las autoridades municipales y grupos organizados de la comunidad, para la referencia a la Clínica que corresponda. Las acciones del APV relacionadas con la participación comunitaria se concibieron para promover la vinculación de comunidades y autoridades locales con los

servicios de salud, con objeto de instalar y operar transporte y posadas para la atención a las mujeres embarazadas (Nuñez, Gonzalez Block, Kageyama Escobar, & Hernandez Prado, 2009).

2.7.3. España

Como una forma de legitimar la participación de los ciudadanos en la elaboración de la política nacional de salud, la Ley de Cohesión y Calidad creó el Comité Asesor sobre Participación en el Consejo del Sistema Nacional de Salud, dependiente del Ministerio de Salud, compuesto por representantes de la Administración General de Salud y las Comunidades Autónomas, organizaciones empresariales y sindicatos, pero excluyendo a los representantes de los pacientes y usuarios de los servicios de salud. A nivel nacional, un ímpetu inicial para la participación fue la implementación de un nuevo modelo de atención primaria basado en medicina familiar y comunitaria, a partir de 1990. El programa se basó en la identificación conjunta de las necesidades de salud con la comunidad y la evaluación de los resultados. Sin embargo, un estudio concluyó posteriormente que solo el 6% de los centros de salud desarrollaban actividades participativas. La heterogeneidad, la participación limitada de las asociaciones y las organizaciones de la sociedad civil y el insuficiente apoyo de las administraciones públicas también se identificaron como debilidades en este proceso participativo (Matos & Serapion, 2017).

Para fortalecer la participación de los usuarios, en 2007 la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha desarrolló un nuevo modelo para la participación en la toma de decisiones en la ciudad de Puertollano. Se crearon tres nuevos mecanismos de participación como parte de esta estrategia: el Foro de Salud (compuesto por representantes de asociaciones y usuarios individuales); el Consejo Participativo y Administrativo, un foro mixto compuesto por representantes de asociaciones pertenecientes al Foro de la Salud y representantes de administradores y profesionales de la salud; y el Foro Virtual. Una característica positiva del nuevo modelo fue que los intereses de los ciudadanos y el tejido asociativo local estaban involucrados en el proceso. Sin embargo, el mecanismo ha recibido algunas críticas, especialmente la falta de capacitación necesaria para participar en el proceso, que es no provisto por los respectivos niveles de autoridad, además de la necesidad de una mayor participación de los responsables políticos. A pesar de las evaluaciones positivas posteriores a los años iniciales de implementación del modelo, un cambio en la administración del gobierno regional en 2011 paralizó esta experiencia (Matos & Serapion, 2017).

2.7.4. Portugal

En el caso de Portugal, la Ley de Pautas de Salud de 1990 y el estatuto del Servicio Nacional de Salud de 1993 definen la participación de asesores

en varias áreas y niveles del sistema. Un ejemplo son las juntas del hospital, en las que un comité asesor incluye a un representante de la asociación de usuarios, y en el nivel de atención primaria la creación de un consejo asesor para promover la participación pública. Sin embargo, la participación sigue siendo en gran medida limitada a la legislación. La baja participación de los ciudadanos en el sistema de salud y la “fuerte influencia de los grupos de interés estructurados” son factores que explican el desequilibrio de poder dentro del sistema, lo que contribuye a la falta de discusión política y al pluralismo en la formulación de políticas de salud.

Varias iniciativas han intentado promover la participación ciudadana: (a) la creación de un Observatorio en cada una de las cinco administraciones regionales, con el objetivo de mejorar los servicios y promover la satisfacción del usuario; (b) creación de líneas telefónicas directas entre pacientes y médicos; (c) formalización de trámites para demandas y reclamos; (d) creación de consejos consultivos con la participación de los usuarios, orientados a apoyar la gestión de los centros de salud y hospitales desde la perspectiva de los usuarios del servicio.

Más recientemente, el Decreto-Ley 28/2008 estableció los Grupos de Centros de Salud (ACES) con el objetivo de reducir las desigualdades en salud y superar la marginación de la atención primaria. Este decreto estableció los Consejos Comunitarios para fomentar la participación de diferentes actores

locales en la toma de decisiones y la organización de los servicios de salud (Matos & Serapion, 2017).

Las barreras al funcionamiento de los Consejos Comunitarios han incluido la inercia en la selección de representantes, la influencia excesiva de las autoridades locales en el proceso participativo y la falta de asociaciones de usuarios para participar en los Consejos. El problema más crítico es la persistente y limitada presencia de asociaciones de usuarios en las áreas de trabajo del ACES (Matos & Serapion, 2017).

En Portugal, las asociaciones de pacientes han comenzado a desempeñar un papel importante en la participación en la salud, con un papel sumamente relevante en la representación y defensa de los pacientes. Dada la ausencia de canales institucionales capaces de promover la participación regular, como se destaca en los dos últimos. En los planes nacionales de salud (2004-2011 y 2012-2016), el papel desempeñado por estas asociaciones en los procesos de toma de decisiones en materia de salud ha demostrado ser esencial, especialmente porque ha ejercido una presión cada vez mayor desde 2000 para abrir el proceso de toma de decisiones en materia de salud a su participación, valorando su especialidad. Algunos estudios en Portugal resaltan el activismo en el movimiento asociativo en el VIH / SIDA, la diabetes, la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, las hepatitis y las enfermedades raras y en defensa del parto humanizado (Matos & Serapion, 2017).

CAPÍTULO III: CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Delimitación Geográfica de la Investigación: Región del Libertador Bernardo O'Higgins.

La Región del Libertador Bernardo O'Higgins (VI) se localiza en la macrozona central del país, aproximadamente entre los 34° y los 35° de latitud sur. Abarca una superficie de 16.387,00 km², representando el 2,2% del territorio nacional continental. Sus límites son por el norte la Región Metropolitana de Santiago y por el sur la Región del Maule, al oeste con el Océano Pacífico y al este con la Cordillera de Los Andes. Posee el relieve característico de la región, con un clima templado de tipo mediterráneo. Su sistema hidrográfico está constituido por ríos y embalses de gran importancia. Su capital regional es Rancagua. La distribución de la población se incrementa en la depresión intermedia, lo que genera la presencia de numerosos poblados y ciudades pequeñas. Según el Censo 2017 la población alcanzaba los 914.555 habitantes y una densidad de 55,81 habitantes por kilómetro cuadrado (Biblioteca del Congreso Nacional, 2019).

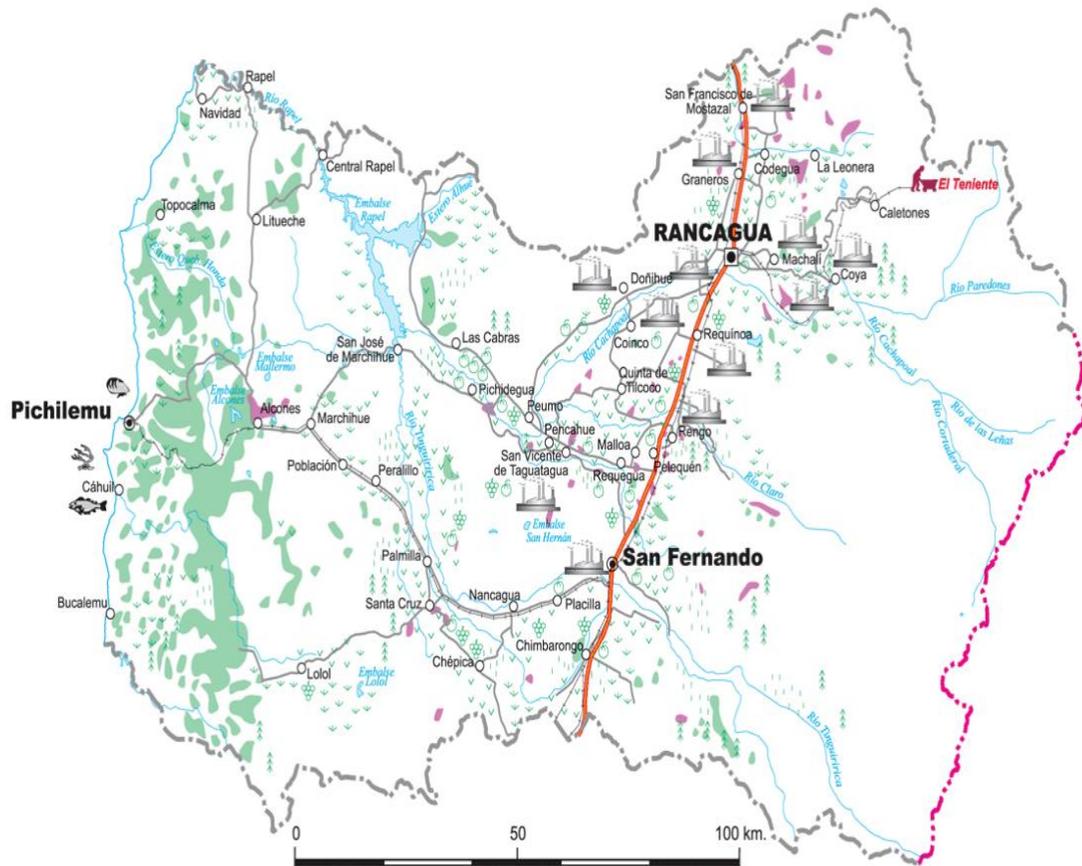
La actividad económica se distribuye en diferentes rubros, destacando la actividad agrícola, la industria de los alimentos y la minería como las más representativas. Para recalcar estas características se puede constatar la presencia de un importante yacimiento de la gran minería del cobre, la mina El Teniente de CODELCO, numerosas empresas transnacionales de productos

hortofrutícolas que poseen plantas de empaque para exportación e importantes plantas agroindustriales, especialmente en los rubros de producción de carnes de aves y en la producción de vinos de exportación.

