

**UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

**“PARTICIPACION EN CONSEJOS
LOCALES DE SALUD”.**

Alumno: Oliver Javier Fernández Eguiluz.

Profesora guía: Susana Vallejos Silva.

***Tesis para optar a grado académico de licenciado
en Trabajo Social***

Tesis para optar al título de Asistente Social

Santiago, Chile

2004



**UNIVERSIDAD
ACADEMIA
HUMANISMO CRISTIANO
BIBLIOTECA**

INDICE

<u>INTRODUCCIÓN</u>	6
1.- Justificación de la investigación.....	13
2.- Planteamiento del problema.....	17
3.- Preguntas de investigación.....	19
4.- Objetivos.....	20
5.- Hipótesis.....	22
6.- Tipo de Estudio.....	23
7.- Tipo de Diseño.....	25
8.- Muestra.....	25

MARCO TEORICO

CAPITULO I: ENFOQUES CONCEPTUALES DE LA PARTICIPACION.

1.- La construcción del concepto de Participación.....	27
1.1.- Participación como proceso de toma de decisiones.....	28
1.2.- Participación como consolidación del Sistema Democrático.....	30
1.3.- Como proceso integral al desarrollo local.....	32
1.4.- Como integración al desarrollo económico.....	34
2.-Aspectos de la Participación.....	35
3.- Perspectivas teóricas de la Participación.....	38
4.- La Motivación Social y su relación con la Participación.....	42

4.1.-Motivación Fundamental y Derivadas.....	44
4.2.- Motivaciones Derivadas.....	44

CAPITULO II: LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL PLANO DE LAS NECESIDADES HUMANAS.

2.1.- El concepto de Necesidad.....	51
2.2.- El concepto de Satisfactores.....	52
2.3.- Tipos de Satisfactores.....	56

CAPITULO III: ENFOQUES HISTORICOS Y CONCEPTUALES DE LA PARTICIPACION EN SALUD.

3.1.- La salud y la participación como modelos conceptuales.....	63
--	----

CAPITULO IV: PARTICIPACION SOCIAL DE LA COMUNIDAD.

4.1.- La participación en la toma de decisiones.....	65
4.2.- Participación a nivel Comunitario.....	66

MARCO REFERENCIAL

CAPITULO V: LA PROMOCION DE LA SALUD Y SU INSERCION COMO ESTRATEGIA DE PARTICIPACION

5.1.- Promoción de la salud en las Américas.....	71
5.1.1.- Antecedentes.....	71
5.2.- Atención Primaria de Salud en Chile.....	75

5.2.1.- Promoción de la Salud, Atención Primaria y Centros de Salud Familiar.....77

5.3.- La Promoción de la Salud en Chile, su institucionalización y estrategias a nivel nacional.....79

5.3.1.- Antecedentes.....79

5.3.2.- Estrategias de Promoción de la Salud en el país.....81

5.3.3.- Estrategias de Promoción a nivel nacional.....83

5.4.- Acciones realizadas en Promoción de la Salud, a nivel nacional institucional.....87

5.4.1.- Primer Congreso Chileno de Promoción de la Salud y el Acta de Huechuraba.....87

5.4.2.- Plan Nacional de Promoción de la Salud.....90

5.4.3.- Consejo Nacional para la Promoción de la Salud – VIDA CHILE.....91

5.4.4.- Segundo Congreso Chileno de Promoción de la Salud....92

CAPITULO VI: LA PARTICIPACION DE SALUD EN CHILE

6.1.- Incorporación de la comunidad en el área sanitaria en la década del setenta.....93

6.2.- La participación social en salud desde la perspectiva de los gobiernos concertacionistas.....103

6.3.- Modelo de participación impulsado por el MINSAL en la década del noventa.....107

6.4.- Puesta en práctica de los lineamientos.....109

6.5.- Los Consejos Locales de Salud.....	110
6.6.- Constitución de un Consejo de Salud.....	114

ANALISIS DE LOS DATOS

CAPITULO VII: CARACTERIZACION DE LOS CLS DEL SECTOR

7.1.- CLS del sector sur oriente de Santiago.....	118
7.2.- Representantes en los CLS.....	119
7.3.- Funcionamiento del CLS.....	124
7.3.1.- Asistencia a reuniones del CLS.....	124
7.3.2.- Periodicidad de las reuniones del Consejo.....	125
7.3.3.- Formas de convocatoria o citación.....	127
7.3.4.- Lugar de reunión.....	128
7.4.- Dirección del CLS.....	129
7.4.1.- Existencia de directiva.....	129
7.4.2.- Tipo de directiva.....	130
7.4.3.- Organización de reuniones.....	131
7.4.4.- Personalidad Jurídica.....	133
7.5.- Actividades de los CLS.....	134
7.5.1.- Lugar de ejecución de sus actividades.....	141
7.5.2.- Temas de interés.....	142
7.6.- Participación en proyectos comunitarios en Promoción de la Salud.....	144
7.6.1.- Objetivos de los CLS en Promoción de la Salud.....	146
7.6.2.- Áreas de interés en Promoción de la Salud.....	149

7.6.3.- Actividades en Promoción de la Salud.....	152
7.6.4.- Planificación de las actividades.....	156
7.7.- Información que cuentan los miembros del Consejo.....	161
7.7.1.- Conocimientos de otros Consejos del Sector.....	161
7.7.2.- Conocimiento del Programa “Salud con la Gente”.....	162
7.8.- Ámbito Comunitario e Interno.....	166
7.8.1.- Temáticas en las cuales se basa el trabajo.....	166

CAPITULO VIII: PARTICIPACION EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS CLS DEL SECTOR SUR ORIENTE.

8.1.- Motivación en el proceso de participación.....	170
8.2.- Motivaciones Derivadas del proceso de participación.....	173
8.2.1.- Integración a Procesos locales.....	176
8.2.2.- Mayor autoestima vía reconocimiento social.....	179
8.3.- La necesidad de participación según los CLS.....	182
8.4.- Expectativas de la participación según los CLS.....	186
8.5.- Responsabilidad Social de los Miembros en Salud.....	189
8.6.- Participación en Salud desde la perspectiva de los CLS.....	193

CAPITULO IX: SÍNTESIS DEL TRABAJO DE CAMPO

9.1.- CLS del sector sur oriente.....	196
9.2.- Ámbito Comunitario.....	202

9.3.- Participación de los CLS.....	205
9.4.- Promoción de la Salud según los miembros de los CLS del sector.....	213
9.5.- Áreas de intervención de la Promoción según los CLS.....	217
Conclusiones generales de la investigación	220
Propuesta metodológica: “Modelo de intervención comunitaria en PS”	238
Bibliografía.....	255
Anexos.....	261
Cálculo de la Muestra.....	272

INTRODUCCIÓN

La participación es una acción organizada que permite a los miembros de una comunidad movilizar recursos, trabajar mancomunadamente, y por último, alcanzar una situación social final u objetivo, propuesta como meta en el proceso de acción colectivo. Desde este enfoque, los sectores urbano populares se integran a diferentes organismos locales para participar en distintos ámbitos de la vida local, JJ.VV, Unidades Vecinales, centros de madres, agrupaciones juveniles, grupos culturales, etc, son puntos claves de organización sectorial donde sus propios miembros van interactuando y definiendo sus lineamientos de trabajo en pro del desarrollo de su sector con el propósito de construir una mejor vida en comunidad y sociedad.

La participación social debería involucrar a todos los actores de la comunidad, tanto de la administración municipal como de los representantes de la localidad, lo que por medio de la colaboración y construcción de redes dan respuesta a sus carencias sociales, económicas, políticas y/o culturales.

Por su parte, la participación comunitaria se desarrolla en un lugar geográfico específico de la comunidad y en la última década intenta a través de proyectos sociales de intervención dar solución a sus necesidades.

Existen diferentes ámbitos geográficos de participación, se dan en el nivel local, comunal, regional y nacional y también distintas áreas de acción las que son definidos por sus integrantes.

De este modo, la salud es una de las áreas de participación. Se la concibe como una estrategia programática y de intervención, su organización se caracteriza entre otras cosas por integrar a la comunidad en sus centros de atención primaria en la perspectiva de desarrollar sus proyectos de acción. El consultorio es entonces, una instancia de participación en donde la comunidad puede desarrollar todas sus iniciativas a nivel local involucrando a toda la población en los cambios que quieren alcanzar desde los ámbitos de la prevención y promoción de la salud. El nivel primario de atención comprende entonces la entrega de las prestaciones de salud correspondiente a sus programas nacionales, apoyado constantemente con recursos del orden profesional y técnico en el planteamiento y desarrollo de intervenciones sociales en la comunidad y/o que éste ha definido y proyectado en el plano sanitario.

Estas formas de organización y participación se han plasmado en diferentes experiencias comunitarias y locales del sector salud en todo el país; traducidos éstas en los antiguos

consejos del SNS, los grupos de autoayuda, las comunidades terapéuticas, grupos de mujeres, voluntariados, etc, organismos con reconocida y destacada trayectoria en salud.

Ahora bien, desde 1995 el MINSAL ha impulsado la creación de instancias de participación social en salud como base del fortalecimiento del sistema democrático. Estos espacios han dado como resultado la formación de organizaciones con representación comunal, denominados **Consejos Locales de Salud o de Desarrollo**, cuyo objetivo es realizar intervenciones socio sanitarias en conjunto con los centros de Atención Primaria del país. Estos organismos tienen como propósito canalizar las problemáticas de salud de sus localidades convirtiéndose en representantes de la comunidad participando en las decisiones que se tomen sobre este ámbito a nivel local.

La mayoría de estos Consejos Locales basan su trabajo en la Promoción de la Salud, que entre sus principios más importantes se distinguen el fomento de la alimentación sana, la práctica regular del deporte y el fortalecimiento de las comunidades en la formulación y desarrollo de proyectos en salud.

Motivado por profundizar el conocimiento en esta área de intervención social, la presente investigación tiene como propósito dar a conocer una primera aproximación al tema de la

participación en promoción de salud, como estrategia de intervención que se implementa en los Consejos Locales de Salud del sector sur oriente de la capital, correspondiente a las comunas de La Granja, La Florida y San Ramón.

La utilidad de esta investigación radica en caracterizar las actividades que realizan estos organismos sociales, desde la perspectiva de la propia comunidad lo que permitirá ir definiendo las estrategias locales en el ámbito sanitario vinculados al sector primario de atención. La presente investigación pretendió aportar conocimientos sobre estas organizaciones, de tal manera de facilitar los procesos de participación y trabajo mancomunado que se pretende impulsar desde los consultorios de Atención Primaria a la localidad.

Para dar a conocer los resultados del trabajo realizado con este estudio, el documento que se les presenta para su lectura se estructura del siguiente modo:

En primer lugar, se expone, el planteamiento del problema y su justificación, los objetivos que orientaron la investigación, hipótesis, marco metodológico, universo y muestra utilizada en este estudio.

La segunda parte, se remite al marco teórico que incluye los conceptos de participación en sus diferentes ámbitos, aspectos y perspectivas teóricas, el concepto de salud y su vinculación con la participación y los Consejos Locales de Salud (CLS), además consideré pertinente aclarar teóricamente los conceptos de motivaciones sociales y necesidades. En cuanto al marco de referencia, éste expone los contenidos con los cuáles trabaja el MINSAL sobre el ejercicio de los CLS y de la constitución de la Promoción de Salud como política de Estado a ser implementada en todos los servicios de Atención Primaria del país.

Luego, la tercera parte continúa con el análisis de los datos del trabajo de campo realizado. Su propósito central fue lograr una caracterización de los CLS en estudio, las perspectivas que sus miembros le otorgan al proceso de participación y cómo ello se expresa a través de sus actividades, áreas de intervención, estructura y dirección del consejo y definición de estrategias locales en promoción.

Finalmente presento las conclusiones y los aportes que la investigación le brinda al Trabajo Social desde el enfoque de la metodología comunitaria de intervención.

Tal como fue enunciado en párrafos precedentes, quisiera partir exponiendo la justificación de la investigación que motivó la realización de esta investigación.

1.- Justificación de la Investigación.

En este sentido quiero partir refiriendo a los cambios tanto demográficos como epidemiológicos en el país que han provocado la emergencia de nuevas necesidades y problemas en salud en nuestra sociedad, lo que ha traído consigo la aparición de nuevos estilos de vida en la población, definiendo los nuevos cánones de nuestra sociedad. Esta situación de "cambio" ha obligado a definir las nuevas intervenciones en salud desde otros enfoques y paradigmas, entre ellos el de la Atención Primaria de Salud que considera a la participación social como uno de los elementos prioritarios para fortalecer el trabajo de los equipos de salud y en este sentido reconoce a los miembros de las comunidades como participantes activos en los problemas de salud que los aquejan. Por otro lado, definir que el concepto de salud es más amplio que la simple ausencia de enfermedad sino que incluye todos los aspectos del ser humano tales como la educación, vivienda, alimentación, etc.

Este reconocimiento se basa en el cambio de la concepción de la salud en los últimos treinta años y en la aceptación de estrategias que permiten vincular al sistema social con las nuevas patologías emergentes, principalmente con aquellas enfermedades de carácter no transmisibles.

Ahora bien, inspirado en esta perspectiva, el MINSAL impulsó la formación de los Consejos Locales de Salud con el propósito de crear un vínculo entre la comunidad y las instituciones de atención primaria, secundaria y terciaria de salud para elaborar en conjunto estrategias y planes de trabajo basados en la Promoción de la Salud con el objetivo fundamental de promover la participación de la población.

En este marco, los distintos centros de salud primaria del sector sur oriente han generado iniciativas para la creación de vínculos con la comunidad, es por esta razón que los diferentes Consejos Locales demuestran la intención de cumplir los objetivos y metas por los que fueron creados.

Sin embargo este proceso, que se inició a mediados de la década pasada junto a la puesta en marcha de sus respectivos lineamientos, aún desconoce las actividades y áreas de intervención de estas organizaciones, así como también se desconocen cuáles son los factores que motivan la voluntad de participación en salud de los miembros que integran estos CLS.

Este desconocimiento por parte del consultorio respectivo ha influido en que ellos no se conozcan ni se articulen, trabajando solo en sus respectivas áreas geográficas, impidiendo conocer las razones más profundas que expliquen el por qué del trabajo realizado, las causas de éste y sus propios intereses.

El área social del consultorio La Granja considera importante conocer las actividades realizadas por los Consejos, principalmente para poder identificar cuáles son los temas de mayor interés para los miembros representantes de las organizaciones comunitarias y saber si las acciones que ellos realizan o no obedecen a sus necesidades sentidas.

También les interesa saber cuáles son las áreas de intervención que han definido estos CLS de tal manera de determinar qué componentes de la promoción en salud son utilizados por los Consejos como base de la planificación y ejecución de propuestas en el ámbito local o si desarrollan actividades en otros ámbitos como son la prevención, promoción o voluntariado por ejemplo.

Por último, se pretende establecer los factores que “promueven la acción de participar en los consejos locales” tomando como base los proyectos comunitarios que ejecutan;

interesa saber a qué obedece dicha participación o qué temas son de importancia para ellos.

Con estas intencionalidades se realizó esta investigación, que pretende ser una primera aproximación al conocimiento de la participación comunitaria en salud en los Consejos Locales del área sur oriente de Santiago. Este estudio proporciona información necesaria para conocer por qué se da la participación en salud en este sector, los objetivos y metas de cada organización, las características de sus actividades e intervenciones y la forma cómo articulan su trabajo con los centros de atención primaria.

Para llevar a cabo esta investigación se contó con el respaldo del Centro de Salud La Granja, en donde el alumno realizó su práctica profesional y del Departamento de Promoción del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Estas instituciones presentan un gran interés por desarrollar estrategias locales de Promoción en los Consejos Locales y organizaciones sociales del sector, razón por la cuál la información que proporcione este trabajo son de gran utilidad para sus proyecciones futuras.