Por otro lado, la Región de O'Higgins posee características que la hacen ser una zona propia para incentivar los espacios de participación ciudadana, debido a los procesos históricos de sindicalización de los trabajadores del cobre y su cercanía con la capital del país. Pueden existir varios ejemplos: a comienzos del año 2019, alrededor de 150 dirigentes, entre empresas públicas y privadas, estuvieron presentes en el encuentro de "Coaching Dirigentes Sindicales de la Sexta Región", planificado por la Organización Multisindical O'Higgins. Fueron 10 las comunas de la Región las que estuvieron representadas por los dirigentes sindicales, quienes asistieron para analizar y generar un punto de inicio en el desarrollo de planes estratégicos en nuevas propuestas de sindicalismo, como también en el desarrollo de ideas y proyectos legislativos (Radio Allen, 2019).

Ilustración 1: Mapa de las principales actividades económicas de la Región del Libertador Bernardo O'Higgins.

REGIÓN DEL LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS
ACTIVIDADES PRIMARIAS Y SECUNDARIAS



SIMBOLOGÍA

- | | | | |
|--|------------------------------|--|--|
| | Cobre | | Frutales |
| | Pesca | | Viñas y parronales |
| | Mariscos | | Cultivos anuales |
| | Algas | | Praderas artificiales |
| | Plantaciones de pino radiata | | Praderas naturales |
| | Plantaciones de eucalipto | | Bosques naturales y montes no explotados |
| | Industria | | |

Fuente: Ministerio de Minería, CIEN - CORFO

3.2. El Sistema de Salud Primaria en Chile

La Atención Primaria de Salud (APS) representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público de salud. El objetivo de la Atención Primaria es otorgar una atención equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional, es decir, anticipándose a la enfermedad. La Atención Primaria de Salud es una puerta de entrada resolutive, permanente y responsable de entregar a la población a cargo de los servicios de salud de primer contacto, de tipo promocional, preventivo, curativos y de rehabilitación (Servicio de Salud Metropolitano Norte, 2019).

3.2.1. Clasificación de los Establecimientos APS

Los establecimientos que componen la Red Asistencial de Atención Primaria del País son múltiples, corresponde en su mayoría a distintas variedades de dispositivos. Estos establecimientos tienen el objetivo de entregar una mayor disponibilidad de atención a la población usuaria, posibilitando ejercer cierta selectividad respecto al tipo de establecimiento al que puede ser derivado los pacientes con enfermedades más complejas. Los recintos de atención primaria, estos se dividen entre:

3.2.2. CES y CESFAM

Proporcionan cuidados básicos en salud, con acciones de promoción, prevención, curación, tratamiento, cuidados domiciliarios y rehabilitación de la

salud, y atienden en forma ambulatoria. La diferencia entre un CES y un CESFAM es que en este último se trabaja bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, por tanto, se da más énfasis a la prevención y promoción de salud, se centra en las familias y la comunidad, da importancia a la participación comunitaria, trabaja con un equipo de salud de cabecera que atiende a toda la familia en salud y enfermedad durante todo el ciclo vital y con estas acciones pretende mejorar la calidad de vida de las personas (Servicio de Salud Metropolitano Norte, 2019).

3.2.3. CECOSF

Centro Comunitario de Salud Familiar, tiene por finalidad mejorar la salud de las personas en su territorio, planificando participativamente, realizando acciones basadas en el diagnóstico, planificación y evaluación con participación, basándose en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (Servicio de Salud Metropolitano Norte, 2019). Los CECOSF entregan prestaciones de salud desconcentrados de los CESFAM, entregando parcialmente las prestaciones, con una atención máxima a 5000 personas, ejecutando acciones de tipo promocional y preventivo.

3.2.4. Postas de Salud Rural (PSR)

Brinda atención que cubre las necesidades de salud de sectores de población rural. Preferentemente de fomento y protección de la salud, promoción, prevención, trabajo comunitario en salud y a su vez, recepción y

atención de problemas de salud, derivando a otros establecimientos de la red las situaciones que no pueden ser resueltas en ese nivel y las urgencias que presentan los habitantes de la localidad. Cuentan con un técnico paramédico residente, disponible en forma permanente e inmediata, y con un sistema de comunicación radial con su centro de referencia (Servicio de Salud Metropolitano Norte, 2019).

3.2.5. SAPU

Servicio de Atención Primaria de Urgencias, es un componente de la Red de Urgencias. Atiende Urgencias de baja complejidad. Depende, en forma técnica y administrativa de un CESFAM (Servicio de Salud Metropolitano Norte, 2019).

3.2.6. SUR

Servicio de Urgencia Rural, es un componente de la Red de Urgencias. Atiende Urgencias de baja complejidad. Depende, en forma técnica y administrativa de un CESFAM (Servicio de Salud Metropolitano Norte, 2019).

3.2.7. SAR

Servicio de Atención Primaria de Urgencias de Alta Resolución, es un componente de la Red de Urgencias, similar al SAPU pero con mayor capacidad Resolutiva, dado por tener camillas de observación y toma de exámenes de apoyo diagnóstico. Atiende Urgencias de baja complejidad. Depende, en forma técnica y administrativa de un CESFAM.

3.2.8. Consultorio de Salud Mental (COSAM)

Es un dispositivo del sistema público de salud, que tiene como objetivo dar respuesta a los requerimientos de salud mental de la población. Es un centro de nivel de complejidad secundario, significando esto que entrega atención de especialidad (Departamento de Salud Municipal de Santiago, 2019).

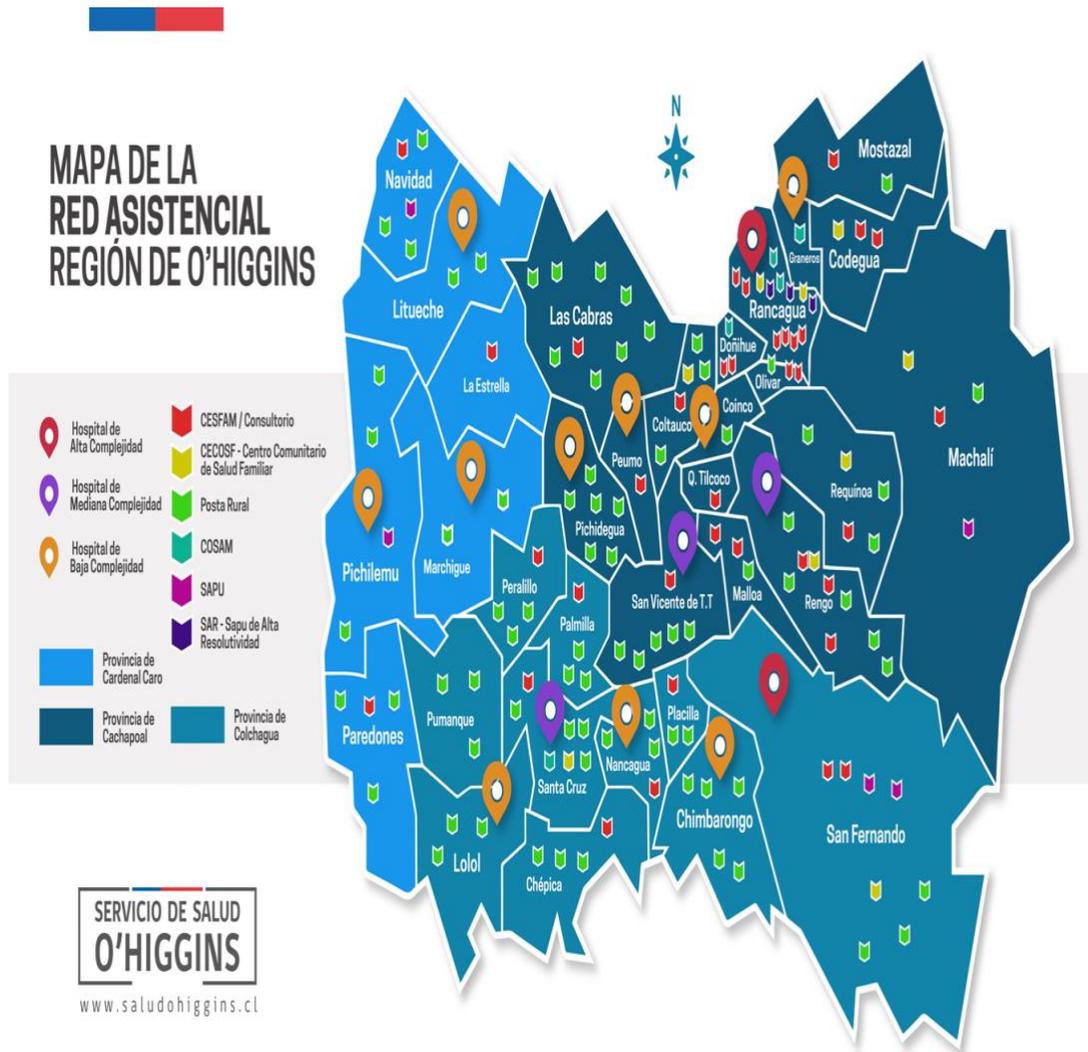
3.3. Red Asistencial de Atención Primaria de Salud, Servicio de Salud O'Higgins.