2.- Planteamiento del problema:

Como es sabido, Chile ha experimentado cambios significativos en los últimos diez años que han modificado tanto las estructuras como los ámbitos que componen nuestra sociedad. Estos cambios societales han incidido también en la emergencia de un nuevo cuadro epidemiológico en el que se observa un predominio de enfermedades cardiovasculares y de patologías asociadas a la salud mental; y otro cambio importante es una transición demográfica que indica un aumento de la población de adultos mayores, con las consecuentes enfermedades crónicas que se manifiestan en esta etapa de la vida.

Dado este nuevo perfil epidemiológico y demográfico se orientan nuevos esfuerzos en el área de la salud definiendo los nuevos sectores y necesidades que determinarán la intervención en la próxima década. Esto ha significado redefinir las metas para el sector salud, elaborando un nuevo modelo de atención basado en la prevención de enfermedades, promoviendo estilos de vida saludable para que la propia población sea responsable de su salud y tratamientos. Con este propósito, en el año 1995 el Ministerio de Salud (MINSAL) impulsó la creación de espacios de participación en los establecimientos de Atención Primaria, formando los Consejos Locales de Salud definidos como

organizaciones de carácter asesor a consultorios y hospitales, cuya función sería vincular la comunidad al Consultorio, proponiendo soluciones a los problemas vinculados con la calidad de la atención y a las problemáticas en salud de un delimitado sector geográfico.

Los CLS están conformados por personas que se integran y participan en estas instancias y lo hacen por diferentes motivos e inquietudes, pero su función es que en el mediano y largo plazo dichas personas se conviertan en representantes de su comuna en estos Consejos, pudiendo desempeñar así un rol activo en el diseño de nuevas estrategias de atención y acción en promoción en salud de acuerdo a las características epidemiológicas de su sector.

Sin embargo, pese a estas consideraciones que responden a los lineamientos estipulados en la política social de salud, hay un desconocimiento casi total de las actividades que ejecutan los CLS y de los factores que impulsan a los miembros de estas organizaciones a participar en salud, debido a que se ha observado que existe una especie de “encapsulamiento” de estas organizaciones en su localidad razón por la cual se desconoce entre otras cosas cómo definen sus líneas de acción y cómo realizan sus planes de trabajo. Además del desconocimiento de lo

ya dicho, tampoco se reconocen las áreas de intervención y temas de interés de los Consejos.

3.- Preguntas de Investigación

Frente a estas incertidumbres y reconociendo la importancia del trabajo que realizan estos CLS, la pregunta que guió la presente investigación fue precisamente conocer: ¿Cuáles son los factores que motivan y promueven a los miembros de los Consejos Locales de Salud del sector sur oriente de Santiago a participar en salud a nivel local?

De ésta, que es la pregunta central se desprendieron otras que expongo a continuación y que fueron la columna vertebral de lo realizado:

1.- ¿Qué son los Consejos Locales de Salud?

2.- ¿Qué incentiva a la población a participar en los Consejos Locales de Salud?

3.- ¿Qué actividades realizan estas organizaciones? ¿Cómo las planifican y ejecutan?

4.- ¿Cuántos Consejos existen en el sector sur oriente?

5.- ¿Cuál es el ámbito territorial de sus intervenciones?

6.- ¿ Hacia qué sectores de la población enfocan sus actividades?

7.- ¿Cuáles son los temas de interés común que presentan estos CLS?

8.- ¿Qué es la Promoción de la Salud y los estilos de vida saludable, según los integrantes de estos Consejos?

9.- ¿Ejecutan proyectos sociales comunitarios en promoción de la salud?

10.- ¿Cuáles son los objetivos que definen sus intervenciones locales en Promoción de la Salud?

11.- ¿Cuáles son las áreas de intervención en las cuales se insertan sus proyectos comunitarios en Promoción?

4.- Objetivos

Con estas preguntas orientadoras los objetivos de la presente investigación fueron los siguientes:

Como primer **OBJETIVO GENERAL** se trató de:

- Determinar los factores que promueven la participación en los integrantes de los Consejos Locales de Salud (CLS) del sector sur oriente de Santiago.

Y los **objetivos específicos** del anterior serían:

- Establecer los intereses y expectativas que motivan la participación de los miembros de los CLS del sector sur oriente.
- Identificar las áreas de intervención y actividades que desarrollan los CLS del sector sur oriente.
- Reconocer los objetivos de intervención que se proponen los miembros de los CLS para sus proyectos comunitarios.

Un segundo **OBJETIVO GENERAL** fue:

- Reconocer los objetivos y líneas de acción de la Promoción de la Salud que desarrollan los Consejos Locales de Salud del sector sur oriente de Santiago.

Y sus **objetivos específicos:**

- Identificar las áreas de intervención de la Promoción que están contenidos en las acciones realizadas por los Consejos Locales de Salud del sector sur oriente de Santiago.
- Caracterizar las áreas de intervención de la Promoción de La Salud, en el ámbito local.

5.- Hipótesis

Las hipótesis de esta investigación fueron las siguientes:

Hipótesis 1:

Hi: “La Promoción de la Salud es el factor más importante que promueve la participación en los Consejos Locales de Salud del sector sur oriente de Santiago”.

Ho: “La Promoción de la Salud no es el factor más importante que promueve la participación en los Consejos Locales de Salud del sector sur oriente de Santiago”.

Hipótesis 2:

Hi: “El ámbito comunitario es el objetivo prioritario de los CLS”.

Ho: “El ámbito comunitario no es el objetivo prioritario de los CLS”.

Hipótesis 3:

Hi: “Las áreas de intervención de la promoción determinan las actividades y acciones”

Ho: “Las áreas de intervención de la promoción no determinan las actividades y acciones”

6.- Tipo de estudio

La investigación realizada fue de tipo descriptivo y correlacional ya que pretendió establecer cuáles son los factores que promueven la participación en salud en los Consejos Locales de Salud junto a una completa caracterización de sus intervenciones en promoción.

La investigación se basa en un enfoque cuali - cuantitativo. La parte cuantitativa se orientó a la caracterización del funcionamiento de los Consejos, que comprende aspectos como existencia de directiva, de trabajo en red, formas de planificación y realización de actividades, cantidad de reuniones, proyectos formulados en salud, etc, con el propósito de describir el funcionamiento de cada organización para compararlas y socializar esta información entre los Consejos existentes en el sector geográfico en donde se hizo este estudio.

La parte cualitativa tuvo como finalidad describir las causas de la participación identificadas por los propios entrevistados, las áreas de intervención, temas y actividades formuladas por los miembros, junto a las bases que sustentan a las mismas, desde la perspectiva de las directivas de los Consejos Locales de Salud del sector sur oriente de Santiago.

El primer instrumento de recolección utilizado en este estudio fue la “encuesta” que integraba preguntas semi estructuradas, divididas en siete ítems: identificación del integrante y consejo, funcionamiento del consejo, dirección del consejo, actividades que realizan, participación en promoción de salud, información de sus miembros y ámbito comunitario de acción.

Por su parte, el segundo instrumento fue la “entrevista” que tenía como propósito reconocer, desde el punto de vista de las directivas de los consejos, las perspectivas que les brindan a un CLS y a la Promoción de la Salud. A su vez, identificar si la promoción es la estrategia prioritaria en sus intervenciones junto a los factores que motivan a los directivos a participar del consejo y por último identificar el grado de responsabilidad social en salud que tienen los miembros.

7.- Tipo de Diseño

La investigación posee un diseño no experimental, ya que el estudio se realizará sin manipular ninguna variable, solo se observaran los sujetos de estudio y como éstos se desarrollan en su contexto propio.

8.- Muestra

Con los propósitos ya mencionados, se trabajó con ocho CLS del sector sur oriente de Santiago. De estas organizaciones se encuestó a un número determinado de integrantes de acuerdo a los miembros participantes de cada organismo, por lo tanto, se utilizó una muestra probabilística de tipo estratificada por racimos. Para la aplicación de las entrevistas se definió una muestra no probabilística correspondiente a las directivas de cada consejo.

En resumen, el universo N°1 correspondía a 98 integrantes de CLS y su muestra estratificada por racimos correspondió a 55 miembros de CLS en total.

El universo y muestra N°2, de tipo no probabilística, correspondió a 25 miembros que forman parte de las directivas de los CLS del sector sur oriente de Santiago. (Se anexa listado de CLS y su número de participantes. Se anexa también el tipo de muestreo utilizado)

MARCO
TEORICO

CAPITULO I:

1.- ENFOQUES CONCEPTUALES DE LA PARTICIPACION.

LA CONSTRUCCION DEL CONCEPTO DE PARTICIPACION.

Existen diferentes enfoques acerca de la participación, que proponen ciertamente, distintos contenidos del concepto. Estas diferencias dependen de distintos elementos, entre ellos de las experiencias prácticas y territoriales de intervención concebidas por el sujeto y el colectivo, que de acuerdo a sus motivaciones y necesidades expresan sus acciones en las diferentes esferas de la participación, principalmente en los planos político, social, económico y cultural. Si por ejemplo se realiza una intervención con Adultos Mayores al momento de sistematizar dicha experiencia el concepto de participación se vinculará fuertemente al ámbito gerontológico amparado en un cuadro de necesidades propias de la tercera edad; por otra parte, si una institución realiza una intervención territorial en un campamento o asentamiento con el objetivo de consolidar la vida en comunidad y promover el sentido de barrio, el concepto de participación se estructurará en un sentido ampliamente comunitario de fortalecimiento del tejido social y de las organizaciones sociales constituidas en el sector reconociendo a la población como protagonista del proceso.

Por lo tanto, no existe consenso acerca del término de participación.

En este capítulo y para efectos de este estudio la participación será concebida como los procesos y experiencias vividas en torno a dos áreas fundamentales:

a.- Como instrumento para la toma de decisiones.

b.- Como mecanismo de profundización del sistema democrático.

1.1.- La participación como proceso de toma de decisiones.

Diferentes organismos proponen un concepto que permite orientar la participación como un proceso para influenciar las decisiones desde la perspectiva de los diferentes intereses en juego en la comunidad. En este sentido, Martín Hopenhayn (1988) hace referencia al concepto de participación propuesto por Naciones Unidas:

“Influencia sobre el proceso de toma de decisiones a todos los niveles de la actividad social y de las instituciones” (Martín Hopenhayn, 1988 p.20)

La participación tiene sentido y busca decisiones desde el colectivo, por lo tanto, su instauración merece que los distintos sectores que componen la sociedad concreten sus planes definiendo directrices que orienten sus intenciones a través de un cuerpo estructurado que puede ser el partido político, la junta de vecinos, el club deportivo, Unión Comunal de Mujeres, etc.

En este ámbito, la participación debe ser entendida como el camino para la toma de decisiones por parte de la comunidad, razón por la cuál se necesita de una sociedad civil fuerte y organizada. El proceso de toma de decisiones consiste en hacer partícipe a la comunidad de los planes y programas que se ejecutan en su localidad, haciendo uso de su voz y voto como forma de involucramiento en el proceso, de tal manera que el colectivo sea capaz de gestionar las áreas de importancia que ellos han definido como tales.

La participación requiere en el proceso de toma de decisiones que la comunidad canalice, maneje e interprete la información necesaria para precisamente poder tomar decisiones. El acceso a la información permitirá entonces que las comunidades presenten una mayor amplitud de conocimientos en términos de elegir opciones y acciones en sus áreas; la información está vinculada a las decisiones que se puedan tomar en beneficio de sus miembros. De lo contrario, sin información no

existirá la posibilidad de participar efectivamente en la toma de decisiones adecuadas, con lo cual se puede llegar a deslegitimar a las organizaciones sociales ante las personas que de ellas participan.

1.2.- La participación como consolidación del sistema democrático.

La participación impulsada desde el plano central tiene como propósito el fortalecimiento del sistema democrático y asegurar las libertades políticas, sociales y culturales de los individuos; en este sentido, surge un concepto que involucra tanto al Gobierno como a la sociedad civil. Desde esta perspectiva, Podemos visualizar el siguiente concepto de participación:

“Una posibilidad real de integrar a los grupos objetivos de las políticas sociales en la solución de los problemas que los afectan, a través del aprovechamiento de la capacidad de estos sectores” (Salinas, 1997 p.18)

En esta concepción identificamos los siguientes puntos de interés:

a.- “Integración de los distintos sectores de la sociedad en las políticas sociales de los Gobiernos”. Como forma de

integrar a la sociedad civil se han creado políticas e instituciones que tienen como objetivo intentar incluir a los sectores más marginados. Su intención es además erradicar la pobreza por medio de acciones que les permitan fortalecer sus capacidades y potencialidades, siendo los propios individuos y comunidades los protagonistas de su cambio. Su ideal es superar en estos sectores su situación de carencia e insatisfacción que los caracteriza en la actualidad.

b.- “Solución a sus problemáticas aprovechando sus capacidades”. Dar solución a las necesidades sentidas de la población a través de medidas como por ejemplo co – pago de distintos servicios, es decir financiar compartidamente las iniciativas económico sociales que se impulsan desde los gobiernos locales, regionales y central para la solución de las problemáticas sociales. Con este objetivo se propone traspasar sus responsabilidades (del Estado) a la sociedad civil.

Este traspaso se traduce en la necesidad de elaborar y presentar proyectos sociales de inversión, que durante su ejecución y a través de un conjunto integrado de actividades, propone como agentes de desarrollo a las comunidades y sus habitantes. La intención es integrar un producto final al mercado como respuesta a una actividad productiva específica. Se podría

decir que este concepto propone una visión más economicista de la participación.

Para complementar las conceptualizaciones anteriormente revisadas, integraré dos enfoques acerca de la participación desde la perspectiva de su inserción en la realidad social y comunitaria: a.- como proceso integral al desarrollo local y b.- al proceso de desarrollo económico.

1.3.- Como proceso integral al desarrollo local:

Considera a la participación como una conducta, afirmando que permite fortalecer la personalidad individual, demostrando a las personas de mayor capacidad la forma de enfrentar los desafíos futuros.

Desde la perspectiva del fortalecimiento de la personalidad, la participación es una conducta que propone a un actor social más autónomo y seguro de sí mismo asumiendo de mejor forma las responsabilidades de su cargo o función, centrada en las posibilidades de autodesarrollo humano.

La base de esta acción se caracteriza por ser una instancia educativa. Se entiende como una práctica grupal donde las capacidades, potencialidades, valores y visión de mundo, son

compartidos por individuos que se desarrollan en una localidad *geográfica específica*.

Por lo tanto, de acuerdo al efecto pedagógico, la función de la participación es educativa sobre la base de la acción entendida *como un eje de importancia en la producción y reproducción de la cultura*. Participar es actuar en colectivo, vinculado a los procesos grupales como desarrollo de sus potencialidades. A continuación presentaré dos ejemplos:

Se puede identificar en este tipo de participación al “dirigente estudiantil”, que por medio del desarrollo de su personalidad, oratoria y capacidad de liderazgo es capaz de dirigir los destinos de su aula en pro del beneficio del estudiantado o de su casa de estudios.

También visualizo la imagen del “dirigente del club deportivo”, que junto a su capacidad de gestión y planificación de eventos deportivos propone un estado de desarrollo para la comunidad por medio de la recreación y la práctica del ejercicio físico, como opción para la superación de los problemas sociales que afectan tanto a niños y jóvenes principalmente de sectores populares.

1.4.- Como integración al desarrollo económico:

Se centra en la posibilidad de integración al sistema, participando como parte de una unidad social mayor, de acuerdo a la modernidad y a los ciclos del mercado. Es una participación diferenciada, que propone integrar a los grupos marginados.

“La participación al desarrollo es un proceso mediante el cuál se generan oportunidades de incorporación activa y real de las personas a los frutos del desarrollo, para que mejoren sus condiciones y calidad de vida”. (Palma; 1998: 37)

El Estado tienen como responsabilidad, a través de la participación de integrar al individuo a la modernidad. Es el propio Estado que por medio de la formulación de políticas sociales específicas debe integrar a los sectores más excluidos, participando éstos del desarrollo económico.