El Servicio de Salud O'Higgins cuenta con una amplia dotación de dispositivos de salud que atienden a una población de usuarios de la atención primaria, distribuido en una extensa zona geográfica, tanto rural como urbana. Si bien es cierto, la administración de estos dispositivos depende de los gobiernos locales (Municipalidades), desde el punto de vista de la supervigilancia de la salud pública que se imparte, en los lineamientos sanitarios en su tratamiento diario, está gestionada desde el Servicio de Salud correspondiente. La APS municipal posee un marco Jurídico que sustenta los aportes estatales a la salud administrada por los municipios, el que se encuentra en la Ley N° 19.378. Además, el aporte fiscal a la APS se encuentra regulado en la Ley de Presupuestos del Sector Público, Partida 16, capítulo 02, programa 02 de Atención Primaria.

La distribución geográfica de los dispositivos de la Región de O'Higgins está determinada de cierta manera por el universo de población a ser atendida. En la Provincia de Cachapoal, integrada por las comunas de: San Francisco de Mostazal, Codegua, Rancagua, Olivar, Machalí, Requinoa, Doñigue, Coltauco, Rengo, Malloa, Quinta de Tilcoco, Peumo, San Vicente de Tagua Tagua, Pichidegua, Graneros, Las Cabras, Coinco, actualmente cuenta con una dotación de 25 CESFAM/Consultorio, 7 CECOSF, 35 Postas Rurales, 4 COSAM, 1 SAPU, 3 SAR. En la Provincia de Cardenal Caro: constituido por las comunas de Paredones, La Estrella, Navidad, Litueche, Marchigue, Pichilemu posee 3 CESFAM/Consultorio, 12 Postas Rurales, 2 SAPU. En la Provincia de Colchagua, que está constituida por las comunas de Peralillo, Palmilla, Santa Cruz, Placilla, Nancagua, Chimbarongo, Chépica, Santa Cruz, San Fernando, Pumanque, Lolol funcionan 8 CESFAM/Consultorio, 2 CECOSF, 32 Postas Rurales, 1 COSAM, 2 SAPU.

Lo anterior da cuenta de una amplia Red de dispositivos de salud de Atención Primaria para atender una población usuaria de la salud pública, la cual, debe ser entregada con criterios de calidad. En este sentido es que el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, otorga criterios de calidad para ser entregados en los establecimientos de atención primaria.

Ilustración 2: Mapa de la Red Asistencial de Salud, Región del Libertador Bernardo O'Higgins.



3.4. Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria

El Modelo de Atención Integral, su definición ha sido actualizada en las últimas Orientaciones Ministeriales, por lo que es concebido hoy como un “modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer (incluido el intersector) y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales” (MINSAL, 2012, pág. 14).

Los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria son los siguientes:

3.4.1. Centrado en las personas

“Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definir las y priorizarlas, para lo cual se

debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto equipo de salud como usuarios” (MINSAL, 2012, pág. 14).

3.4.2. Integralidad

“El concepto de integralidad ha sido definido desde al menos dos aproximaciones complementarias, una referida a los niveles de prevención y la otra, a la comprensión multidimensional de los problemas de las personas. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano” (MINSAL, 2012, pág. 15).

3.4.3. Continuidad del cuidado

“Desde la perspectiva de los Sistemas de Salud, se destacan tres aspectos de la continuidad de la atención señalados en el documento OPS Redes Integradas de Servicios de Salud (MINSAL, 2012, pág. 16): **(1)** Continuidad Clínica: El grado en que el cuidado del paciente está coordinado a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema y depende fundamentalmente de la condición del paciente y de las

decisiones del equipo de salud. Incluye la integración horizontal (intra e inter-establecimientos de un mismo nivel de atención) y vertical (entre establecimientos de distintos niveles de la red). **(2) Funcional:** es el grado en que las funciones claves de apoyo y actividades tales como gestión financiera, RRHH, planificación estratégica, gestión de la información y mejoramiento de la calidad están coordinadas a través de todas las unidades del sistema, por ejemplo los procesos administrativos y de soporte para la integración clínica (financiamiento, registro clínico, despacho de fármacos, etc.) **(3) Profesional:** disposición de los equipos y coordinación en el proceso de cuidados en términos de los objetivos de la red.

3.4.4. Intersectorial

Es uno de los principios del Modelo de Atención Integral, es una política necesaria para postergar el daño, identificar las medidas correctas y coordinarse con los otros sectores, optimizar el control de los factores, para mantener sana a la población, prevenir enfermedades, recuperar, rehabilitar la salud de las personas y realizar los cuidados terminales. Además, consiste en la coordinación, con otros sectores sociales y gubernamentales, para potenciar los componentes de la calidad de vida, que inciden fuertemente en la salud de la población (Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2005).

3.4.5. Promoción y Prevención en Salud

Desde el Sector Salud, Chile ha definido que la Atención Primaria de Salud con el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar y Comunitario, incorpore elementos estratégicos propios de la Promoción y aspectos asociados a estilos de vida saludable, teniendo un rol preponderante en la reforma de salud para el logro de los objetivos, uno de los cuales es el control de los problemas de salud asociados a Estilos de Vida (Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2011).

3.4.6. Enfoque Familiar

El Enfoque Familiar es uno de los aspectos relevantes de la implementación del Modelo de Atención Integral. “Los equipos que conforman la Atención Primaria de Salud ocupan un lugar privilegiado para comprender e intervenir a las familias dado que toman contacto con ellas en varios hitos de la vida familiar que pueden constituirse como crisis normativas (ejemplo, nacimiento de hijos) y no normativas (ejemplo, diagnóstico de una enfermedad crónica), en actividades consolidadas en los programas de salud y revisadas anualmente” (MINSAL, 2012, pág. 100).

3.4.7. Calidad en Salud

La gestión clínica como estrategia de la eficiencia, de la efectividad y de la calidad de los resultados del trabajo diario en los centros de salud, resulta

relevante en la implementación y desarrollo del Modelo de Atención Integral, modelo que promueve la reorientación de los servicios de salud hacia la calidad. Es difícil entender la gestión clínica como una responsabilidad exclusiva de los profesionales, es necesaria una implicación tangible de la Dirección como facilitadora (de información, tiempo y recursos) y garantizadora de los derechos de ciudadanos y profesionales (MINSAL, 2012).

3.4.8. Atención Abierta

Según el Modelo de Atención Integral (Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2009, pág. 39), este tipo de atención debe considerar: (a) Atención abierta basada en el Plan de Salud Familiar vigente, AUGE y programas especiales como Chile Crece Contigo y programas de refuerzo de la APS; (b) Implementar las estrategias de atención que reflejan los principios del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, las que en términos de prestaciones se traducen en consejerías, estudios de casos de familias, visita domiciliaria integral, atención domiciliaria a postrados, etc.; (c) Rebajar en la programación de cada establecimiento las prioridades locales, emanadas de los diagnósticos de salud participativos considerando la información socio cultural, demográfica y epidemiológica del territorio; (d) Atención abierta de especialidad si corresponde a las necesidades de la población y de acuerdo con la capacidad instalada de la red asistencial del territorio; (e) Evaluar continuamente la

capacidad de respuesta a las necesidades, identidad brechas y generando estrategias de ajuste, en estrecha coordinación con la red comunitaria y asistencial.

3.4.9 Gestión de las Personas

Se refiere a los cambios cualitativos y cuantitativos que se requieren en el recurso humano para efectos de implementar el modelo de atención y mejorar los resultados en salud. “Estos cambios dicen relación con las competencias nuevas y específicas para el modelo de relación y la gestión, tales como hacerse cargo de la población sin ser paternalista, desarrollar la empatía, construir una relación de corresponsabilidad” (Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2009, pág. 70).

3.4.10. Tecnologías

Considera tanto lo relativo a acceso al conocimiento científico actualizado, como a las tecnologías de información y comunicaciones y equipamiento. También debe considerarse la necesidad de ajuste rápido y evaluado del uso de tales tecnologías y su impacto en los resultados en salud y en la necesidad del sistema de salud (Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2009, pág. 70).

3.4.11. Participación

Este es uno de los principales principios del Modelo de Atención Integral,

el cual se tratará en profundidad en el siguiente capítulo.

Ilustración 3: Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.



3.5. Participación ciudadana en la Implementación del Programa Modelo de Atención Integral de Salud

“Los mecanismos de participación en salud se diseñan en base a dimensiones del contexto en el que se va a actuar, las características de la población cuya participación se desea obtener, sus contextos culturales, las

experiencias previamente realizadas con ellas, experiencias que resultaron ser exitosas y las que fracasaron.” (MINSAL, 2012, pág. 90).

Algunos de los mecanismos que han demostrado aportar al desarrollo de la participación comunitaria a nivel local y que se desarrollan en la actualidad:

3.5.1. Consejos Consultivos de Usuarios de la Salud (CCU) o Consejos de Desarrollo Local (CDL)

“Son instancias asesoras de la dirección de los establecimientos de salud, en aspectos vinculados con la gestión y que desarrollan funciones de tipo informativo, propositivo, promotor, consultivo, evaluativo y decisorio. Se caracterizan por estar integrados por representantes del personal de salud (gremios y estamentos) y comunidad organizada, juntas de vecinos, organizaciones funcionales, organizaciones comunitarias de salud, voluntariados, organizaciones de trabajadores, ONG, iglesias, instituciones públicas y privadas, comercio u otras con asentamiento local” (MINSAL, 2012, pág. 90).

3.5.2. Elaboración de Carta de Derechos

"El establecimiento de salud genera espacios de reflexión y construcción conjunta entre directivos, funcionarios, gremios de los trabajadores, representantes de usuarios organizados y no organizados, con el fin de obtener como producto de un acuerdo final, una Carta de Derechos redactada

en forma participativa que dé cuenta de las expectativas de las partes involucradas y, las valoraciones de aspectos vinculados con la relación entre la ciudadanía usuaria y la red pública de salud” (MINSAL, 2012, pág. 73).

3.5.3. Cuentas públicas

La Cuenta pública es la forma en que las autoridades dan cuenta a la ciudadanía respecto de los logros institucionales, el uso de los recursos públicos, satisfacción de las necesidades y expectativas de la ciudadanía y el cumplimiento de las políticas sociales. Se abre un espacio a la participación y el control social. Entre enero y abril de cada año el Director de Servicio y de cada Establecimiento dependiente de Servicio de Salud da cuenta de la gestión del año anterior a la comunidad. De este modo, la cuenta pública es un proceso construido participativamente (MINSAL, 2012).

3.5.4. Diagnósticos Participativos

“Es el proceso conjunto, entre la comunidad y los equipos de salud, que permite identificar y explicar los problemas que afectan a la población de una realidad social, sea esta un territorio o localidad acotada, dentro de la jurisdicción del establecimiento de salud. Dentro de los Objetivos específicos está recoger, organizar y analizar la información que existe a nivel local acerca de la situación de salud de la población, así como la descripción y análisis de los actores sociales y sus redes” (MINSAL, 2012, pág. 93).

3.5.5. Oficinas de Información, reclamos y sugerencias (OIRS) y Satisfacción usuaria

“Se encuentra presente en todos los servicios públicos, reciben y canalizan las solicitudes, reclamos y sugerencias de todos los usuarios y usuarias. Su propósito es contribuir al mejoramiento de la atención de los usuarios y las usuarias en los establecimientos de salud, facilitando el acceso a la información sobre el funcionamiento y los servicios otorgados por el sistema de salud y otros órganos, servicios o empresas del Estado, resguardando los derechos en salud de los ciudadanos y ciudadanas” (MINSAL, 2012, pág. 74).

3.5.6. Mapas Epidemiológicos y de recursos comunitarios

“El mapa epidemiológico, también llamado croquis del área de influencia es una representación gráfica de las principales características del territorio y población bajo la responsabilidad de un centro de salud (MINSAL, 2012, pág. 98).

3.5.7. Presupuesto participativo

“Es una estrategia concreta de Participación Social en las comunas de modo que la ciudadanía pueda conocer, discutir y decidir sobre la inversión de los recursos financieros destinados para estos efectos, en beneficio de la salud de la comunidad” (MINSAL, 2012, pág. 74).

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el siguiente apartado, se han conformado categorías para el desarrollo del análisis y la presentación de los resultados obtenidos. Las categorías, han sido definidas a partir de los datos e información recogida luego de la revisión de las fuentes secundarias, bibliografía y la aplicación de entrevistas a los actores claves que habitan en la Región del Libertador Bernardo O'Higgins. Dicho lo anterior, es preciso recordar que la hipótesis planteada por este trabajo de investigación es que la participación ciudadana es un mecanismo que ejerce influencia en la mejora de los procesos de implementación y evaluación de los programas públicos de atención primaria de salud, que conlleva a una mayor calidad y gestión estratégica.

4.1. Significado de la participación ciudadana para la gestión en salud de la Región del Libertador Bernardo O'Higgins, Chile.

La participación ciudadana es comprendida de manera homogénea por directivos de atención primaria de salud, dirigentes sociales y expertos en participación ciudadana. Es relevante considerar cada una de estas visiones, ya que estas se traducen en cada uno de los dispositivos de atención primaria de salud en la Región. Alguna de las definiciones destacables:

Tabla 1: Definiciones de Participación Ciudadana

Definición	Actores
<p>“participación ciudadana para mí, es que debe haber claramente un diálogo, un intercambio de ideas y finalmente un proyecto en común a lograr, un plan en conjunto, es decir, no hay una hegemonía uno por sobre otro sino que es intercambiar las ideas y se llega a una conclusión, y lo más importante adaptado a la realidad local”.</p>	<p>Directora de Cesfam N°4 Rancagua</p>
<p>“Participación comunitaria en todos los procesos, desde el diagnóstico salud-enfermedad y no solo en un modelo consultivo de participación, esto es muy importante. La idea de participación es que evidentemente las personas sean parte desde el diagnóstico, en encontrar el problema y resolver el problema en conjunto con las personas, ya que son parte del trabajo en la comunidad”.</p>	<p>Experta en Salud Pública</p>
<p>“Nosotros (directivos) queremos escucharlos a ustedes (comunidad), cómo desde ustedes nos ayudan a la gestión que estamos haciendo desde salud, eso era lo que implica el Modelo. Entonces, se tuvo que hacer un cambio, esto de hacer trabajos, de decir: “comprometámonos, esta mesa trabaja en esto, esta mesa trabaja en esto, y tiene que salir un producto”, pero te digo, me resulta tremendamente enriquecedor para la gestión en salud”.</p>	<p>Directora de Cesfam Quinta de Tilcoco</p>
<p>“ahí tienes que establecer si la participación la ves como un fin o cómo un proceso. Si tú lo ves como un fin, efectivamente tú quieres dotar a la comunidad de mayor empoderamiento y articulación para construir su salud. Si lo vemos como un medio, tú ocupas la participación para poder informar, para poder dar requerimiento a un elemento. Pero la participación te ayuda a construir de manera más eficiente y eficaz una construcción en salud, porque aúna miradas, entre más miradas y más aportes, mayor pertinencia tiene la construcción de lo que tú estás haciendo.</p>	<p>Profesional Asesor en Participación Ciudadana, Servicio de Salud O'Higgins</p>
<p>“La Ley lo dice bien claro, cual es la participación del Consejo, incluso nosotros como Consejo (CDL), debemos tener una reunión con la directora y su personal para poder definir las líneas de acción de salud, esto lo dice la Ley”</p>	<p>Presidenta de la agrupación de Unión de Consejos de Desarrollo en Salud (UNICODESA) de Rancagua.</p>

Fuente: Elaboración Propia con base a las entrevistas realizadas.