Este tipo de participación se relaciona con el concepto vinculado a la consolidación de los sistemas democráticos. Su manifestación se ha traducido en comunidades y organizaciones que dependen de proyectos sociales de inversión para la realización de sus actividades, los cuáles se sustentan en presupuestos entregados por instituciones principalmente gubernamentales. La finalidad de esta acción es integrar a los

individuos al ciclo económico, transformándolos en micro y pequeños empresarios para que puedan desarrollar procesos productivos específicos y determinados, engarzada a la intención de presentar un producto o servicio al mercado.

Esta forma de participación integra a todas las comunidades e individuos que presenten ideas o proyectos productivos: indígenas, campesinos, jóvenes, dueñas de casa, etc.

Como se puede apreciar en la literatura revisada, existen distintas conceptualizaciones que implican diferentes contenidos acerca de la participación, que desde las características de su acción y experiencia permiten enfocarla en un área específica de conocimiento. A continuación quiero visualizar cuáles son los aspectos en los que se basa la participación.

2.- ASPECTOS DE LA PARTICIPACION

Se pueden identificar cinco aspectos en los cuáles se basa la participación:

- Aspectos psicológicos.
- Plano sociológico.
- Perspectiva socioeconómica.
- Plano político. (Lima; 1981: 10)

a.- Aspectos Psicológicos: este ámbito propone observar la participación desde la perspectiva de la acción y del comportamiento. Se fundamenta en los valores que motivan la integración de los actores sociales a sus organizaciones o comunidades. El accionar del colectivo se fundamentará en las características que éstos tengan y en los valores que su cultura les haya legado.

De acuerdo a la acción se establece el tipo de participación, que fundado en los valores del individuo, manifiestan el interés por áreas generales o específicas, traducidos éstos últimos en comportamientos relacionados con el área de adopción. Por ejemplo, se tienen valores cristianos y un interés en difundir el catolicismo; como respuesta a esta acción, la participación se orientará hacia fines y temas de practicancia religiosa.

b.- Plano Sociológico: hablamos de participación en este plano, cuando se manifiesta el sentido de “pertenencia” de los individuos, tomando parte en organizaciones de base. Se discute la participación en el sentido de la acción y el compromiso, es decir, que ya no importa solo ser parte de una organización sino atender a las diferentes actividades que los actores desarrollan dentro de ella; involucra obligaciones creadas, vínculos desarrollados y responsabilidades generadas en las experiencias vividas por el colectivo. Por lo tanto, el individuo participa desde la

organización, mientras su acción integrará los principios más importantes que se definieron para el desarrollo y autonomía del organismo o sector.

c.- Perspectiva Socioeconómica: desde este ámbito, la participación observa las relaciones que se obtienen como resultado del proceso de producción y distribución de bienes y servicios específicos, determinando el orden y jerarquía en las funciones administrativas y laborales.

Esta perspectiva conecta las relaciones de propiedad con las de apropiación y las de posesión, es decir, a la decisión de la clase trabajadora para determinar y definir la forma de asumir el proceso de producción en sus diferentes etapas. Por lo tanto, se participa de acuerdo al rol que cumple el individuo en el proceso de creación de riquezas, aquí se integra la discusión acerca de los salarios, la calidad de trabajos y la seguridad laboral, es decir su preocupación son los derechos de los trabajadores lo cuál se expresa en la creación de organizaciones sindicales. Su intención es lograr una mejor calidad de vida como resultado de una mejor remuneración.

d.- Plano Político: La participación tiene como escenario la democracia como proyecto de sociedad. Su ejecución esta enmarcada en la capacidad de adoptar decisiones políticas coherentes y realistas; que los actores tengan participación

efectiva en el poder (partido o asociación) o que los dirigidos inicien un control efectivo sobre los equipos dirigentes (por medio del sindicato o huelga).

La participación depende de la ideología, partido político y tipos de organización que el individuo adopte, como forma de aspirar a la construcción de una sociedad mejor. El propósito de este tipo de participación es involucrar el tema del poder, los antagonismos sociales y a las manifestaciones que buscan la igualdad y emancipación del ser.

A continuación y basándose en el mismo autor presento los enfoques teóricos a cerca de la participación.

3.- PERSPECTIVAS TEORICAS DE LA PARTICIPACION:

La problemática de la participación surge como forma de *satisfacer las necesidades existenciales y las necesidades de realización humanas*, vinculadas a la creación de riquezas tanto materiales como espirituales para el beneficio de unos o de todos; desarrollándose en escenarios que buscaban fundamentar el consenso (orden) como en las manifestaciones de lucha a través de medios políticos contra las situaciones de desigualdad producto del proceso de acumulación de riquezas (igualdad

social), sin embargo, la problemática de la participación, se vincula a la emergencia de las relaciones sociales que se dan al interior de la sociedad civil y política.

La sociedad civil comprende las relaciones de producción y distribución y al conjunto de organizaciones que representan intereses determinados. Mientras tanto, la sociedad política constituye el conjunto de actividades vinculadas al poder sobre toda la sociedad, mediante la adaptación de las clases y fuerzas sociales al modelo de producción. Son las actividades que realiza el Estado coherentes con la intención económica e ideológica de las clases dominantes.

La participación, desde esta perspectiva, está ligada a los procesos de consecución de igualdad social y por tanto contra las desigualdades sociales. La relación individuo, participación y sociedad se ha definido desde la perspectiva de la integración o el conflicto entre el sujeto y la colectividad.

Sin embargo desde este enfoque la vida en sociedad en ocasiones se entiende como un proceso armónico de integración al "orden social" y en esta perspectiva la participación es su pilar fundamental.

También la participación puede ser interpretada como un proceso cuyas contradicciones determinan los “conflictos colectivos”, siendo ella misma su elemento de superación. Es decir, que sí la sociedad civil promueve relaciones sociales dónde prime el orden, a través de una interacción armónica y de respeto entre los individuos, la participación perseguirá este fin.

Ahora bien, la participación desde la perspectiva de la “integración social” propone que los miembros de una sociedad se vinculan e interactúan entre sí, constituyendo una comunidad moral con normas y valores compartidos para así lograr una reorganización moral y social manteniendo una relación armónica entre el individuo y entorno.

Por su parte, la participación desde la perspectiva del conflicto se muestra como un medio y fin para la emancipación, la libertad, la modificación de aquellas relaciones que producen explotación y dominación hacia el hombre. De la idea de participación como acción basada en el orden, integración y respeto se pasa a la propuesta de la autonomía colectiva construyendo un sistema social fundado en los principios de la autogestión y superación del individuo.

La participación se plantea como un proceso en que el obrero se descubre como un ser explotado, manifestándose como

un sujeto histórico capaz de lograr la transformación humana y la felicidad de los hombres. Entre las exploraciones teóricas en este ámbito podemos identificar al “Sistema Cooperativo” y la dualidad “Burguesía - Proletariado” de Marx y Engels.

La participación bajo esta perspectiva, inclina su orientación en los principios y derechos de todos los trabajadores, por tanto que la motivación a acentuar se convierta en un mecanismo importante para lograr una sociedad donde el pueblo sea el pilar fundamental de su desarrollo, considerando sus motivaciones y necesidades reales.

4.- LA MOTIVACION SOCIAL Y SU RELACION CON LA PARTICIPACION.

Como apreciamos anteriormente para Hopenhayn (1988) la participación es la influencia, de un grupo, organización, comunidad, institución, etc, sobre el proceso de toma de decisiones a todos los niveles de la actividad social. Para la manifestación de dicha acción se deben suceder determinados acontecimientos que muevan al individuo o al colectivo a participar, ya que la organización ni las decisiones surgen de estructuras vacías. Esta afirmación se refiere principalmente al grado de “motivación” del sujeto en integrar procesos colectivos de acción que lo impulsaran y comprometerán en la ejecución de diferentes estrategias en su comunidad o localidad. Según el mismo autor, estas “motivaciones” revelan el grado de integración y aspiración de la persona en alcanzar algún bien o beneficio por medio de la participación, logrando así un individuo valorado socialmente.

Así por ejemplo, si mi interés es prevenir las enfermedades respiratorias producto de la contaminación atmosférica, me integraré a grupos de acción ecológica para a través de la educación, concientizar a la población sobre los peligros del carbono y el uso indiscriminado del automóvil.

Si existe interés por la recreación, el deporte y la vida al aire libre, la persona orientará su voluntad de participar en organizaciones como clubes deportivos en sus diferentes disciplinas, asociaciones, scout, etc.

Existen diversas “motivaciones” en la voluntad de participar; teniendo como principales características sus afinidades con el ser y el medio ambiente. Hopenhayn en su ejercicio reflexivo sobre la participación presenta cuatro motivaciones derivadas:

1.- Ganar control sobre la propia situación y el propio proyecto de vida mediante la intervención en decisiones que afecten el entorno visual en que dicha situación y proyecto se desenvuelven.

2.- Acceder a mejores y mayores bienes y/o servicios que la sociedad está en condiciones de suministrar, pero que por algún mecanismo institucional o estructural no suministra.

3.- Integrarse a procesos de desarrollo en los cuáles los sectores excluidos se constituyen en el chivo expiatorio de sistemas que muchas veces producen más marginalidad de la que disuelven.

4.- Aumentar el grado de autoestima “gregaria” mediante un mayor reconocimiento, por parte de los demás, de los derechos, las necesidades y las capacidades. (Hopenhayn; 1988: 22)

Según Hopenhayn ninguna motivación excluye a la otra, sin embargo se remiten a una motivación última que compromete a la existencia humana: “la voluntad de cada cual de ser menos objeto y más sujeto”, denominada motivación fundamental.

4.1.- Motivación fundamental y motivaciones derivadas:

De acuerdo a esta concepción, la motivación fundamental implica que la participación presenta un sentido de humanización, involucrando al colectivo en el proceso de liberación de potencialidades reprimidas para dejar de ser un objeto; convirtiéndose “en un protagonista de sí mismo en tanto ser social” o sea transformarse en un protagonista social en el proceso de participar. En resumen, la motivación fundamental es la base de la voluntad de participar (ser más sujeto y menos objeto) y de la cuál se desprenden las motivaciones derivadas.

4.2.- Motivaciones Derivadas (MD):

Las motivaciones derivadas (MD) son aquellas voluntades que acompañan y fundamentan a la motivación fundamental.

Además su base es el individuo, que en su vida diaria manifiesta la presencia de voluntades y de formas de participación con el objeto de superar su estado actual como miembros de una comunidad. Las MD responden a:

A.- Mayor control sobre la vida propia:

Referido a que participar supone el poder de influenciar decisiones que afecten mi vida, **la acción de participar permite la intención de ejercer un mayor control sobre los procesos que afectan mi entorno**, lugar donde aúno mis esfuerzos en satisfacer necesidades y desarrollar potencialidades.

Esto quiere decir, ser menos “objeto” de las decisiones en las que el individuo no interviene y; ser más “sujeto” o protagonista en las decisiones que se obtengan del proceso colectivo, siendo la base principal de ésta motivación.

El mayor control sobre las decisiones que afectan mi vida supone dos temas importantes: mayor libertad y mayor responsabilidad.

Mayor libertad en el sentido que el individuo está al margen de la autoridad de otros. Mayor responsabilidad en el sentido de ser autor de las circunstancias que guían mi existencia. Cuando

se extiende el campo de la libertad y responsabilidad el individuo se hace más sujeto.

B.- Mayor acceso a bienes y servicios:

Esta motivación se basa en la ampliación del campo en que el individuo puede exigirle a los otros. El intervenir en las decisiones que afectan mi situación, se convierte en la capacidad individual de hacer pesar y valer mis demandas y expectativas socioeconómicas sobre discusiones que afectan la normal distribución de bienes y servicios. Por medio de la participación se busca optimizar el acceso a los bienes y servicios o forzar aquellos obstáculos que impiden su aspiración.

Se pretende incidir en un proceso colectivo de asignación de recursos con el propósito de encaminar todo lo necesario para la satisfacción de necesidades y el desarrollo de potencialidades que durante un tiempo determinado fueron insatisfechas.

Si la alienación es un proceso social de inhibición de potencialidades individuales, la participación, en contraposición, se ve motivada a reducir dichos procesos, interviniendo en las situaciones sociales para que sean óptimas en el desarrollo de las potencialidades.

Esta voluntad se manifiesta en la presencia del individuo durante la adquisición de un bien o servicio, esto es, participar si mis capacidades me permiten ser protagonista de mi propia satisfacción de necesidades.

C.- Mayor integración a procesos:

Participar implica ser más sujeto, teniendo un control de lo que afecta el entorno; a esto se le debe agregar la optimización en el acceso de bienes y servicios. Cada individuo o comunidad debe adecuarse a los procesos que la modernidad determina y cuya instrumentalización nos entrega una sobre carga de tecnología y deshumanización en el proceso social y productivo catalogando al individuo a la pertenencia de una clase social determinada. Por lo tanto, cada individuo tiene la intención de integrarse a los procesos colectivos con la finalidad de entregar sus propuestas a la población. Se distinguen dos tipos de integración: la alienante y la humanizadora.

La primera consiste en que mi identidad obtiene determinados grados de reconocimiento social cuando deja de ser mi identidad; principalmente en un trabajo mecanizado, de esfuerzos intelectuales, de organización jerárquica, etc, o sea se renuncia a la identidad. La integración humanizadora propone una

relación mutua entre el reconocimiento social y mi identidad. Los procesos a los cuáles el individuo se integra, potencia la creatividad y el esfuerzo en vez de inhibirla o eliminarla, principalmente en el ámbito de las gestiones y decisiones colectivas.

En este sentido ser “más sujeto” propone la emergencia de la propia identidad por medio de la integración dinámica a los procesos sociales.

D.- Mayor autoestima vía reconocimiento social:

La participación es también un mecanismo que permite desarrollar la confianza en sí mismo, especialmente si las opiniones del individuo son tomadas en consideración en el proceso de toma de decisiones, de tal modo que las iniciativas aporten al colectivo. Con ello se beneficia la persona y la comunidad de pertenencia y se está valorizando al individuo como ser social. Si se reconocen las capacidades, se incrementa la autoestima.

Se es “más sujeto” cuando se valora y libera el potencial afectivo e intelectual. De acuerdo a este punto de vista, la persona participa si su entorno permite reconocer los aportes del individuo

al colectivo, siendo los miembros de éste quienes deben reconocer las iniciativas impulsadas como propuesta al desarrollo del sector.

Estas motivaciones buscan promover y aumentar los grados de participación en una esfera social determinada por parte del miembro de una localidad específica. Estas motivaciones surgen de la necesidad del individuo por integrar un proceso o una organización social determinada, con la finalidad de desarrollar su participación en una área establecida. El próximo capítulo, esgrime las perspectivas que *Manfred Max Neff* presenta sobre el plano de las necesidades humanas en sus dos enfoques: como carencia y potencialidad; relacionado este último con las motivaciones anteriormente revisadas y con los procesos de participación.

CAPITULO II:

LA PARTICIPACION SOCIAL EN EL PLANO DE LAS NECESIDADES HUMANAS.

La participación, como ya hemos dicho, es una acción colectiva organizada conducente al proceso de toma de decisiones en una comunidad específica, impulsada por la voluntad del individuo de aportar a los procesos de desarrollo local. Esta intención de “ser parte” involucra el interés por algún tema o problemática que promueve la motivación del individuo para ejercer su aporte al colectivo.

De acuerdo a lo dicho, las motivaciones se desarrollan en un campo tanto individual como social, ya que el impulso de la motivación comprende la realización de libertades plenas hasta el reconocimiento de las potencialidades del individuo. En resumen, las motivaciones son las que impulsan la acción de participar; pero ¿No estará incompleta la relación motivación – participación?, ¿Nos estaremos olvidando de algún eslabón importante?

La acción y la voluntad merecen un grado de satisfacción al momento de ejecutar un plan con el objetivo de llenar un vacío. El

individuo busca en la participación, la solución de sus problemas posicionándose en el ámbito de las necesidades humanas y satisfactores como forma de dar respuesta a la díada “intención e interés”.