Existe concordancia, entre aquellas personas entrevistadas, en que la participación ciudadana es beneficiosa para la gestión de los dispositivos de salud primaria. Dentro de los principales aspectos positivos están: facilita los lazos de comunicación entre el Cesfam, la comunidad organizada y los usuarios de la salud, orientando la gestión del Cesfam, identificando problemas sanitarios, de acceso de la salud, además de colaborar en la toma de decisiones directivas, orientado en la gestión de recursos físicos y financieros, potenciando el desarrollo del territorio donde se localiza el dispositivo de salud primaria.

Al volver a revisar la hipótesis planteada, se reconoce que la participación ciudadana es un mecanismo que ejerce influencia en la mejora de los procesos de implementación y evaluación de los programas públicos de atención primaria de salud, que conlleva a una mayor calidad y gestión estratégica. Las mejoras se establecen principalmente con cuatro elementos:

- (1) canalización de información de salubridad hacia la población y usuarios de los Cesfam,
- (2) eficacia en el uso de recursos e inversión pública que integra la opinión de la comunidad organizada,
- (3) la pertinencia en las decisiones de gestión de las políticas públicas locales en salud,
- (4) el rol de la comunidad ha estado centrado en el control de los

determinantes sociales de la salud, es decir, en la medida que la comunidad se preocupa de mejorar condiciones de vida y de su entorno, mejoran las condiciones de salud y por lo tanto hay menos presión asistencial del sistema de salud.

4.2. Análisis de los mecanismos de participación ciudadana en la mejora de los procesos salud en Región del Libertador Bernardo O'Higgins, Chile.

Los mecanismos de participación ciudadana que mayormente son utilizados por los habitantes de la Región son: los Consejos de Desarrollo Local (CDL), las Oficinas de Información Reclamos y Sugerencias (OIRS) y los Diagnósticos Participativos. Sin embargo, estos mecanismos no funcionan de forma homogénea a lo largo del territorio investigado.

Se ha podido constatar a partir de las entrevistas realizadas, que en el caso de los Consejos de Desarrollo Local (CDL) se destacan al ser efectivos en comunidades mucho más integradas, como son las zonas rurales, a diferencia de las zonas urbanas, como puede ser la ciudad de Rancagua o San Fernando. Al ser comunidades mucho más cohesionadas, las respuestas que vienen desde la salud primaria es producto de la cercanía con las comunidades. “La gente es súper activa en las provincias, ejemplo Cardenal Caro, el Consejo de La Estrella (comuna que pertenece a esta Provincia) recuerdo que funcionaba maravillosamente, jamás dejó de funcionar ... había

un montón de liderazgos locales, súper activos, que estaban incivilizados, que eran súper potentes, lo que pasaba es que hay una proximidad distinta de esos territorios. Rancagua es una ciudad grande, cinco Cesfam y la gente de uno a otro no se conoce, en cambio en los Cesfam de Navidad, Paredones, La Estrella la gente se conoce, hay una proximidad distinta, tú tienes un diálogo con la enfermera, con la matrona, entonces cualquier problema que haya en términos de salud se resuelve desde la cercanía” (Experta en Participación Ciudadana, Servicio de Salud O’Higgins). En el caso de las zonas urbanas estos mecanismos funcionan de alguna manera parcial, debido a ciertas variables sociológicas, geográficas y políticas. En lo que respecta la participación de las personas en los CDL, los dos directivos entrevistados, que dirigen los Cesfam de Rancagua, señalaban que el número de personas que participan “no son tantas como quisiéramos... las convocamos, las entusiasmos, de hecho tenemos que poner temas expositivos que sean muy atractivos, incluso les preguntamos a ellos, porque yo debería decirles: ustedes traigan el tema y lo aprovechamos de conversar, esperan que nosotros armemos la tabla, y aún así no van” (Directora de Cesfam de Rancagua, 2019).

Por otro lado, otro mecanismo de participación que es utilizado son las Oficinas de Información, Reclamo, Sugerencia (OIRS), que están encargadas de identificar los reclamos individuales, categorizando los reclamos, las

felicitaciones, a partir de lo cual se van generando planes de mejora junto con el Consejo OIRS, que está integrado por personas de la comunidad. Sin embargo, también existen ciertas resistencias en el uso de este mecanismo institucional de participación, desde funcionarios y profesionales de la salud. Si bien es cierto, se ha podido constatar que existe una supervisión de los directivos en torno a la gestión de las OIRS, el funcionario y el profesional de la Salud evita el reclamo. “Yo siento que el funcionario/a evita el reclamo, trata por todos los medios de que no quede escrito. Yo soy todo lo contrario, yo siempre le digo a mi operadora OIRS: usted no es arquera de nada, que la gente escriba lo que quiera, porque para mí es una herramienta e insumo para la gestión. Yo creo eso” (Directora Cesfam de Rancagua). Otra de las citas a rescatar viene por parte de la Directora de un Cesfam de la zona rural de la Región “los primeros consejos consultivos trajimos a la OIRS, entonces la gente quedó informada, porque antes los funcionarios aquí decían chuta un reclamo, pero uno igual lo tiene que ver como una oportunidad. Por ejemplo, si dicen: “no me quiso dar una hora para tal día”, pero ese reclamo te va a permitir analizar por qué esa persona no tenía esa hora tal día, o sino también poder justificar o asumir que cometiste un error.” En este sentido, hay un cierto convencimiento de parte de los directivos que esta es una herramienta útil para su gestión, a pesar de las resistencias que puedan existir desde los profesionales de la salud primaria.

4.3. Resistencias a los mecanismos de participación ciudadana provenientes del aparato de la gestión pública.

Una de las dificultades que existen para que la participación ciudadana se consolide se relaciona con que los equipos de salud presentan ciertas reticencias en comprender que la participación y el control ciudadano es positiva para la gestión de salud. El modelo biomédico considera que son los técnicos o especialistas aquellos que saben lo que el paciente necesita, no escuchando lo que realmente la persona considera como menester. Esto queda reflejado en las entrevistas realizadas, aquí un extracto de ellas: “Si yo invitara a un grupo de la comunidad (CDL) a ser parte de nuestro Consejo de Salud, se sentirían atacados, pregunta “por qué están ellos acá”, se sentirían mal: “¿Por qué vas a escuchar que estamos mal en la meta del cardiovascular?”, “¿Por qué van a escuchar eso?, ese es un ejemplo” (Profesional Asesor de Participación Ciudadana Cesfam San Fernando, 2019). Sin embargo, en los sectores rurales se presenta otra realidad, donde cohabita tanto la comunidad, la cual se expresa en los Consejos, integrando a los profesionales de la salud en la entrega de ciertos conocimientos y planteamientos. “Ejemplo, en el tema cardiovascular. Como nosotros hacemos en cada mes, aparte de trabajar con el Consejo, también damos un tiempo para la exposición de un profesional en relación con un área. La nutricionista, la enfermera, sea de cardiovascular, sea médico de algo, el kinesiólogo de otra

cosa, y así, todos los meses vamos colocando temas. Entonces, por ejemplo hicimos talleres de reanimación, para quien quisiera hacerlo en su casa” (Directora Cesfam sector rural, 2019).

Otro aspecto para considerar se vincula con la institucionalidad de la salud pública del País, es decir, el modelo vertical del médico hacia el paciente, es precisamente el espacio donde menos participación existe, es decir, en esta relación asimétrica entre los profesionales, o el equipo de salud en general y los usuarios del sistema, que no es lo mismo al referirse a participación en salud a nivel territorial donde las organizaciones comunitarios pueden llevar adelante procesos participativos e incluso sin presencia del Estado.

En el caso del ámbito de atención en salud, la relación es bastante más asimétrica, porque hay una cultura institucional que es vertical, paternalista y autoritaria y que genera relaciones funcionales con la comunidad usuaria. Lo que ocurre al interior del box de atención es desconocido, donde el saber técnico se pone por sobre el conocimiento cotidiano de las personas, donde la experticia de quienes visualizan los problemas de salud se desconoce, y finalmente quien describe, tanto el diagnóstico, el tratamiento, como las estrategias de intervención, es del equipo de salud y un profesional que puede tener mayor especialización, y que atiende más bien la morbilidad. “Si nosotros decimos: “usted tiene que lavarse las manos para evitar el cólera”, la gente lo

hace. La gente no llega diciendo acá, “cómo podemos tener agua potable”, me entiendes, siempre es desde lo vertical. Ahora Chile tiene unos buenos indicadores, y yo te diría que tenemos una población bien comportada en general, es decir, hay rechazo de vacunas y otras situaciones, pero yo te diría que la gente en general todavía le cree al sistema” (Directora Cesfam Rancagua, 2019). Lo anteriormente afirmado se encuentra respaldado por lo que se encontró en: “Participación en Salud: Análisis de Interfaz Socio-Estatal y Obstáculos para la Colaboración entre los Distintos Actores de la Salud en Chile” (2018) “la participación en las decisiones terapéuticas ha corrido por un canal separado de la participación en la gestión pública que acabamos de describir. Esto es en gran parte explicado por la prerrogativa decisional que tienen los médicos en particular y las jerarquías de los profesionales de la salud, en general” (Moller & Ugarte, 2018, pág. 39).