2.1.- El concepto de necesidad:

Las necesidades humanas revelan el “ser de las personas” de acuerdo a su contexto y características propias. Se hace tangible este enunciado a través de su condición de **carencia** y **potencialidad**, comprendidas éstas en su sentido amplio no solo percibidas como formas de subsistencia como se suele denominar.

Las **necesidades** como **carencias** se restringen a lo fisiológico, asumiendo con mayor fuerza la sensación de “carencia o falta de algo”. A la vez si las necesidades comprometen, motivan y movilizan al individuo, se consideran como **potencialidad**.

Las necesidades, desde este punto de vista, no satisfacen ni colman una sensación determinada; más bien se debe vivir, satisfacer y realizar las necesidades.

Ahora bien, no se debe comprender a la necesidad como un obstáculo para el desarrollo individual o local, ni como un estado que interrumpe una situación social actual; se debe visualizar como una posibilidad de emprender esfuerzos colectivos e individuales, pues moviliza los recursos necesarios para lograr el grado de satisfacción deseado.

2.2.- El concepto de satisfactores:

Son satisfactores los que definen la modalidad dominante que una cultura o una sociedad imprime a las necesidades. No son bienes económicos, sino aquellas formas de ser, tener, hacer y estar, que favorecen, facilitan y contribuyen a la realización de necesidades humanas de acuerdo a la cultura en la que se encuentra el individuo. Entre ellas se puede incluir formas de organización social, estructuras políticas, intervenciones sociales, valores, normas, espacios, contextos, comportamientos, actitudes; todos en una constante relación de consolidación y cambio.

Por ejemplo, si se tiene la necesidad de subsistencia producto de la sensación de hambre, su satisfactor será el alimento necesario para compensar el hambre.

Cabe destacar que un mismo satisfactor puede realizar diferentes necesidades en distintas culturas e incluso contextos o

momentos diferentes. Estos efectos dependen de los “bienes” que se generan incluso de su propio consumo. Estos bienes pueden ser entendidos como objetos y artefactos que permiten la eficiencia de los satisfactores, convertidos en elementos importantes en las sociedades capitalistas.

Para ilustrar la relación necesidad – satisfactor – bien, presentamos el siguiente cuadro:

**Cuadro N°1:
RELACION NECESIDAD - SATISFACTOR**

<u>NECESIDAD</u>	<u>SATISFACTOR</u>	<u>BIEN</u>
Subsistencia	Abrigo	Ropa
Protección	Prevención	Alarmas y equipamientos de seguridad
Entendimiento	Literatura	Libros o material bibliográfico.

Fuente: Manfred Max – Neff, “Desarrollo a Escala Humana” 1986

La relación necesidad – satisfactor – bien, es dinámica y se encuentra en constante cambio, de acuerdo al contexto histórico que los determina. Si los bienes económicos tienen el poder de

modificar la eficiencia de los satisfactores, éstos serán importantes en la creación y generación de dichos bienes. Por lo tanto, se convierten según su significación en una cultura y de los estilos de desarrollo.

Al respecto, Manfred Max –Neef propone una división y estructuración gráfica de las necesidades y satisfactores a través de una matriz, que tiene como propósito organizar el estudio y razonamiento en el área. La propuesta que realiza es la siguiente:

*“Los satisfactores pueden ordenarse y desglosarse dentro de los cruces de una matriz, que por un lado, Clasifica las necesidades según las categorías existenciales de ser, tener, hacer y estar; y por el otro, las clasifica según categorías axiológicas de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, **participación**, ocio, creación, identidad y libertad.” (Max-Neef; 1986: 41)*

A continuación presentamos la matriz de necesidades y satisfactores, considerando exclusivamente la necesidad de participación:

Cuadro N°2
MATRIZ DE NECESIDADES Y SATISFACTORES DESDE LA
PARTICIPACION

1*	SER	TENER	HACER	ESTAR
2*				
PARTICIPACIÓN	Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión, humor.	Derechos, responsabilidades, obligaciones, atribuciones, trabajo.	Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acordar, opinar.	Ámbitos de interacción participativa: partidos, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familias.

Fuente: Manfred Max Neff "Desarrolla a Escala Humana" 1986.

1*: Necesidades según categorías existenciales (ser, tener, hacer y estar).

2*: Necesidades según categorías axiológicas (subsistencia, protección, afecto, entendimiento, "participación", ocio, creación, identidad y libertad).

En las formas del ser para satisfacer la necesidad de participación, se ubican satisfactores como adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión y humor. Estos dan origen a los bienes; según la

cultura y recursos existentes. Su función es la de potenciar el ser de la participación.

En las formas del tener para satisfacer la necesidad de participación, se ubican satisfactores como derechos, responsabilidades, obligaciones, atribuciones, trabajo. En las formas del hacer se ubican satisfactores como afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acordar, opinar. En las formas de estar para satisfacer la necesidad de participación se ubican satisfactores como partidos, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios y familias, como respuesta a las formas de organización y niveles y ámbitos de participación.

2.3.- Los tipos de satisfactores:

El mismo autor, propone seis tipos de satisfactores: destructores, pseudo satisfactores, inhibidores, satisfactores singulares, y para el proceso de participación los satisfactores sinérgicos, exógenos y endógenos.

Los satisfactores sinérgicos son aquellos que al satisfacer una necesidad específica, estimulan y ayudan a la satisfacción simultánea de otras necesidades. Entre ellos, la lactancia, educación popular, organizaciones, democracia, etc.

Los satisfactores exógenos y endógenos los satisfactores exógenos corresponden a las cuatro primeras categorías (destructores, pseudo satisfactores, inhibidores y satisfactores singulares). Estos han sido impuestos desde instituciones o categorías superiores (desde arriba a abajo).

Los endógenos (satisfactores sinérgicos) revelan procesos de libertad, que son impuestos por actos que impulsa la comunidad desde su grupo hacia arriba.

Los satisfactores son las formas que posibilitan la concreción, la satisfacción de una necesidad. En el caso de la participación, éste posee distintos tipos de satisfactores que dependen de las necesidades según categorías existenciales (ser, tener, hacer y estar) y del propósito que tenga la participación según la organización (Junta de vecinos, Clubes Deportivos, Asociaciones, Consejos Locales de Salud, etc.)

Si se determina las formas del ser para satisfacer la necesidad de participación, se pueden encontrar satisfactores como la solidaridad. El bien que puede materializarse corresponde a los lazos de trabajo que pueden desplegarse para el desarrollo de una determinada intervención.

Como podemos apreciar, en los procesos de participación existen motivaciones y necesidades que impulsan a las personas y comunidades a emprender acciones conjuntas para el logro de objetivos comunes, esto sucede en todo los ámbitos de acción y desarrollo social, y entre ellas se encuentra la temática de la participación en "salud" que se caracteriza por las especificidades de la comunidad y por las problemáticas que a ellos afecta.

MARCO
DE
REFERENCIA

CAPITULO III:

ENFOQUES HISTORICOS Y CONCEPTUALES DE LA PARTICIPACION EN SALUD.

La participación en salud se vincula directamente a la historia de las organizaciones populares y a los Centros de Atención Primaria, actores claves en el proceso de participación y cuyo objetivo de trabajo era proponer nuevas alternativas y estrategias para mejorar la salud en la localidad y, por ende mejorar la calidad de la atención en los consultorios. De acuerdo al contexto anterior y a los objetivos del proceso más las realidades históricas y locales, el participar en salud presentó diferentes características en su propuesta y desarrollo.

Así en la mitad del siglo XX el enfoque de la participación en salud se basaba en la integración de tecnologías para el mejoramiento y desarrollo de la calidad de vida, la participación se caracterizaba por la organización, movilización y acción en torno a los programas definidos por el Estado. El propósito era organizar a la comunidad basada en la premisa que la gente no presentaba capacidad estructural para proponer y movilizar recursos.

En la década del 70, la moda fue la organización y desarrollo integral de la comunidad, período en que las instituciones de gobierno reconocen la necesidad de trabajar en

conjunto con la población. Como característica principal de la participación en salud, en esta época, según Maria Teresa Marshall (1991) podemos mencionar su nulo impacto en el nivel de las decisiones en políticas de salud y servicios de atención.

En 1978, la Declaración de Alma Ata acerca de la Atención Primaria de Salud se convierte en la estrategia para lograr la meta propuesta “Salud para Todos en el año 2000”. Esta declaración tiene como propósito obtener el compromiso de todos los actores sociales, en especial la comunidad, para proteger y promover la salud en todo el planeta. Su postura abarca desde la integración del sector salud hasta la motivación por lograr la meta estipulada, en una atención primaria que debe cuidar la salud de su población, principio esencial que deben asegurar todos los gobiernos del planeta.

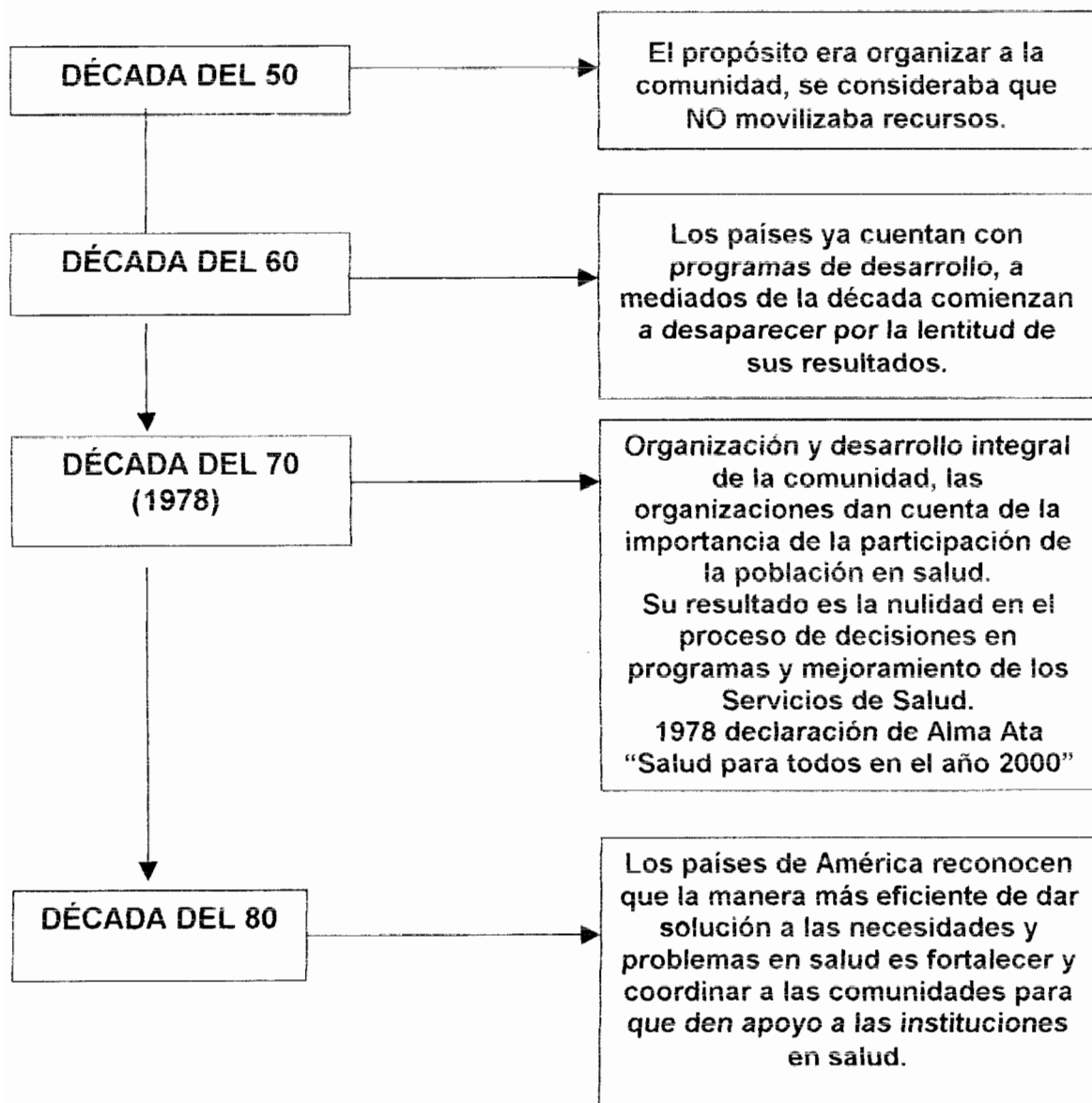
Alma Ata propone que para la construcción de la salud local se deben entregar todos los espacios necesarios para que la propia población pueda participar en el sector y así ir edificando la salud de acuerdo a su respectiva realidad. Este principio queda estipulado en el artículo IV de dicha declaración concertando lo siguiente:

“El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud”. (OMS – OPS; 1988: 3)

Por lo tanto, la participación en salud, desde este enfoque, se convierte en un principio básico para los pueblos del mundo.

Ahora bien, en septiembre de 1988 Los países de las Américas reconocieron a través de la Resolución XV, en la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS/OMS, que la manera de dar efectiva respuesta a las necesidades y prioridades en salud es ir fortaleciendo y coordinando a los grupos, organismos y comunidades que entregan servicios en el ámbito local definido como estrategias para la APS, en donde la participación social es un eje de carácter integrador, en el centro de una serie de estrategias y enfoques de intersectorialidad, descentralización, democracia y promoción de salud para lograr el objetivo de lograr comunidades saludables, promoviendo la participación social en las organizaciones y estilos de vida saludables en la población.

Visión histórica de la participación en salud



3.1.- La salud y la participación como modelos conceptuales:

La organización Mundial de la Salud la define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Dicho concepto tiene relación con factores sociales, económicos y culturales, entorno físico y estilos de vida, por ende, presenta directa relación con la promoción de la salud y la participación social en el ámbito y en el sector primario. Es en este nivel de atención donde la participación constituye una de sus estrategias principales. Por ello, la OPS presenta gran interés por el tema de la participación en salud tanto en los ámbitos de la Atención Primaria como de Promoción. El MINSAL, siguiendo las orientaciones de la OPS, definió la participación en salud como:

“La intervención de las personas, familias, grupos, organizaciones sociales y comunitarias, instituciones privadas y solidarias, en la tarea de mantener, recuperar, y fomentar la salud. Se habla de participación social, cuando intervienen todos o gran parte de estos actores y; de participación comunitaria, cuando intervienen sólo grupos y organizaciones representativas de la población en un territorio definido”. (Weinstein; 1997: 6)

Precisando esta distinción conceptual se puede decir que **La participación comunitaria en salud** se orienta a las acciones

individuales y/o colectivas que desarrollan los miembros de la comunidad con el propósito de promover la salud y prevenir las enfermedades. Estas acciones, realizadas en un territorio geográfico de la comunidad, permiten que la población sea capaz de definir sus problemas y necesidades en salud, planificar y ejecutar sus propuestas y evaluar los resultados obtenidos del proceso local. Por su parte, **La participación social en salud**, es un concepto más amplio que el anterior ya que es un proceso donde se integran e interactúan todos los actores sociales de la localidad (como el Consejo de Salud, representantes de la administración municipal y/o regional del sector sanitario, organizaciones sociales y comunidad usuaria local) en el afán de identificar e intervenir los problemas y necesidades en salud de la población proponiendo estrategias socio sanitarias para sus soluciones. A su vez, estos actores se convierten en protagonistas fundamentales en el proceso de toma de decisiones, responsabilidades y compromisos adquiridos con respecto a la atención en salud. Este es el concepto que se promueve desde la perspectiva de la Atención Primaria de Salud.

De esta forma, ambas formas de participación requieren poner en práctica todos los recursos, conocimientos e instancias que posea la comunidad para la concreción de los procesos participativos que se llevan a cabo en conjunto con el sistema primario de salud.

CAPITULO IV: PARTICIPACION SOCIAL DE LA COMUNIDAD

4.1.- La participación en la toma de decisiones:

Este tipo de participación presenta dos fines que están en íntima relación con el tema del poder. En primer lugar, se define como un proceso que se desarrolla en el marco territorial de instancias locales, **como forma de influir en las decisiones locales**. Según Diego Palma (1998), su característica es que está orientada hacia el poder local. Esta participación se construye en el hacer específico de las organizaciones, de acuerdo a sus demandas y propuestas de desarrollo.