La situación previamente descrita, tiene la dificultad de que genera una gran responsabilidad al sistema, y no coparticipa, porque finalmente la salud es una construcción en conjunto, la salud no es tener un sistema de salud que aborde todas las temáticas, más aún en lo que respecta la atención primaria de salud, donde se abordan complejidades sociales, es decir, no es solo tratar una diabetes, sino es ver cómo una diabetes en un cierto contexto social.

4.4. Análisis de la participación ciudadana en las mejoras de la calidad en salud, mediante el control ciudadano e implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

Para que los procesos de participación sean efectivos, se hace necesario que la ciudadanía se involucre en los procesos de gestión local, cumpliendo un rol activo en el territorio donde se localizan los dispositivos de salud primaria. En la Región de O'Higgins se logra determinar que parte de las mejoras en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, está directamente relacionada con la gestión que realizan los Consejos de Desarrollo Local (CDL), los cuales cumplen la función de mediar entre la comunidad y los dispositivos de atención primaria, transmitiendo información vinculada a temas de salubridad hacia la población, además de ser actores que recogen las necesidades vinculadas con los determinantes sociales en salud. Las relaciones que se dan en las reuniones de salud local no solamente pasan por ver las problemáticas de la población, sino también poseen un carácter informativo, ya que son esos los primeros espacios donde se entregan datos relacionados con la prevención o promoción en salud, para que posteriormente estas personas que participan de los CDL bajen la información a sus bases, es decir, juntas de vecinos, clubes deportivos, comunidad, etc. "Por ejemplo van dos representantes de "el grupo de taller ancianos tanto", ellos después en su reunión replican la información

que nosotros les entregamos, o lo otro es que ellos a veces nos hacen la invitación: “tenemos la reunión tanto de la junta de vecinos tanto”, ya sea el director o el encargado de participación social, va a esa junta de vecinos y pueda exponer el tema, por ejemplo, a veces se hacen talleres por el mes del corazón, se ve el tema de lactancia materna, talleres de hipertensión. Al final ellos son los actores que toman la información y la replican, o ellos también nos hacen invitaciones y nos dicen: “¿podrían si a darnos una charla?” (Director del Cesfam de Rosario, comuna de Rengo).

Por otro lado, la participación ciudadana tiene una importancia en mejorar la gestión en salud, tanto en los procesos de implementación y evaluación de programas, en proponer y controlar el uso de recursos de gasto e inversión pública que se hace entorno a la salud, lo cual se traduce en iniciativas o soluciones concretas. Los actores claves daban cuenta de ciertas inversiones realizadas en los dispositivos de atención primaria, en torno a mejoras de infraestructura que solo fueron detectados gracias a la ayuda de los diagnósticos participativos, otro de los mecanismos de participación establecido desde la institucionalidad.

En la medida que exista mayor comunicación con la comunidad, escuchando sus necesidades y sus propuestas, se podrán destinar mejor los recursos, porque tal vez el juicio del directivo solo estará basado de acuerdo con las necesidades e indicadores que se logran visualizar desde la

organización interna del Cesfam. “Surgió un ejemplo de la habilitación de un baño para personas con discapacidad o un baño universal. No estaba dentro de nuestros objetivos porque como nosotros somos un establecimiento antiguo (Cesfam), yo ya había averiguado y a mí la ley no me iba exigir. Pero la comunidad demandaba que lo hiciéramos. Tuve que pedir al Consejo Municipal que me dejara transformar el presupuesto, y ellos me dan el visto, el alcalde me da el visto, el presupuesto se modifica y lo hicimos absolutamente desde el departamento de salud, solo con nuestro presupuesto, entonces ahí yo vi algo concreto” (Directora de un Cesfam rural de la Región).

Como tercer elemento, se puede determinar que la participación ciudadana tiene una importancia en mejorar la gestión en salud, en la pertinencia y eficacia de las decisiones de gestión e implementación de las políticas públicas locales. La ciudadanía que se organiza permite lograr tener una visión completa de cuáles son las necesidades reales de la gente, lo que la comunidad requiere del Cesfam. De parte de los actores claves entrevistados existía un consenso, por una parte los directivos que dirigen los Cesfam de la Región, consideraban que era de mucha ayuda las observaciones y propuestas que recibían de estos Consejos, ya que así se logra reorientar los lineamientos estratégicos que desde la gestión interna da cuenta de un cierto cumplimiento, pero la participación de la ciudadanía en la gestión de salud, abre la mirada a tener otro tipo de indicadores, mostrando

hacia donde se tiene que direccionar los planes de mejora, los recursos, etc. Es decir, la gestión al tener una retroalimentación desde la ciudadanía ayuda a identificar las brechas como establecimiento de salud que se deben mejorar, en que es la institucionalidad de salud quién fija el rol como prestador de servicio, y la comunidad como dirigentes pueden generar las coordinaciones, acciones y mejoramiento en el trato en la identificación de problemáticas de salud en el territorio, participando en la comisión de reclamos de las OIRS, evaluando y proponiendo maneras de mejorar. Lo anteriormente afirmado se encuentra respaldado por los resultados del estudio “Participación en la Toma de Decisiones en Salud y Satisfacción de los Usuarios de Atención Primaria de Salud” (Bravo, Martinez, Villarroel, & Dois, 2018).

Como cuarto elemento se puede afirmar que el rol de la comunidad ha estado centrado en el control de los determinantes sociales de la salud, es decir, en la medida que la comunidad se preocupa de mejorar condiciones de vida y de su entorno, mejoran las condiciones de salud y por lo tanto hay menos presión asistencial del sistema de salud. “Yo creo que el rol de la comunidad ha estado centrado en el control de los determinantes sociales de la salud. En la medida que la comunidad se preocupa de mejorar condiciones de vida, mejora las condiciones de salud y por lo tanto menos presión asistencial. El problema es que nosotros no hemos sido capaces de evaluar

eso, porque los modelos de evaluación de la aplicación del Modelo, de los programas, están orientados hacia la evaluación más bien de coberturas, de actividades desarrolladas, más que del logro de ciertos resultados en salud” (Experta en Participación Ciudadana, Ministerio de Salud de Chile). En este sentido, “La participación ciudadana entendida desde el Enfoque de Determinantes Sociales en Salud, por lo tanto, supone reconocer y habilitar a los ciudadanos y ciudadanas en el ejercicio de decidir sobre los determinantes sociales que condicionan su nivel de salud o de bienestar” (Cancino & Faundez, 2018, pág. 106).

4.5. Oportunidades y amenazas de la participación ciudadana en los dispositivos de atención primaria de salud

Conocido el contexto en el cual se desarrolla la participación ciudadana en la Región del Libertador Bernardo O’Higgins, se hace necesario identificar las oportunidades y amenazas de la situación descrita, con el propósito de caracterizar mejor la participación en los dispositivos de salud primaria, estableciendo una exploración para un futuro cercano. A pesar de que se producen beneficios de esta participación ciudadana, hay ciertos riesgos asociados a estas organizaciones, conocidos como Consejos de Desarrollo Local (CDL).

Entre las oportunidades que se observan, por un lado, la preocupación genuina y el énfasis en la participación por parte de muchos directivos de los

dispositivos de salud primaria, fortaleciendo los Consejos de Desarrollo Local (CDL) y las Oficinas de Información y Reclamos (OIRS), integrándolas en la gestión de los Cesfam, la efectiva inclusión de las organizaciones sociales en las instancias de participación local y de la acogida que reciben desde las instituciones públicas y políticas.

Por otra parte, las debilidades están asociadas al desconocimiento de algunos directivos de dispositivos de salud primaria, profesionales asesores en cuanto a las atribuciones que tiene la ciudadanía de participar y de la injerencia que pueden tener estos centros de salud familiar. “Es que ahí se complica la cosa porque de repente puede suceder que el director sea súper activo, sea muy dado, y el referente (profesional asesor, generalmente es asistente social de profesión, que trabaja con los CDL) no esté ni ahí, porque es una carga horaria, entonces ahí chocamos que las horas que les entregan a ellos para el trabajo que tienen que hacer con la comunidad, normalmente hay que hacerlas fuera del horario de atención del Cesfam, entonces es una carga horaria (Dirigente social, Cesfam Rancagua).

Algunos de estos Consejos en la Región están constantemente ejerciendo el control social, especialmente aquellos que están presentes en las ciudades de San Fernando y Rancagua, exigiendo informes acerca de qué manera se han gastado los recursos destinados desde los Servicios de Salud a los Departamentos de Salud Municipal, controlando que los dineros vayan

destinadas a los programas de salud en que fueron asignados esos recursos, por lo cual hay temas de desconfianza en cuanto al seguimiento de la ejecución de los presupuestos. Además, algunos de estos CDL tienen un perfil político, por lo cual es recurrente que se presenten actores de diferentes partidos, por lo cual hay otras líneas de trabajo que son complejas. “Es que hemos pasado por periodos políticos, periodos de una falta de insumos, problemas con la alcaldía, entonces la gente se reúne y traen otras autoridades (políticos), entonces eso atrae más conflictos, es decir, no conflicto, porque es la necesidad de ellos, pero estas autoridades no aparecen para solucionar muchas cosas, sino más que nada aprovechando la oportunidad puntual de la situación, porque en realidad porque no aparecen antes dice uno, pero bueno a veces esas coyunturas ayudan a que se publique y se visibilice y que se actúa como para tapar (Profesional Asesor en Participación Ciudadana, Cefam San Fernando).

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La participación es un factor de mucha importancia para la gestión de salud donde la ciudadanía participa de la gestión de sus programas. El control social se puede desarrollar a nivel local donde existe mayor cercanía entre el Estado con la comunidad. Sin embargo, los organismos del Estado poseen una debilidad en este trabajo, puesto que los sistemas de evaluación de los programas públicos que realiza el Estado y en la aplicación del Modelo de Atención Integral, están orientados hacia la evaluación de las coberturas de las actividades de participación ciudadana realizadas, más que del logro de ciertos resultados en salud.

La participación ciudadana es un mecanismo que ejerce influencia en la mejora de los procesos de implementación y evaluación de los programas públicos de atención primaria de salud. Una reflexión importante es que la Región de O'Higgins se enmarca en una zona geográfica extensa, en que por su diversidad y distancia se hace difícil comparar los temas de participación ciudadana del ámbito urbano y del sector rural, especialmente el secano costero, ya que las problemáticas, las formas de organización, y las prácticas culturales que la comunidad tiene a nivel local son muy distintas de las que se tienen en la zona urbana. En la Región de O'Higgins, existe una cantidad importante de comunidades apartadas, lo cual es consecuencia de una

debilidad por parte del Estado de llegar hasta todos los lugares del territorio, ya sea por la dispersión geográfica, por las barreras de acceso y por la vulnerabilidad social en que viven las personas. Como el Estado presenta falencias en cuanto a resolver problemas, entonces la comunidad se organiza. Se podría concluir que las comunidades tienen capacidad de participación, sobre todo en las zonas rurales, pero existen debilidades en esta alianza entre las organizaciones de base comunitarias y la incidencia real en la toma de decisiones, porque la voluntad política no es tan efectiva, no es tan real. Lo anterior señalado se reafirma en el estudio de “Tensiones y paradojas en los procesos de participación social en salud” (2018). “Para los equipos técnicos los temas claves para el estancamiento o barreras para el desarrollo de la participación en salud, dicen relación con la fragmentación del sistema, a la escasa descentralización, escasa confianza en niveles locales, pero también, en la falta de direccionalidad política y compromiso de las autoridades ...” (Donoso, 2018, pág. 51).

Al comienzo de la investigación se plantearon dos preguntas de investigación para lograr comprender el problema existente. Una de las preguntas de investigación es: “¿Cuáles son las acciones ejecutadas desde la participación ciudadana que han significado una mejora en la implementación del Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria?”

Las mejoras se establecen principalmente con cuatro elementos:

- (1) canalización de información de salubridad hacia la población y usuarios de los Cesfam,
- (2) eficacia en el uso de recursos e inversión pública que integra la opinión de la comunidad organizada,
- (3) la pertinencia en las decisiones de gestión de las políticas públicas locales en salud,
- (4) el rol de la comunidad ha estado centrado en el control de los determinantes sociales de la salud, es decir, la medida que la comunidad se preocupa de mejorar condiciones de vida y de su entorno, mejora las condiciones de salud y por lo tanto hay menos presión asistencial del sistema de salud.

Además, se puede señalar que los mecanismos institucionales que más se han utilizado son los Consejos de Desarrollo Local (CDL) y las OIRS, solo dos de los estipulados por las Orientaciones Ministeriales de Salud. Estos dos instrumentos son utilizados periódicamente, por muchas personas y con resultados positivos para la institucionalidad.

La segunda pregunta planteada decía relación con: “¿Cuáles son las acciones por ejecutar desde la participación ciudadana, a fin de mejorar la implementación del Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario?”

En cuanto a las posibles acciones de mejoras de esta participación ciudadana se podría proponer que la participación no sea un mero cumplimiento de formalidades, sino que tenga resultados positivos en la implementación de las políticas públicas de salud, particularmente en el Programa Modelo, a través del cumplimiento de indicadores como, por ejemplo, el cumplimiento de un indicador de gestión al hacer una cuenta pública, más allá del cumplimiento de la Ley.

Según lo planteado, otra de las posibilidades tiene que ver con dar a conocer a la comunidad los mecanismos de participación disponibles, descritos en la legalidad y orientaciones del Ministerio de Salud, las características de estos, los requisitos para ejercer el control social, etc. Además, se debe promover la participación ciudadana en la Región, especialmente en los sectores urbanos, exponiendo los beneficios que la participación ciudadana provee a los usuarios. El trabajo con las organizaciones sociales en este proceso, adultos mayores y las mujeres, actores claves que pueden tener una gran capacidad de cobertura y convocatoria.

Por último, es necesario potenciar los mecanismos de transparencia y de acceso a la información pública así como las cuentas públicas, otro de los mecanismos estipulados en las orientaciones ministeriales, ya que es esencial que la ciudadanía pueda mantenerse informada de la gestión de los

dispositivos de atención primaria, de los avances y que se dé a conocer si efectivamente la participación ciudadana es partícipe de la toma de decisiones en la gestión en salud, existiendo una convergencia entre los intereses de la comunidad y la institucionalidad de salud.

Actualmente la salud primaria posee directivos con una visión positiva acerca de la participación ciudadana, incluyendo permanentemente en su gestión a los representantes y miembros de los Consejos de Desarrollo Local. Debido a lo anterior, surge el concepto de corresponsabilidad, en el sentido que es muy importante el rol directivo de los Consejos de Desarrollo Local, pero si estos son tutelados por los equipos de salud, difícilmente adquieren la autonomía y el protagonismo suficientes como para plantear sus propias iniciativas. Se trata de la transferencia de capacidad, conocimiento y responsabilidad a aquellos que viven en el territorio, que son los llamados a asumirlas.

Aun cuando desde la institucionalidad se pueda diseñar e implementar un proceso participativo muy cuidadoso, con unas metodologías participativas bien establecidas, si eso no forma parte del ideario de la comunidad, si no se transfiere esa responsabilidad a la ciudadanía, cuando los que condujeron el proceso se trasladan laboralmente abandonan los que participan porque, al final, la comunidad se queda sin referentes técnicos y sin lineamientos estratégicos. En consecuencia, la comunidad tiene que ser su propio referente,

no esperar que otros vengán a instalar los temas. Desde el Estado se pueden instalar ciertos tópicos, pero junto con eso hay que preparar las condiciones para que la comunidad sea suficientemente autónoma.

Los mecanismos de participación son utilizados parcialmente por los habitantes de las comunas de la Región, siendo los presupuestos participativos un mecanismo no utilizado. Con todo, el nivel de participación en la gestión local, en los dispositivos de atención primaria es sistemático, siendo la cantidad de personas que participan corresponden principalmente a los miembros de organizaciones comunitarias, mujeres y el grupo etario mayor a sesenta años.

Un tema para considerar, a propósito de las entrevistas realizadas y de las conclusiones del estudio de “Factores dinamizadores para la participación ciudadana en políticas de salud”, de Fáundez y Cancino (2018), es que la participación ciudadana es un elemento que no se cruza con los resultados de salud, es decir, desde el Estado no hay modelos de evaluación que vinculen estos dos temas: se evalúa cuántas personas participaron, cuántas actividades se desarrollaron, si las personas quedaron satisfechas o no con la actividad, pero no se evalúa cuánto aportó la participación de estas personas a los resultados en salud. Es tan costoso evaluar en términos de recursos y de tiempo que no se incorpora como una práctica sistemática en el ciclo de la política pública, porque además cuando se establecen mecanismos de

participación es muy difícil controlar variables en un campo tan complejo como lo es el de la atención primaria en salud pública en que resulta muy difícil establecer relaciones causa efecto, ya que es multidimensional y multifactorial.

La temática de participación ciudadana en salud primaria es un temática que de algún manera se ha estudiado a partir de los estudios que se han revisado en fuentes secundarias que han servido de respaldo a esta tesis, siendo esta investigación una contribución al respecto, con el propósito de incentivar futuros estudios que logren evidenciar el estado real de la participación ciudadana en las diversas Regiones del País y la Atención Primaria de Salud, y su constante progreso.