El segundo fin se refiere a los procesos de participación como un **carácter macro social traducidos a los momentos en que la comunidad consume acto de opinión**, participando directamente con su voto en las elecciones para decidir sobre proyectos generales.

Así por ejemplo, una junta de vecinos puede estar motivada a trabajar con equipos municipales para la formulación de proyectos en seguridad ciudadana como respuestas a dichas necesidades; a través de su ejecución permitirá que la comunidad pueda crear habilidades y destrezas en esta materia. De este

modo los miembros de esta organización se convierten en la voz de la localidad al momento de decidir sobre las acciones a desarrollar.

Ahora bien, un Consejo Local de Salud, es una organización que vincula a los centros de atención primaria con la comunidad para resolver sobre dicha materia a nivel local. Dentro de los propósitos de esta instancia es dar a conocer las evaluaciones que se realizan en sus intervenciones en salud. Los objetivos de este ejercicio es presentar los resultados obtenidos por su gestión a las autoridades sanitarias locales, municipales, usuarios y comunidad organizada; establecer un perfil epidemiológico y social de la comuna y de los problemas más urgentes que demandan una rápida solución.

Al presentar las problemáticas de salud de la población de un sector geográfico determinado, necesariamente se debieran formular propuestas para su superación de parte del centro de salud. La información proveniente de los CLS recabada por las instancias de salud municipal son de gran utilidad al momento de planificar en salud a nivel primario.

4.2.- Participación a nivel Comunitario:

Participación comunitaria se define como:

*“Proceso orientado hacia la toma de conciencia de la realidad y la acción consecuente para la búsqueda de soluciones”
(Hevia, 1989: 7)*

Está vinculada al desarrollo humano y social, constituyendo un proceso de construcción de identidad y comunidad.

Por su parte “Comunidad” es definida como un:

“Grupo de personas que viven problemas y necesidades comunes, en un lugar geográfico compartido, que es su localidad y que puede ser tanto urbana como rural. Estas personas mantienen relaciones entre sí, se reconocen pertenecientes a una misma identidad y pueden realizar actividades conjuntas” (Fosis; 1993: 21)

El trabajar organizadamente evidencia lazos de cooperación, amistad e identidad, las personas se reconocen como similares y como ejes en la superación de sus problemáticas para lograr un grado de desarrollo esperado junto a una mejor calidad de vida. Por lo tanto, la base para la participación comunitaria es la organización, entendida desde dos perspectivas: el liderazgo y la intervención social.

El liderazgo, es la capacidad del individuo de manifestar sus potencialidades y características, con el propósito de guiar un

proceso grupal determinado. Son aquellas personas involucradas al interior de las organizaciones y que han ido fortaleciendo su rol por medio de la ejecución de actividades e intervenciones sociales específicas de iniciativa local o propia.

Son estas iniciativas (intervenciones) las que han generado capacidades de acción en los dirigentes sociales, y dichas acciones son el resultado de la condición de su líder y de la interacción con los miembros y las instituciones.

Estas intervenciones sociales no emergen de intereses individuales, sino de necesidades colectivas que identifican a todos los miembros del sector. Esta etapa se denomina identificación del problema y es la fase más compleja en la intervención. Para conocer con profundidad la problemática, la comunidad debe recolectar y analizar toda la información posible sobre su situación actual y sobre las causas y efectos del problema en la localidad.

A continuación, y como segunda fase, se debe conocer "en profundidad" el (los) problema (as) como situación de partida para la intervención.

En determinados procesos, la misión de diagnosticar fue realizada por profesionales y técnicos con experiencia en trabajos

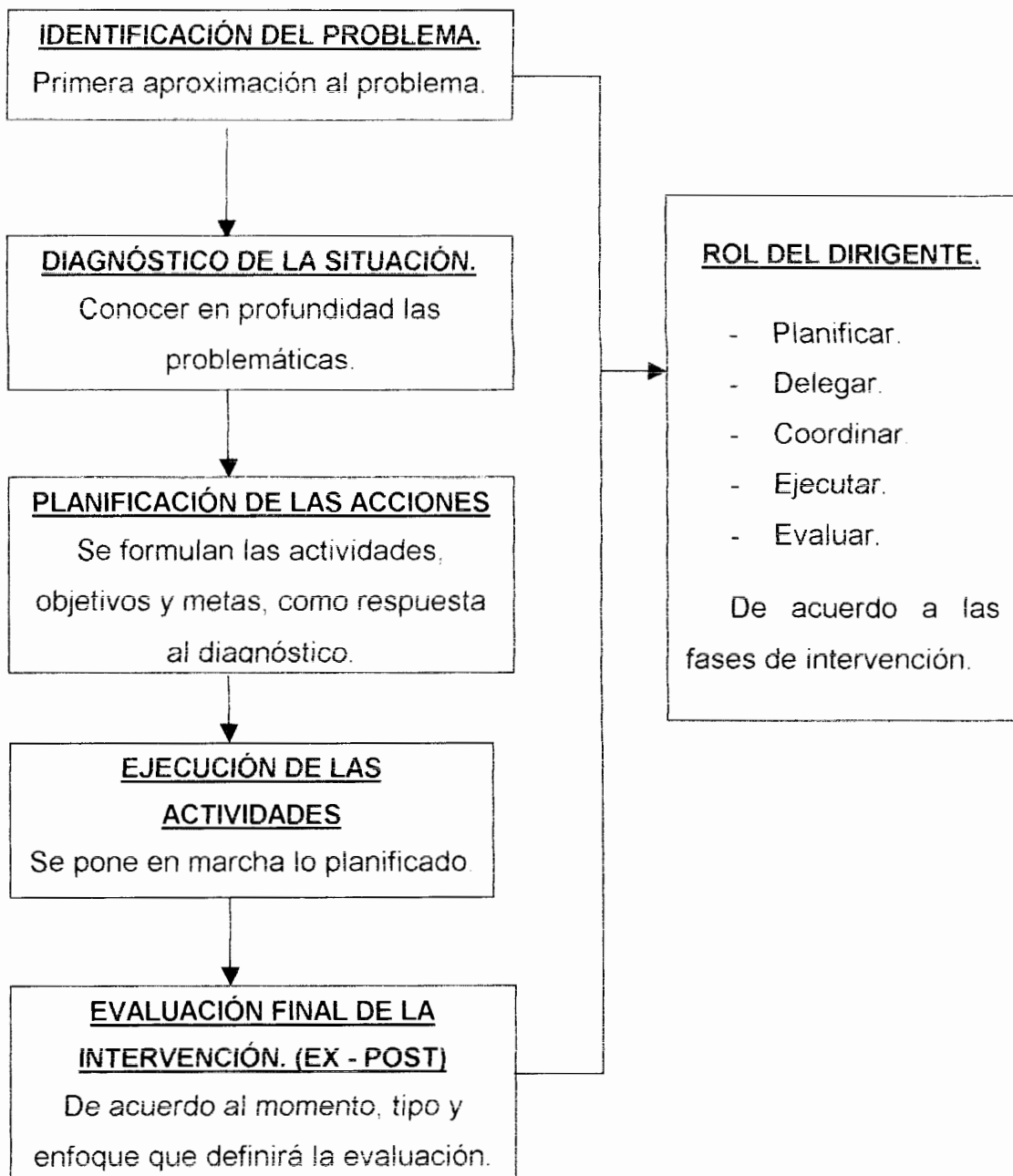
comunitarios. Sin embargo, esta situación no garantizó su excelencia. Entonces, se ha llegado a plantear que el proceso diagnóstico puede tener un mayor grado de certeza **si los propios afectados por el problema participan activamente en su detección**. Como opción al enunciado anterior, se puede realizar un “Diagnóstico Participativo”, **que es la respuesta concreta para involucrar más directamente a la comunidad en la detección de sus problemas y conseguir un mayor grado de compromiso de la comunidad en su solución**.

Como tercera parte, se realiza la formulación del proyecto social, donde se definen las propuestas de acción, las actividades a desarrollar, los objetivos y las metas. Este plan de intervención tiene directa relación al problema diagnosticado y su finalidad es buscar las formas de solución involucrando a la comunidad en este proceso.

La cuarta etapa es la ejecución del proyecto. En este ciclo, la comunidad ejecuta lo planificado en el plan de acción, es decir se pone en marcha su proyecto. El rol del dirigente es administrar y coordinar, delegando cargos y funciones en la intervención de acuerdo a las actividades propuestas. Su objetivo es el fortalecimiento de la organización comunitaria.

Por último está la etapa de la evaluación, la que pretende a través de técnicas, métodos y enfoques, conocer los cambios, impactos y resultados obtenidos, producto de la ejecución del plan de acción.

INTERVENCIÓN COMUNITARIA:



CAPITULO V:
LA PROMOCION DE LA SALUD Y SU INSERCION COMO
ESTRATEGIA DE PARTICIPACION.

5.1.- PROMOCION DE LA SALUD EN LAS AMERICAS:

5.1.1.- Antecedentes:

Las características demográficas, epidemiológicas y socio sanitarias en América Latina y el Caribe, al igual que Chile, han presentado significativos cambios en los últimos años. Las características más importantes en la región son las siguientes:

- Baja en la fecundidad, en la mortalidad infantil y en las muertes por enfermedades infecciosas, aumentando la población y la esperanza de vida. En Chile por ejemplo la esperanza de vida promedio es de 75,2 años.

- La Población de América Latina sufre enfermedades propias de la vejez, como patologías cardiovasculares, de presión arterial alta, diabetes y diferentes tipos de cáncer. Esto debido a la violencia en las grandes urbes y el deterioro del medio ambiente urbano.

Además se trabaja arduamente contra las enfermedades propias del subdesarrollo como el cólera, enfermedades diarreicas y parasitarias, unido a la epidemia del VIH y SIDA.

- Aumento de enfermedades degenerativas crónicas, trastornos mentales, alcohol y adicción a las drogas.

Este cuadro epidemiológico se hace presente en un contexto de crisis sociales y económicas de la región; producto de lo anterior, las devaluaciones de sus monedas ha significado un aumento de los costos de los medicamentos y suministros médicos importados obstaculizando significativamente el tratamiento y prevención de las enfermedades.

Los organismos de la salud como la OMS, OPS en la región y el mundo han realizado una serie de conferencias internacionales en torno a los temas de *promoción y protección de la salud*, entre ellas:

- Conferencia y Carta de Ottawa, Canadá (1986), la cual señala cinco puntos operacionales para la Promoción de la Salud: Elaboración de una política pública saludable, creación de ambientes propicios, fortalecimiento de la acción comunitaria, desarrollo de las aptitudes personales y reorientación de los servicios de salud.

- Conferencia de Adelaide, Australia (1988), que da inicio a la formulación de políticas públicas saludables abordando el primer punto de la carta de Ottawa, entre sus puntos más importantes están: apoyar la salud de las mujeres, mejor acceso a la alimentación y nutrición saludables, reducir el cultivo de tabaco y consumo de alcohol y crear ambientes de apoyo.

- Conferencia de Sundsvall, Suecia (1991) abordó el segundo punto de la Carta de Ottawa y da prioridad a la participación de la comunidad en un enfoque democrático de promoción. Enuncia cuatro puntos en el ámbito de la salud pública para promover la creación de apoyo a nivel de la comunidad; ellos son: fortalecimiento de la defensa de la salud mediante la participación comunitaria especialmente de grupos conformados por mujeres, que las comunidades y personas tomen control de su salud y del medio ambiente mediante la educación y el empoderamiento, creación de alianzas y ambiente de apoyo en favor del medio ambiente y asegurar el acceso equitativo a los ambientes de apoyo para la salud.

- La conferencia de Santa Fe de Bogotá, Colombia (1992) que fue la primera en América Latina y la conferencia de Puerto España, Trinidad y Tobago (1993), la primera del Caribe.

- Conferencia de Yakarta (1997), en esta conferencia se presentan las prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI, sus puntos centrales fueron: promover la responsabilidad social en salud, aumentar las inversiones en el desarrollo sanitario, consolidar y ampliar las asociaciones en pro de la salud, ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar el individuo y consolidar la infraestructura necesaria para la promoción.

Con todo este escenario la OPS en 1994, propone dos metas para la Promoción de la Salud:

- Promover el desarrollo y aprovechamiento de las capacidades humanas mediante el fortalecimiento de la salud positiva en la población.

- Promover la formulación de planes intersectoriales en pro de la salud y fortalecer el sistema de apoyo social que favorece la salud para mejorar las condiciones de vida de los grupos más afectados.

En cuanto a los mecanismos de participación social y comunitaria en actividades de promoción de la salud, diferentes naciones han adoptado una serie de programas que tienen como propósito promover acciones que promulguen una vida sana en la

población. Al respecto algunos de los programas ejecutados por los estados son: educación sanitaria escolar, información sobre la salud, comunicación social y la organización comunitaria.

Cabe destacar que estos programas cambian de denominación, de objetivos y metodologías, de acuerdo a la realidad sanitaria del país respectivo y de la articulación de los planes de promoción nacional.

A continuación presentamos la relación que existe entre la Atención Primaria y la Promoción de la Salud.

5.2.- ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN CHILE:

Como es sabido, el Sistema Público se clasifica en tres niveles de atención:

- **Atención Terciaria**, que corresponde a las atenciones de enfermedades de mayor complejidad, como neurocirugías, implantes, etc. Son hospitales de especialidad.

- **Atención Secundaria**, corresponde al sistema hospitalario que cubre las atenciones derivadas del nivel primario de atención.

Este tipo de atención junto al terciario corresponde al nivel de atención cerrado.

- **ATENCION PRIMARIA**, considerada la puerta de entrada al sistema de salud, corresponde a la atención brindada en postas y consultorios urbanos y rurales, con énfasis en la prevención, fomento y promoción de la salud por medio de los programas que constituyen a este nivel de atención, además su característica más importante es atender a un número específico de población correspondiente a un área geográfica determinada. Al respecto Fernando Salamanca (1993) enfatiza que este tipo de oferta estimula además la inserción comunitaria dada la escala local de sus intervenciones. La administración de los centros de atención primaria es traspasada a las municipalidades en el año 1981.

La Atención Primaria es definida como:

“El proceso participativo e intersectorializado para mejorar integralmente la calidad de vida de todos los habitantes del país, dándole en este proceso, la primera prioridad a los pobres y sectores postergados” (MINSAL; 1993; 6).

Al respecto, propone una articulación con los otros niveles de atención y con los componentes que los definen como estrategia: la participación, en relación a las acciones que

emprende la localidad correspondiente a la circunscripción del consultorio; el autocuidado, reconociendo los factores de riesgo de enfermar, y capacidad de gestión e intersectorialidad, entorno a la capacidad resolutoria del centro de salud y la capacidad de éste de vincularse eficientemente con sus centros de referencia.

5.2.1.-Promoción de la Salud, Atención Primaria y Centros de Salud Familiar:

En la actualidad se pretende desarrollar un sistema de salud adaptado a las necesidades de las personas en un enfoque integral orientado al proceso de salud y enfermedad, dirigido a la familia y comunidad centrado en la prevención. Por lo tanto, se deben desarrollar estrategias conducentes a favorecer un mejor estado de salud, realizando un diagnóstico y tratamiento oportuno de los problemas de salud. Según el MINSAL, estas estrategias están orientadas a las actividades promocionales y preventivas, considerando las estructuras del Gobierno Central, Regional y Local.

Al respecto existen dos tipos de gestiones a realizar: las de carácter masivo, que están dirigidas exclusivamente a la Promoción de la Salud y, las individuales y familiares que abarcan

acciones de promoción como de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación considerando la enfermedad.

Estas últimas acciones se desarrollarán en los “**Centros de Salud Familiar**”, que será el nuevo eje en el modelo de atención y que tendrán como propósito **la atención directa e individual de las personas, la gestión de recursos del sistema de salud y de la red social** con el objetivo de satisfacer las necesidades de la población correspondiente a los centros. Al respecto el MINSAL (1998) buscará potenciar los recursos, aumentar la capacidad resolutive local y entregar al paciente una atención integral, oportuna y resolutive.

Lo que se propone el Ministerio es cambiar paulatinamente la denominación de “**Consultorio**” junto a su enfoque y concepción biomédica, por la de “**Centro de Salud Familiar**” con un enfoque preventivo y promocional dirigido a la persona, la familia y comunidad.

Ahora bien, el MINSAL busca implementar una estrategia de atención primaria que se adecúe a la realidad nacional y local, privilegiando las acciones preventivas y de promoción que junto a la capacidad resolutive, de cuenta de los desafíos de salud, que estén lo más cercano a la realidad de las comunidades, desarrollando un enfoque promocional, preventivo, integral y familiar de las acciones de salud. Por lo tanto, se adoptará un

modelo con enfoque familiar junto al desarrollo de las estrategias de Promoción de la Salud.

5.3.- LA PROMOCION DE LA SALUD EN CHILE, SU INSTITUCIONALIZACION Y ESTRATEGIAS A NIVEL NACIONAL

5.3.1.- Antecedentes:

El país ha sufrido importantes cambios en el ámbito epidemiológico y nutricional. De una situación donde predominaban las enfermedades infecciosas y materno infantiles en la década del 60, se pasó rápidamente a una situación con predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, accidentes y problemas asociados a la salud mental a fines de la década del 80.

Según al Revista Chilena de Nutrición año 2002, actualmente Chile es un país en vías de desarrollo de incipiente desarrollo urbano, asociado al mejoramiento en el acceso al agua potable, educación y salud, pero este escenario trae consigo aspectos como el deterioro de la calidad de vida, alimentación inadecuada, sedentarismo, alcohol, drogas, tabaco,

contaminación atmosférica, falta de áreas verdes, aumento de la violencia, delincuencia e inseguridad en las personas.

Chile aumentó considerablemente su ingreso per cápita en los años 90 pero ello no significó necesariamente un aumento de la calidad de vida ni la disminución de las inequidades. Esta situación explica de cierta forma la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, asociadas principalmente al sedentarismo y a la mala alimentación:

“Gran parte del aumento de ingreso, en especial en el sector más pobre, se destinó a comida rica en grasa y azúcar refinada, como es la comida chatarra y bebidas gaseosas, a compra de televisores, electrodomésticos y automóviles, con lo que disminuyó la actividad física y se incrementó el consumo de tabaco y alcohol, que inciden directamente en la salud de las personas”. (Salinas y Vio; 2002: 164)

Esta situación ha significado un aumento de la obesidad, sedentarismo y tabaquismo en la población chilena, específicamente en los niños, jóvenes y mujeres en edad fértil. Por otra parte, se da gran importancia a los determinantes de la salud de carácter socioeconómico, psicosociales y ambientales y como respuesta surge en los últimos 20 años, una nueva estrategia de Promoción de la Salud, que incluye la movilización

de recursos sociales para enfrentar los riesgos de enfermar. El hito fundamental lo constituyó la Primera Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en Ottawa, Canadá, cuya carta propone una integración de estrategias dinámicas como: acciones de los Estados en la formulación de Políticas Saludables, de la comunidad en sus áreas geográficas, de las personas desarrollando hábitos y conductas saludables y de los Sistemas de Salud en el sentido de reorientar sus servicios y prestaciones.

5.3.2.- Estrategias de Promoción de la Salud en el país:

considerando que los dos objetivos de la promoción son optimizar la salud y reducir las determinantes de enfermedad, definidos a nivel internacional como un proceso que confiere a la población los medios para asegurar un mayor control sobre la propia salud y mejorarla, para el MINSAL la Promoción de la salud es:

“Una estrategia que involucra a los individuos, familias, comunidades y sociedad en un proceso de cambio orientado a la modificación de las condicionantes de la salud y mejoramiento de la calidad de vida.” (MINSAL; 1999: 13)

Esta definición elaborada por el Ministerio es complementada con los siguientes objetivos:

- Desarrollar habilidades, conductas, actitudes hacia el autocuidado y estilos de vida saludable.

- Fortalecer el rol formador y socializador de la familiar con relación a procesos vinculados con la salud.

- Movilizar recursos y aumentar la capacidad de las personas y comunidades.

- Contribuir a crear comunidades conscientes y responsables por la salud.

- Creación de entornos, ambientes y políticas públicas favorables a la salud.

- Concertar voluntades políticas y recursos intersectoriales para modificar condicionantes de la salud y calidad de vida.

- Generar marcos reguladores de las actividades económico sociales que dicen relación con la salud de la población.

Con este marco conceptual es necesario hacer una distinción entre la prevención de las enfermedades y los programas de Promoción. La promoción presenta una perspectiva de una salud positiva y de bienestar; por su parte la prevención lo

hace desde el punto de vista de la enfermedad, dirigido a los factores de riesgo, con separación de niveles de prevención; primaria (fase de susceptibilidad), secundaria (fase pre sintomática y clínica) y terciaria (fase de invalidez) .

5.3.3.- Estrategias de promoción a nivel nacional: Las estrategias se implementaron mediante intervenciones o actividades, intersectoriales, de información y comunicación social, educación y capacitación, participación social y trabajo comunitario, e investigación y vigilancia. A continuación presentamos las estrategias con su definición y objetivos:

a.- Comunas saludables: según el ministerio es definida como un espacio donde las autoridades, políticas, instituciones públicas y privadas, se comprometen a mejorar las condiciones de vida del ambiente. Sus objetivos son:

a.- Incorporar la promoción en la agenda pública, políticas y planes de desarrollo local

b.- Contribuir a la adopción de estilos de vida saludables creando un compromiso de la ciudadanía con la salud y el ambiente.

c.- Movilizar recursos comunitarios e institucionales para el manejo de las condicionantes de la salud.

d.- Redefinir una red de asistencia local en función a de la prevención y promoción de la salud.

e.- impactar a largo plazo en la tasa de morbilidad y mortalidad asociadas a las enfermedades crónicas no transmisibles.

b.- Escuelas Promotoras de la Salud: Según el MINSAL es un centro donde la comunidad escolar desarrolla conocimientos, habilidades, destrezas y responsabilidad en el cuidado de la salud personal, familiar y comunitaria. Sus objetivos se orientan a:

a- Crear condiciones para el desarrollo integral de los alumnos y comunidad educativa.

b.- Impactar a largo plazo en la tasa de morbilidad y mortalidad asociada a enfermedades cardiovasculares y crónicas no transmisibles.

c.- Generar conductas para el desarrollo integral de los alumnos y comunidad educativa.

d- Estimular la integración transversal de contenidos de salud.

f- Estimular la participación y uso de recursos comunitarios para promover la salud.

c.- Lugares de trabajo saludables: Son espacios que promueven el bienestar familiar y social de los trabajadores a través de la protección de riesgos, estimulando su autoestima y el control de su propia salud y del ambiente laboral. Los objetivos según el Ministerio son:

a.- Promover capacidades en empresarios y trabajadores para adoptar políticas favorables a la salud.

b.- Fortalecer acercamiento entre el sector salud, empresas y trabajadores.

c.- Crear redes de apoyo entre empresas, comunidad y otros sectores.

d.- Fomentar al espacio laboral como fuente enfermedad y salud.

d.- PROGRAMA SALUD CON LA GENTE: Es en esta estrategia nacional de promoción donde se insertan los CLS recibiendo ayuda y orientación en el plano técnico, metodológico y financiero por parte del Programa, para desarrollar sus intervenciones locales en el ámbito de la promoción de la salud.

Este programa está destinado a organizaciones sociales y comunitarias que promuevan la salud y calidad de vida participando activamente en su desarrollo y construcción de comunidades saludables. Sus objetivos son los siguientes:

a.- Ampliar la participación de usuarios y comunidad apoyando las acciones de las organizaciones que se interesan en el tema de la salud.

b.- Contribuir al fortalecimiento de las organizaciones, legitimando su rol e incorporación a redes locales.

c.- Contribuir al mejoramiento de la salud y calidad de vida mediante la prevención y promoción de ambientes y estilos saludables.

Además de los CLS participan en este programa Agrupaciones de Mujeres, Voluntariados, Clubes de Adulto Mayor y Grupos de Autoayuda.

e.- Programa CARMEN: De acuerdo al Plan Nacional de Promoción de la Salud de 1999, el MINSAL define a este programa como un conjunto de metodologías y acciones destinadas a modificar factores de riesgo y condicionantes para prevenir las enfermedades no transmisibles. Sus objetivos son los que enunciamos a continuación:

a.- Construir alianzas y crear espacios intersectoriales para implementar un programa de intervención.

b.- Contribuir a reorientar los servicios de salud para la implementación de programas de promoción y prevención.

5.4.- ACCIONES REALIZADAS EN PROMOCION DE LA SALUD A NIVEL NACIONAL E INSTITUCIONAL.

5.4.1.- Primer Congreso chileno de promoción de la salud y el acta de Huechuraba:

El primer Congreso chileno de Promoción de la Salud fue realizado los días 24 y 27 de agosto de 1999 en la comuna de Huechuraba en Santiago, participando todas las instituciones que se vinculan fuertemente con la Promoción y que la consideran pilar en sus acciones.

e.- Programa CARMEN: De acuerdo al Plan Nacional de Promoción de la Salud de 1999, el MINSAL define a este programa como un conjunto de metodologías y acciones destinadas a modificar factores de riesgo y condicionantes para prevenir las enfermedades no trasmisibles. Sus objetivos son los que enunciamos a continuación:

a.- Construir alianzas y crear espacios intersectoriales para implementar un programa de intervención.

b.- Contribuir a reorientar los servicios de salud para la implementación de programas de promoción y prevención.

5.4.- ACCIONES REALIZADAS EN PROMOCION DE LA SALUD A NIVEL NACIONAL E INSTITUCIONAL.

5.4.1.- Primer Congreso chileno de promoción de la salud y el acta de Huechuraba:

El primer Congreso chileno de Promoción de la Salud fue realizado los días 24 y 27 de agosto de 1999 en la comuna de Huechuraba en Santiago, participando todas las instituciones que se vinculan fuertemente con la Promoción y que la consideran pilar en sus acciones.

En dicho Congreso se suscribe el “Acta de Huechuraba”, que considera los siguientes antecedentes:

a.- Que Chile ha enfrentado grandes cambios en su estructura social y política, fundamentalmente en el aspecto demográfico y epidemiológico. Estos cambios han modificado la condición sanitaria del país caracterizada por el predominio de enfermedades crónicas, accidentes y problemas asociados a la salud mental.

b.- Los cambios que ha experimentado la sociedad chilena, no han significado una mejoría en la calidad de vida especialmente entre los más pobres. Esta modernización ha traído consigo un aumento de los estilos de vida poco saludable.

c.- Como respuesta a esta situación se plantea a la Promoción de la Salud como una estrategia con un enfoque positivo de bienestar social orientado a mantener al individuo, comunidad y sociedad en ambientes saludables. La Promoción de la Salud actúa sobre los condicionantes de la salud y sobre los factores que lleva a la enfermedad.

d.- Se reconoce el esfuerzo realizado en la conformación del Consejo Nacional para la Promoción de la Salud, VIDA CHILE.

El llamado a la acción, realizado por el acta, es fomentar la solidaridad, la confianza, la recreación y la actividad física, evitando el consumo de alcohol y drogas e incentivando la alimentación sana.

Además promueve la formación de redes de apoyo, construyendo espacios saludables en la familia, lugares de trabajo, escuelas y comunidades, impulsando el autocuidado y responsabilidad colectiva.

En cuanto al compromiso público suscrito, está el apoyar acciones en promoción a nivel local y regional, integrando una red amplia que refuerza las responsabilidades individuales y colectivas en salud.

El acta de Hechuraba fue firmado por el Presidente de la Cámara de Diputados, Ministro de Salud y de otras carteras, parlamentarios, subsecretarios, Dirección General de Carabineros, Directores de Servicios Públicos Nacionales, alcaldes, universidades y representantes de la iglesia, del deporte, la cultura y recreación.

5.4.2.- Plan Nacional de Promoción de la Salud:

En 1999 se formula un Plan de Promoción de la Salud como respuesta a los cambios sociodemográfico y epidemiológicos del país. Este plan propone acciones basadas en las condicionantes de la salud de acuerdo a la situación sanitaria actual, operacionalizándola en estrategias según cada condicionante. El plan se gestiona en forma descentralizada por medio de los Gobiernos locales y regionales, y sus pilares estratégicos son la intersectorialidad y la participación social. Según el MINSAL en el Plan de Promoción (1999), los objetivos para el país son: Promover estilos de vida y ambientes saludables; aumentar el conocimiento y capacidades individualidades – comunitarias para cuidar la salud y reforzar el rol regulador del Estado sobre condicionantes de la salud.

Las metas consideran las características de cada región y los problemas de salud que los afectan. Según el MINSAL (1999), estas acciones se ordenan en base a las siguientes prioridades y estrategias:

Cuadro N°3
PRIORIDADES Y ESTRATEGIAS EN PROMOCIÓN DE SALUD

<i>PRIORIDADES DE SALUD</i>	<i>PRIORIDADES DE ACCION (CONDICIONANTES)</i>	<i>ESTRATEGIAS</i>
Cardiovasculares	Alimentación	Comunas Saludables
Salud Mental	Actividad Física	Escuelas Promotoras de la Salud
Accidentes	Tabaco y Alcohol	Programa Salud con la Gente
Cáncer	Medio Ambiente	Lugares de Trabajo Saludable
	Factores Protectores Psicosociales	Programa CARMEN

Fuente: Plan Nacional de Promoción de Salud, 1999.

5.4.3.- Consejo Nacional para la Promoción de la Salud – VIDA CHILE:

Es un organismo asesor intersectorial formado por veinte instituciones nacionales y presidido por el Ministro de Salud, su objetivo es contribuir a fortalecer las actividades de prevención, promoción y calidad de vida de cada sector, implementar proyectos intersectoriales, campañas comunicacionales y aportar a la formulación de políticas públicas saludables. El Consejo VIDA CHILE esta integrado por los ministerios de Estado, municipalidades, Carabineros, CONAMA, Comité del adulto

mayor, CONACE, FOSIS, Chile Deportes, INJUV, INTA, JUNAEB, JUNJI, OPS – OMS, SERNAC y la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias. Estos comités también tienen representatividad a nivel local y comunal; 217 municipios han constituido Comités VIDA CHILE y 12 de 13 regiones cuentan con Consejo Regional de Promoción de la Salud.

5.4.4.- Segundo Congreso Chileno de Promoción de la Salud:

El segundo congreso chileno de promoción se realizó en la comuna de Huechuraba en Santiago entre los días 24 – 26 de octubre de 2002 y al igual que en el Congreso anterior participaron instituciones, nacionales y extranjeras, preocupadas por el tema de la Promoción en sus diferentes ámbitos de acción. Entre ellos profesionales del sector público y privado, autoridades, académicos, legisladores y representantes extranjeros. La metodología de trabajo utilizada durante la jornada se basó en conferencias, mesas redondas, lecturas y presentación de trabajos orales y posters sobre temas como: estrategias de promoción en espacios educativos, en el espacio comuna, de estilos de vida y ambientes saludables, fortalecimiento de factores protectores sicosociales, participación e intersectorialidad y recursos humanos e investigación.

CAPITULO VI:

LA PARTICIPACION EN SALUD EN CHILE

6.1.- Incorporación de la comunidad al área sanitaria en la década del setenta:

a.- Estructura, intervención e integración de los actores sociales en salud:

El proceso de democratización del SNS se inició con la promulgación del DL 602 el 1 de septiembre de 1971 y su propósito era integrar a la comunidad, los trabajadores y a las instituciones en las labores de salud.

Los objetivos de este proceso eran integrar y coordinar a todos los actores sociales de la época para mejorar las condiciones de vida de la comunidad, y como segundo referente, integrar el factor ideológico ya que se propuso la constitución de una salud desde la perspectiva del pueblo.