Bibliografía

- CLAD. (2009). *Carta Iberoamericana de Participación Ciudadana en la Gestión Pública*. Lisboa: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo.
- MINSAL. (2012). *Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Comunitaria y Familiar*. Santiago: Ministerio de Salud de Chile.
- Lahera, E. (2002). *Introducción a las Políticas Públicas*. Santiago: Fondo de Cultura Económica.
- Pasquino, G. (2011). *Nuevo Curso de Ciencia Política*. México E.F: Fondo de Cultura Económica.
- Harguindéguy, J.-B. (2013). *Análisis de Políticas Públicas*. Madrid: Tecnos.
- Cortazar, J. C. (2007). *Entre el Diseño y la Evaluación*. Washington DC: Banco Interamericano del Desarrollo (BID).
- Naser, A., Rosales, D., & Ramirez-Alujas, A. (2017). *Desde el gobierno abierto al Estado Abierto en América Latina y el Caribe*. Santiago: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Bobbio, N. (1999). *El Futuro de la Democracia*. Ciudad de México : Fondo de Cultura Económica.
- Marín, G. M., & Cabrera Arana, G. A. (2008). *Políticas Públicas en salud: Aproximación a un análisis*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
- Castañeda, M. (2015). *La Protección no Jurisdiccional de los Derechos Humanos en México*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).
- GOV.UK. (26 de abril de 2019). *Parliamentary and Health Service*. . Obtenido de Parliamentary and Health Service : <https://www.ombudsman.org.uk/about-us/who-we-are>
- Dazarola, G., & Alvarez, P. (2005). *Organismos Nacionales de Protección de Derechos Humanos*. Valparaíso: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.
- Núñez, E. O., Gonzalez Block, M. A., Kageyama Escobar, L. M., & Hernandez Prado, B. (2009). Participación Social en salud: la experiencia del programa de salud materna Arranque Parejo en la Vida. *Salud Pública de México*, 104-113.
- Frisancho Arroyo, A. D. (2006). *La viabilidad de los programas de participación ciudadana en la cogestión local de salud: El Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud (Perú, 1994-1999)*. Washington D.C.: Banco Interamericano del Desarrollo (BID).
- Matos, A. R., & Serapion, M. (2017). The challenge of citizens' participation in health systems in Southern Europe: a literature review. *Cuadernos de Saúde Pública*, 3-5.
- Biblioteca del Congreso Nacional. (2 de junio de 2019). *Región del Libertador Bernardo O'Higgins*. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional: <https://www.bcn.cl/siit/nuestropais/region6>
- Biblioteca Congreso Nacional. (15 de Junio de 2019). *Información Territorial, Región del Libertador Bernardo O'Higgins*. Obtenido de Biblioteca del Congreso Nacional: <https://www.bcn.cl/siit/nuestropais/region6>
- Servicio de Salud Metropolitano Norte. (20 de Junio de 2019). *Atención Primaria*. Obtenido de Servicio de Salud Metropolitano Norte: https://www.ssmn.cl/atencion_primaria.ajax.php
- Departamento de Salud Municipal de Santiago. (20 de Junio de 2019). *Centro de Salud Mental C.O.S.A.M.* Obtenido de Salud Santiago: <http://www.saludstgo.cl/cosam/>
- Data Chile. (20 de Junio de 2019). *Data Chile, O'Higgins*. Obtenido de Data Chile: <https://es.datachile.io/geo/ohiggins-6>
- Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2005). *Modelo de Atención Integral en Salud*. Santiago: MINSAL.
- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2011). *Orientaciones para la Planificación y Programación en Red*. Santiago: MINSAL.
- Radio Allen. (20 de Junio de 2019). *O'Higgins: Histórico encuentro de organizaciones sindicales en la región convocó a 150 dirigentes*. Obtenido de Radio Allen : <https://radioallen.cl/2019/150-2/>

- Portal Portuario. (20 de Junio de 2019). *Minería alcanza un 63,5% de las exportaciones de la Región de O'Higgins*. Obtenido de Portal Portuario: <https://portalportuario.cl/exportaciones-mineras-representan-635-la-region-ohiggins/>
- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. (2009). *Marco referencial hospitales de la familia y la comunidad*. Santiago: MINSAL.
- Moller, S., & Ugarte, J. (2018). Participación en salud: Análisis de interfaz socio-estatal y obstáculos para colaboración entre los distintos actores de la salud en Chile. *Historia de la Participación Social en Salud*, 37-45.
- Bravo, P., Martínez, M., Villarroel, L., & Dois, A. (2018). Participación en la Toma de Decisiones en Salud y Satisfacción de los Usuarios de Atención Primaria de Salud. *Historia de la Participación Social en Salud*, 69-74.
- Cancino, A., & Faundez, R. (2018). Factores Dinamizadores para la Participación ciudadana en políticas de salud. *Historia de la Participación Social en Salud*, 103-110.
- Donoso, N. (2018). Tensiones y paradojas en los procesos de participación social en salud . *Historia de la Participación Social en Salud*, 47-52.

Anexo N°1: Personas Entrevistadas.

N° Entrevista	Nombre	Profesión y Cargo
1	Sr. Félix Arévalo Reyes	Trabajador Social, Jefe Subdepartamento de Participación Social y Trato al Usuario, Dirección de Servicio de Salud O'Higgins.
2	Sra. Jocelyn Pino Beckar	Trabajadora Social, Profesional Asesor Subdepartamento de Participación Social y Trato al Usuario, Dirección de Servicio de Salud O'Higgins.
3	Sra. Isabel Betancourt Salas	Enfermera, Directora de Cesfam N°5 comuna de Rancagua.
4	Sra. Carolina Torres Gilberto	Trabajadora Social, Ex Jefa Subdepartamento de Participación Social y Trato al Usuario Dirección de Servicio de Salud O'Higgins.
5	Sra. Thannia Ulloa Sánchez	Trabajadora Social, Encargada de Participación Ciudadana en el Cesfam N° 5, comuna de Rancagua
6	Sra. María Soledad Burrone	Médica, PhD, Profesora Asociada Instituto de Ciencias de la Salud, Directora de Instituto de Ciencias de la Salud Universidad de O'Higgins
7	Sra. Carmen Nadal Agost	Médica, Directora de Cesfam N°4, comuna de Rancagua
8	Sra. María Isabel Manríquez González	Trabajadora Social, Encargada de Participación Ciudadana, Cesfam Oriente, Comuna de San Fernando
9	Sr. Felipe Jiménez Pérez	Ingeniero Civil Industrial, Director de Cesfam Rosario, Comuna de Rengo
10	Sra. Myriam Vidal Guajardo	Vicepresidenta del Consejo de Sociedad Civil (COSOC) Servicio de Salud O'Higgins, miembro directiva del Consejo de Desarrollo Local (CDL), Hospital de San Vicente y Cesfam de la comuna de San Vicente.
11	Sra. Teresa Cáceres Becerra	Matrona, Directora de Cesfam de Rengo, de la Comuna de Rengo
12	Sra. Dessy Ibáñez Rojas	Trabajadora Social, Directora de Cesfam de Peumo

N° Entrevista	Nombre	Profesión y Cargo
13	Sra. Sandra Fabijanovic Canales	Matrona, Directora de Cesfam Quinta de Tilcoco
14	Sra. Carolina Celis Quintanilla	Presidenta del Consejo de Desarrollo Local (CDL) Cesfam Centro, Comuna de San Fernando.
15	Sra. Lidia Vergini Vega	Presidenta de la agrupación de Consejos de Desarrollo Local (CDL) de Rancagua, Presidenta del CDL Cesfam N°1, comuna de Rancagua.
16	Sra. Nora Donoso Valenzuela	Trabajadora Social, Master en Investigación para el Desarrollo Local, U. Complutense de Madrid, PhD © en Educación Académica de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Integrante del Gabinete Ministerial 2014-2018, Ministerio de Salud, Encargada de Participación Social de la Subsecretaría de Redes Asistenciales 2003-2010.

Anexo N° 2 Lista de siglas

CDL	Consejo de Desarrollo Local
CESFAM	Centro de Salud Familiar y Comunitario
CES	Consultorio de Salud
APS	Atención Primaria de Salud
CECOSF	Centro Comunitario de Salud Familiar
SAPU	Servicio de Atención Primaria de Urgencias
SAR	Servicio de Atención Primaria de Urgencias de Alta Resolución
OIRS	Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias
CCU	Consejos Consultivos de Usuarios de la Salud
MINSAL	Ministerio de Salud de Chile
ODM	Declaración de los Objetivos del Milenio
PIDECS	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Culturales y Sociales
COSAM	Consultorio de Salud Mental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PSR	Postas de Salud Rural
SUR	Servicio de Urgencia Rural
CODELCO	Corporación Nacional del Cobre