El DL 602 en su afán de institucionalizar la incorporación de la gestión en salud de la población, esgrimió los siguientes puntos:

En cada **establecimiento del SNS se debía constituir un Consejo Local de Salud**, como en cada **Área de Salud debería funcionar un Consejo Local de Área de Salud**.

Las funciones que se le asignaron a estos Consejos Locales de Salud fueron: examinar los problemas de salud de la comunidad y proponer sus soluciones, integrar a los miembros de la comunidad en la participación de sus propias soluciones, y difundir las tareas realizadas en salud. Además, estos organismos presentaban funciones especiales para su funcionamiento: proponer coordinación entre los actores sociales en el ámbito de la salud, fomentar la participación de la comunidad abarcando todo el proceso de planificación local en salud, propender la integración de las autoridades, los trabajadores y la comunidad con el objetivo de evaluar los diferentes programas, y denunciar las faltas administrativas para formular medidas para su solución.

La constitución de los **Consejos Locales de Establecimientos de Salud**, integraba desde representantes de la comunidad a organizaciones de trabajadores.

Según Hernández (1973) estos Consejos fueron compuestos por: a.- el jefe de Establecimiento del SNS, b.- un representante de cada una de las organizaciones poblacionales

correspondiente a la jurisdicción del establecimiento, c.- un representante de cada una de las organizaciones de trabajadores y/o consejos campesinos, d.- representantes de organizaciones de trabajadores del establecimiento y funcionarios del mismo, E.- un representante del gobierno Interior, F.- un representante municipal, y por último, G.- un representante local de educación.

Estos consejos deberían ser convocados por su presidente una vez al mes, sesionando con a lo menos un tercio de sus integrantes.

Por su parte, en cada Establecimiento se constituyeron **Consejos Paritarios de Establecimiento de Salud**. Estos tenían como objetivos dar cumplimiento de las funciones y atribuciones del Consejo del sector y contribuir a la definición de Programas de Salud.

El Consejo Paritario de Establecimiento estaba integrado por el jefe del Establecimiento, representantes de organizaciones de trabajadores de la salud y sindicatos.

Sus integrantes tenían como obligación participar en todas las reuniones del Consejo Local del Establecimiento, de reunirse una vez por semana y sesionar a lo menos, con un tercio de sus integrantes.

Junto a los Consejos de Establecimiento, se constituyeron **Consejos Locales en cada área de Salud**. Estos organismos estaban integrados por: a.- El jefe de Área de Salud correspondiente, b.- Representantes del Consejo Local de Establecimiento, c.- Representantes del Gobierno Local, d.- Representantes de organizaciones de Salud, representantes de la CUT y de Consejos Campesinos, E.- Un representante de educación.

A su vez, en cada Área de salud se constituyó un **Consejo Paritario de Área**, ente responsable del cumplimiento de las funciones asignadas la Consejo Local de Área.

El proceso de democratización del Servicio Nacional de Salud, que se inició con la formación de Consejos Locales y Paritarios, tuvo en algunas zonas un considerable éxito y en otras no se puso en marcha. Según Hernández (1973) el éxito dependía del afiatamiento de los equipos de salud, del concepto de salud instaurado por el personal médico y de la motivación presentada por las autoridades locales.

En algunos establecimientos y áreas de la época, los Consejos Locales y Paritarios se convirtieron en organismos con gran reconocimiento popular en el país, como en el caso de Arica, área sur oriente de la capital, Puerto Saavedra y algunos de los

establecimientos de la novena zona. Sus características fueron el realizar un trabajo en conjunto con la comunidad para la búsqueda de soluciones de los problemas sanitarios de la población y la posterior ejecución de tareas.

Por su parte, en algunos establecimientos no tuvo el éxito esperado.

Estas organizaciones (Consejo Local de Salud y Paritarios de Establecimiento y Área) se convirtieron en las estructuras sanitarias precedentes de los Consejos Locales actuales, que a pesar de los años, presenta una concepción similar de la participación, vinculada a la consolidación del sistema democrático.

Las organizaciones de los 70, que revisamos anteriormente, presentaron funciones y características muy parecidas a sus homónimos de los 90; entre ellas canalizar los problemas de salud de la comunidad, proponer soluciones eficaces y realizar un trabajo mancomunado de salud.

En cuantos a las diferencias presentadas se dirigen principalmente a la constitución e integración de estos organismos, considerando sus épocas de ejecución. El único

integrante que permanece inalterable en el tiempo es la comunidad.

Los Consejos Locales de la década del setenta, basados en el proceso de democratización, estaban compuestos por representantes de Área y Establecimiento, de organizaciones gremiales de la salud, de equipos profesionales y representantes de los Gobiernos Locales y la comunidad. Actualmente y considerando los cambios estructurales que sufrió el sector salud durante la dictadura militar y por el traspaso de los centros primarios de atención a la administración municipal a principios de los ochenta; los Consejos Locales tienen como referentes directos a sus consultorios representando a sus organizaciones comunitarias.

Hoy en día los CLS son integrados por la comunidad, usuarios y equipos de salud. En cuanto a las características más importantes de los Consejos Locales de Salud que funcionan en la actualidad en el país, serán expuestos más adelante.

b.- La Participación de la comunidad en salud (1971-73):

Durante el Gobierno de la Unidad Popular, los equipos de salud delegaron funciones y responsabilidades a los miembros de la comunidad para la realización de tareas específicas de salud.

El objetivo de la delegación de funciones era tener un efecto multiplicador de las acciones de salud en el área, impulsadas por el equipo y la comunidad estableciendo en conjunto las acciones a seguir. Era la propia comunidad la responsable de detectar sus problemáticas y responsabilizarse por el área de acción definido. Bajo este escenario nacieron los **Voluntarios en Salud**, definidos de la siguiente manera:

“Los Voluntarios en Salud son personas de la comunidad, que como su nombre lo indica, entregan voluntariamente horas de su tiempo para dedicarse al trabajo en salud. Sus acciones son de tipo educativo y de colaboración a las actividades planteadas por el establecimiento” (Hernández; 1973: 16)

Sus primeras acciones fueron el participar en las campañas de emergencia contra las enfermedades respiratorias y diarreas, en el inicio de la década del setenta. Su misión era educar a la población, realizar catastros e impulsar a la movilización de la comunidad.

Estos voluntarios participaron en diferentes campañas nacionales y en la entrega de leche a los menores; sumando en 1971 alrededor de 10.945 voluntarios en el país, constituyéndose esta actividad en la principal acción de participación comunitaria en salud durante la época.

Después de una reestructuración de los voluntariados, realizada por el SNS en conjunto con la comunidad, confirman en estos grupos la responsabilidad colectiva de los integrantes junto a la capacidad organizativa de los mismos. De esta reestructuración surgieron nuevas normas las que deberían regir las acciones de los voluntarios, estas fueron:

- En cada consultorio se deberían constituir **Brigadas de Salud** conformadas por funcionarios del establecimiento y representantes de organizaciones locales. Estas deberían formarse de acuerdo al número de sectores correspondientes al consultorio.

- En cada sector se elegiría a un responsable de salud a cargo de un número específico de familias. Además este responsable debería participar de la Brigada respectiva.

- Trabajar los problemas de salud, desde la perspectiva de la prevención y del fomento, contribuyendo a su solución a través de la realización de actividades diarias las que fueron planificadas de acuerdo al contexto de la localidad.

Las funciones de las brigadas fueron:

- Formar y capacitar a nuevos responsables de salud de su sector.
- Elaborar diagnósticos sobre la realidad sanitaria de su sector.
- Elaborar un plan de acción definiendo responsabilidades a los brigadistas.
- Evaluar el Plan de acción.
- Promover la formación de Consejos Locales Paritarios en los establecimientos que no los poseen.
- Participar en el Consejo Local de Salud.
- Coordinar Inter-brigadas.

Las tareas que los voluntarios debieron realizar en su sector fueron tres: **Prevención**, orientado a la educación de la población ligada a las organizaciones sociales y a la prevención directa; **Censo** a través del registro permanente de los datos del sector y de sus familias y por medio del cuaderno diario de actividades, y por último el Control dirigido al saneamiento ambiental, control de recién nacidos prematuros y normales, menores de seis meses y

desnutridos, a su vez se realizaron controles y censos a mujeres embarazadas del sector y a los enfermos alcohólicos. El propósito del Control era tener una visión sobre las enfermedades de los sectores respectivos y así realizar labores preventivas.

Bajo estas directrices se rigió la participación social y comunitaria en salud durante la década del setenta.

Ahora bien, estos espacios de participación se perdieron rápidamente durante la dictadura militar, desarticulando el eje consultorio – comunidad restituyendo la “concepción biomédica” en la atención primaria dejando a la acción y movilización de la población en un plano secundario por la cartera de salud en los años ochenta, pues el Gobierno militar de la época reprimió todas las instancias de organización y participación de la gente en todos los ámbitos de la vida social, incluyendo la salud.

A continuación presentamos el modelo de participación impulsado por el MINSAL en la década del noventa junto a sus líneas programáticas más importantes, finalizando con la caracterización de los Consejos Locales de Salud que funcionan en la actualidad y que tiene como primer antecedente a los consejos impulsados por el SNS en los setenta.

6.2.- La participación social en salud desde la perspectiva de los gobiernos concertacionistas:

Desde 1990 el MINSAL, ha impulsado programas con el propósito de fortalecer los procesos participativo – democrático del país. Para ello se crea la Unidad de Participación Social, la que en 1997 se convierte en la base de la actual Unidad de Promoción de Salud de la División de Atención Primaria (DIVAP).

Se inician acciones que pretenden fortalecer la participación de la comunidad en las decisiones de los establecimientos de salud. Se crea un modelo orientado a la Promoción de la Salud con el apoyo del “Programa Salud con la Gente”.

Los Gobiernos de la Concertación conciben la participación desde una perspectiva de fortalecimiento y consolidación de la democracia para el logro de los objetivos de protección y bienestar social. La base para los procesos de participación impulsados por el Gobierno y sus Carteras son las siguientes:

- Fomentar la organización de las personas en torno al mejoramiento de sus condiciones de vida y desarrollo socio-cultural.

- Incluir la dimensión participativa en la modernización y reforma administrativa pública, desarrollando la transparencia y control ciudadano, a objeto de mejorar la eficiencia de la gestión pública.

- Implementar estrategias de intervención social diferenciada, considerando los desiguales niveles de organizaciones de los distintos sectores sociales, y en especial la precaria realidad organizacional de los sectores más vulnerables.

Para el MINSAL, la participación es un eje importante de su política, ya que a través de la participación social se ha propuesto un cambio en el sentido de comprender y abordar los problemas en salud, en la relación equipo de salud con los pacientes y comunidad general y en sus relaciones con toda la sociedad. El MINSAL para promover estos cambios propone un marco conceptual y una propuesta operativa orientado a aportar a una mayor satisfacción usuaria y de los funcionarios y por otra parte a los procesos de producción social en salud.

“El marco conceptual acordado sitúa a la participación como un proceso social, mediante el cual el sector público facilita y estimula a los actores y sectores de la sociedad chilena, en diferentes niveles de gestión (nacional, regional y comunal) para que aporten en el diagnóstico de sus propias necesidades, señalen prioridades, establezcan relaciones de intercambio y

cooperación, negocien y se concerten con la autoridad pública, promuevan y pongan en práctica soluciones concretas ante las diversas situaciones que los afectan, evalúen y controlen la gestión pública de salud" (MINSAL; 1999: 69)

Desde esta perspectiva, la participación puede significar un traspaso de poder hacia la comunidad, en la medida que sus instancias locales estén consolidadas y se pueda y establecer una coordinación intersectorial con los Servicios de Salud, Municipios en una relación más horizontal y de colaboración.

Según el MINSAL, en 1995 cada región y Servicios de Salud del país, se comprometen a crear modelos propios de participación, basadas en sus experiencias locales y a implementar una propuesta operativa que incluyera acciones transformadoras en una triple dimensión:

- A nivel interno.
- En relación con otros sectores.
- En relación con usuarios y comunidad.

En el nivel interno se propone el cambio de una gestión tradicional a una gestión participativa que posibilite generar y fortalecer nuevas capacidades organizacionales, creando en los

trabajadores una mayor identificación con la misión institucional, de la gestión y programas en salud.

A nivel de relación con otros sectores, se ha impulsado una "efectiva" acción intersectorial entre las distintas organizaciones y sectores para trabajar conjuntamente en temas de la salud. Esto se traduce en la formulación de programas a nivel central y en el diseño y ejecución intersectoriales.

En el nivel de usuarios y comunidad, se plantea la posibilidad de crear espacios para que ésta pueda influir o tomar parte de las decisiones, fortaleciendo su protagonismo en el cuidado de la salud. Podemos observar que para la cartera de salud el tema de la participación comunitaria es de vital importancia y su finalidad es que cada día se les entreguen más herramientas a la gente y que ellos mismos puedan formular sus propias acciones en salud.

Estos modelos, propuestos por el ministerio, se estipulan en el Plan Nacional de Promoción de la Salud de 1999.

6.3.- Modelo de participación impulsado por el MINSAL en la década del noventa.

Desde 1990 se definen los ejes de la política de salud, diseñando diversos programas y líneas de acción para su ejecución.

Las líneas orientadoras de la política ministerial actual en torno a la participación son las siguientes:

a.- Con relación al autocuidado, prevención y promoción de la salud: en este sentido, la salud se orienta en una perspectiva en donde interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales, siendo la sociedad la responsable de la mantención de la salud, tanto en el ámbito individual como en el área de los hábitos y comportamientos.

Esta situación se ha ido complementando de acuerdo al cuadro epidemiológico que supone enfermedades relacionadas con los nuevos estilos de vida (alimentación, sedentarismo, etc) y que pueden ser prevenibles. La perspectiva curativa y de tratamiento de la enfermedad, debe ser reducida.

La participación se vincula al autocuidado, la acción colectiva y la promoción en pos de la detección y tratamiento de la enfermedad.

La meta propuesta por el MINSAL en este sentido, es que la estrategia apunte al fortalecimiento del sector primario otorgando a los consultorios el carácter de “centros de salud”, donde los equipos de salud se integran a las redes comunitarias, interactuando con la población local, diagnosticando los problemas y necesidades en conjunto para establecer, propuestas de acción para su solución. Esta línea de acción como puede apreciarse, se vincula fuertemente con la noción de **participación comunitaria** anteriormente revisada.

b.- En relación a la gestión del sistema público de salud: el MINSAL asume el desafío modernizador impulsado por el Gobierno. Incorpora al usuario como centro del servicio público, generando espacios para que estos puedan consumir actos de opinión y decisión en programas y acciones de cada servicio. Es en este escenario donde se propone la creación de Consejos de Desarrollo, Consejos de Salud o Comités de Participación, integrados por funcionarios de la salud, Comunidad y usuarios en general. Esta estrategia se dirige también a generar espacios de control social sobre la gestión de los establecimientos y del sistema en su conjunto, en la medida que la comunidad pueda

contar con toda la información disponible de su interés y así consultarles sobre acciones a futuro.

Esta línea se vincula al concepto de **participación social en salud**.

6.4.- Puesta en práctica de los lineamientos de salud.

Las líneas descritas precedentemente se han materializado desde el gobierno de Aylwin. Con relación a la participación comunitaria, durante el primer gobierno Concertacionista, se buscó reforzar al nivel primario con la intención de transformarlos en centros de salud.

Específicamente en el tema de la participación comunitaria e intersectorialidad, se propició la conformación de los llamados **Comités o Consejos Locales de Desarrollo** en todos los establecimientos, en el año 1995. Estas instancias tendrán un carácter asesor a la dirección del establecimiento o Servicio de Salud y podrán realizar funciones de carácter informativo, propositivo, evaluativo, promotor y/o consultivo.

Además, el mismo año a través de la Unidad de Participación Social se impulsa el programa "Salud con la Gente", siendo ampliada en 1996 a servicios de salud de siete regiones.

Este programa consiste en el traspaso de recursos financieros y de asesoría a organizaciones sociales vinculadas a la salud con el propósito de apoyar sus acciones, mediante la firma de “compromisos de acción” que describen las actividades que estas organizaciones pretenden realizar.

“El propósito que sustenta este programa es fortalecer la capacidad de acción de las organizaciones sociales, de modo que se constituyan en interlocutoras de los establecimientos y tengan un rol activo en los Consejos Locales de Desarrollo; ello significa apoyar el quehacer que las organizaciones han desarrollado autónomamente, al tiempo que abrir los establecimientos para incorporarlos en su gestión” (Weinstein; 1996: 9)

6.5.- Los Consejos Locales de Salud:

De acuerdo al modelo de participación anteriormente descrito por el MINSAL, los equipos regionales han formulado e implementado planes de acción con la finalidad de fortalecer el desarrollo de la participación social para que exista un mayor reconocimiento de los usuarios en las tareas de Promoción de la Salud y de fortalecimiento del sistema público de salud.

Con el respaldo de las autoridades de salud, se han generado espacios para la creación de instancias formales de participación de los usuarios y comunidad en los establecimientos de salud. Estos espacios se han convertido en los **CONSEJOS LOCALES DE SALUD**.

Estos consejos, tal como se señalase en párrafos anteriores, comenzaron a funcionar el año 1995, considerando la propia concepción y alcances que el Ministerio tienen en torno a la participación social:

- Para el sector salud, la Participación es considerada como estrategia básica para la consolidación del sistema democrático, y para el logro del bienestar e integración social.

- Se constituye en un medio para el desarrollo de las personas como sujetos comprometidos con el cuidado de su salud.

- Busca la creación de comunidades con capacidad de interlocución, que actúen solidariamente y pueden ejercer un control social sobre el sistema de salud.

Los Consejos Locales de Salud tienen diferentes denominaciones: Consejos Locales de Desarrollo, Consejos

Consultivos, Comités de Salud Comunal, Comités Locales de Salud, Comités de Promoción, etc.

Están concebidos como organismos asesores de las Direcciones de los establecimientos de Salud, como canalizadores de las demandas y necesidades de la comunidad y usuarios, y para proponer soluciones frente a problemas vinculados con la calidad de la atención y problemas de salud de un determinado centro de atención.

Ahora bien, el MINSAL define a los **Consejos de Salud o Desarrollo** como:

“Organismos asesores a la Dirección de hospitales y consultorios con representación de la comunidad, usuarios y del personal de salud, en la perspectiva de ejercer un control social sobre la gestión” (MINSAL: 1999: 1)

Los objetivos propuestos para el funcionamiento de los Consejos son los siguientes:

- Colaborar en el diagnóstico de salud de la población.

- Informar a los usuarios y comunidad sobre el funcionamiento del establecimiento de salud (programas, sistemas de atención, problemas, etc)

- Recoger opiniones e iniciativas de la comunidad y del personal de salud para mejorar la calidad de atención y satisfacción usuaria.

- Participar en la formulación, implementación y evaluación de los planes de desarrollo del establecimiento.

- Impulsar acciones de trabajo conjunto entre equipo de salud y comunidad.

- Movilizar recursos financieros y otros aportes de la comunidad.

- Contribuir al compromiso de los ciudadanos con el fortalecimiento del Servicio Público de Salud, la promoción de la salud y el desarrollo local.

Como puede apreciarse son instancias de participación con una amplia gama de objetivos de carácter flexible, de acuerdo a la cultura local, cuya misión es iniciar un cambio desde un modelo

de gestión tradicional a uno más participativo en los establecimientos de salud.

6.6.- Constitución de un Consejo de Salud:

Como primer paso se debe dar a conocer la iniciativa a los directivos y equipos de salud de los establecimientos y realizar reuniones con el fin de revisar y reflexionar acerca de la experiencia de otros consejos en funcionamiento.

Luego de dar a conocer la iniciativa, se deben evaluar las condiciones para su constitución como por ejemplo el interés del director del hospital o consultorio, el compromiso de los equipos de salud y la relación entre equipo interesado en la salud y la comunidad usuaria.

Si esta iniciativa se lleva a cabo la dirección del hospital o consultorio deberá convocar a todas las organizaciones de la comunidad que existen en el territorio correspondiente a la circunscripción del establecimiento de salud como: Uniones Comunales de Juntas de Vecinos y/o Juntas de Vecinos, Grupos de Autoayuda; Corporaciones y Asociaciones de Enfermos y Familiares, Clubes de Diabéticos, Alcohólicos, Hipertensos, Gremios, Sindicatos, Asociación de Padres y Apoderados, etc.

Una vez identificadas las organizaciones territoriales y funcionales, la dirección del hospital o consultorio convocará a una reunión con el fin de informarles de la existencia de dicha instancia y conocer las expectativas de participación y el interés de la comunidad y usuarios en el tema de la salud.

El mismo procedimiento se debe realizar con las instituciones públicas o privadas del territorio como el municipio, educación, vivienda, deportes, carabineros, bomberos, ONGs, comercio, empresarios, Cruz Roja, iglesias, etc. El Consejo podrá constituirse con aquellas personas que representan a la comunidad e instituciones y representantes del equipo de salud que estén interesados y que dispongan de tiempo para asistir a reuniones periódicas en las que se tratarán temas referentes a problemas de la gestión y funcionamiento del establecimiento.

Hasta el año 1999 se habían constituido 283 Consejos de Salud, entre ellos:

- 11 correspondientes a Postas Rurales.
- 160 a consultorios de Atención Primaria, 63 a Hospitales tipo 4 y 49 a Hospitales 1,2 y 3.

Su composición y actividades son las siguientes:

Cuadro N°4
COMPOSICIÓN DE LOS CONSEJOS LOCALES DE SALUD

Representación de usuarios y comunidad	27%
Representación de directivos y funcionarios	37%
Representación Intersectorial	36%
Total	100%

Fuente: Plan Nacional de Promoción de la Salud, 1999.

Cuadro N°5
ACTIVIDADES DE LOS CONSEJOS LOCALES DE SALUD

Prevención y promoción de salud	30,8%
Satisfacción usuaria y humanización de la atención	26,0%
Mejoramiento de infraestructura y equipamiento	20,8%
Apoyo a la gestión y mejoramiento capacidad resolutive	12,8%
Información y difusión de actividades	8,4%
Apoyo a la elaboración de políticas institucionales	1,2%
Total	100%

Fuente: Plan Nacional de Promoción de la Salud 1999.

ANALISIS

DE LOS

DATOS

ANALISIS DE LOS DATOS RECOLECTADOS

La recolección de información de esta investigación se realizó a través de dos instrumentos. La primera parte se orientó a la aplicación de encuestas a los miembros de los Consejos de Salud del sector sur oriente en funcionamiento, cuya muestra de estudio se definió a través de una estratificación por racimos, de acuerdo a un número estadísticamente representativo. La segunda parte corresponde a una muestra no probabilística la cual se basó en la aplicación de entrevistas a la directiva de los Consejos del área antes mencionada.

Debido a este contexto, el presente capítulo enfatizará la muestra visual de los resultados junto a sus respectivos análisis y relación con el marco teórico definido para efectos de este estudio. Junto a la comparación y exploración de los datos se acompañará a esta primera parte de tablas y gráficos. Los puntos a representar y analizar serán: funcionamiento de un CLS, dirección de un CLS, actividades de un CLS, participación en proyectos comunitarios de Promoción de la Salud, información que da cuenta de los miembros del Consejo y del ámbito comunitario.

En el segundo capítulo, se caracterizarán las motivaciones, expectativas y necesidades de participar en un CLS, desde la perspectiva de la directiva de cada organización.

CAPITULO VIII:

CARACTERIZACION DE LOS CLS DEL SECTOR

7.1.- CLS DEL SECTOR SUR ORIENTE DE SANTIAGO:

Las encuestas fueron realizadas al momento de la reunión mensual o semanal de cada Consejo. Los CLS encuestados fueron:

- Consejo Consultorio Bellavista (La Florida).
- Consejo Consultorio La Bandera (San Ramón).
- Consejo Consultorio La Granja (La Granja).
- Consejo Consultorio Los Quillayes (La Florida).
- Consejo Consultorio San Ramón (San Ramón).
- Consejo Consultorio Villa O`Higgins (La Florida).
- Consejo Consultorio Los Castaños (La Florida).

El sector sur oriente corresponde a siete comunas de la Provincia de Santiago y Cordillera: San Ramón, La Granja, La Florida, La Pintana, Puente Alto, Pirque y San José. Estas comunas corresponden al Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (SSMSO) que de acuerdo a sus centros de atención primaria, CDT y Hospital Sótero del Río deben diagnosticar y resolver las necesidades y patologías en el ámbito sanitario y epidemiológico de los habitantes de dichas comunas. Actualmente solo en San Ramón, La Granja y en La Florida existen CLS en el ámbito primario.

Los CLS deben integrar tres sectores importantes para el proceso de participación y planificación en salud: Personal del Consultorio, miembros de la comunidad y usuarios. Los Consejos de Salud intervienen en los **TRES NIVELES DE ATENCIÓN** desarrollando un plan de trabajo de acuerdo a las necesidades identificadas por cada área. Para efectos de esta investigación solo se consideraron como universo y muestra a los miembros de CLS correspondiente al sector primario de atención del sector sur oriente.

7.2.- REPRESENTANTES EN LOS CLS:

Los miembros participantes de los Consejos vinculados al sector primario, junto con presentar a los tres actores claves en el proceso de participar en salud, se vinculan también a instituciones o agrupaciones correspondiente a su localidad y área de interés.

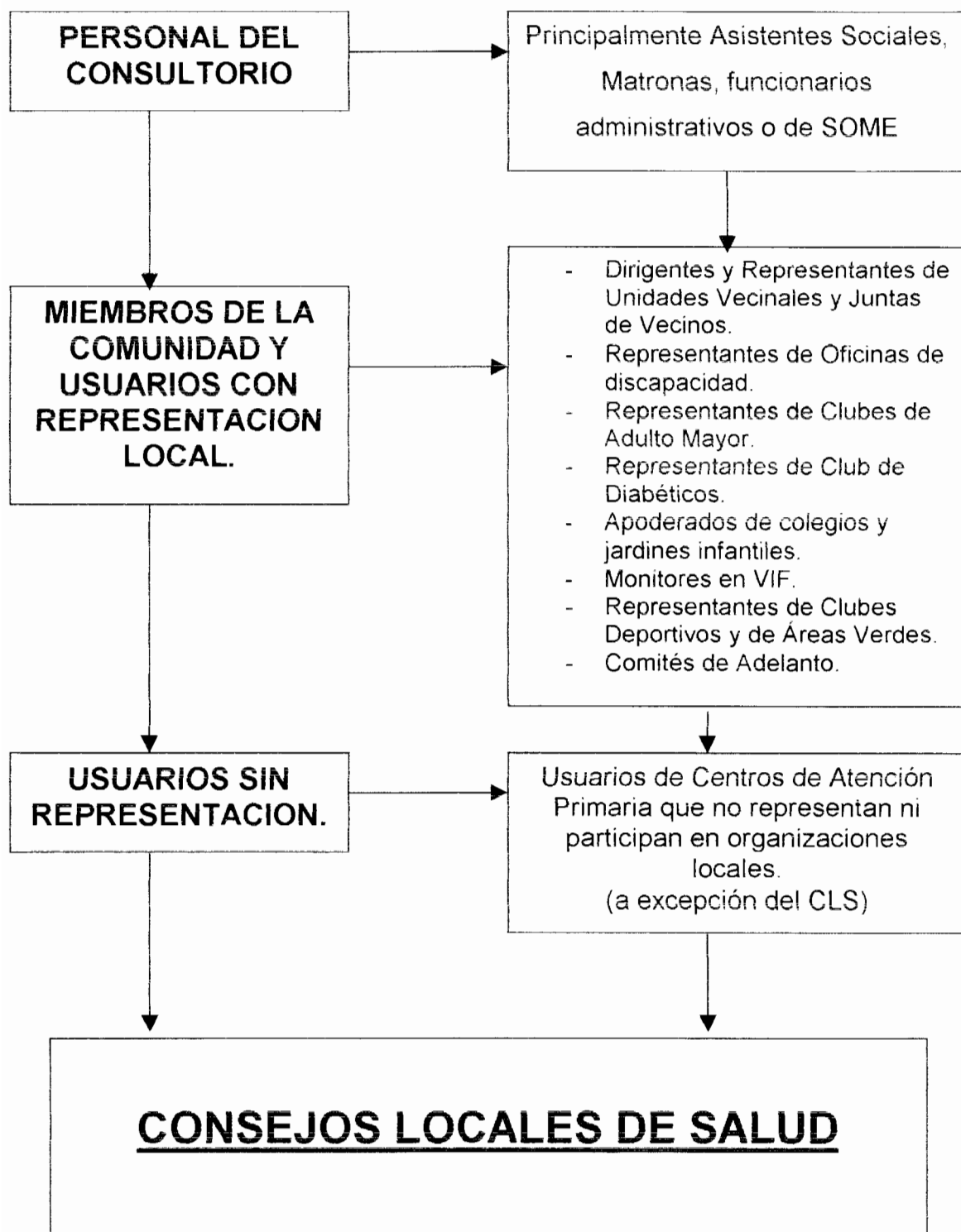
De acuerdo a los resultados obtenidos con la encuesta se pueda visualizar que la mayor participación en un Consejo corresponde a **miembros de la comunidad que tienen la representatividad de sus propias organizaciones** y que en su mayoría son parte de la directiva del CLS. También se encuentran miembros activos de la comunidad que se integran al Consejo en su calidad de usuarios del consultorio.

En cuanto al **personal del Consultorio**, estos llevan a cabo dos roles: el más importante en el sector es el de **coordinador**, cuya labor es de asesoría y apoyo al Consejo en los procesos que los miembros definan como importante para su plan de trabajo. Otro rol es de **miembro de la directiva**, quienes asumen tareas propias de su cargo.

Como último integrante se identifica al **usuario – sin representatividad local**, que son personas que asisten a su centro de atención primaria respectivo y que no representan ni participan en ninguna organización de su circunscripción, a excepción del consejo.

Ahora bien, los participantes de los Consejos corresponden principalmente a:

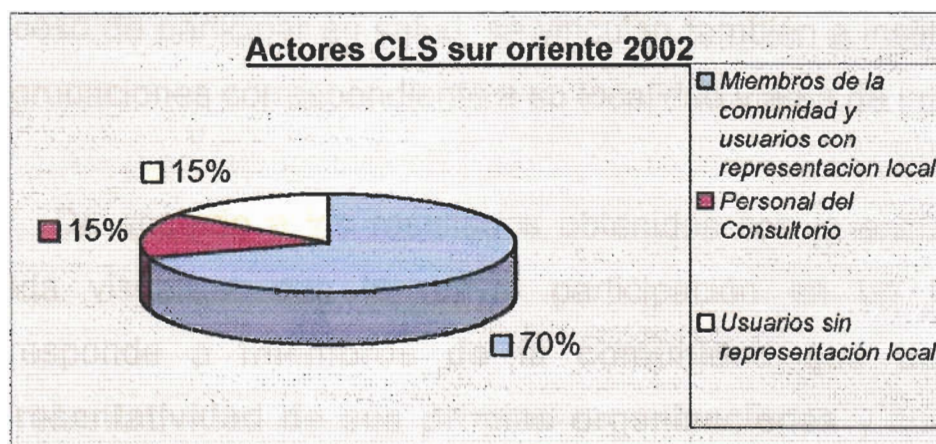
ACTORES DE LOS CLS SUR ORIENTE 2002



Cuadro N°1
ACTORES Y SU REPRESENTACIÓN EN LOS CLS DEL SECTOR SUR
ORIENTE DE SANTIAGO
2002

Actores	Representación
Miembros de la comunidad y Usuarios con representación local.	39 personas (70%)
Personal del Consultorio	8 personas (15%)
Usuarios sin representación	8 personas (15%)
Total	55 personas (100%)

Fuente: Investigación Directa.



Desde 1999 en adelante el MINSAL identificó tres actores en un CLS: a.- Representantes de usuarios y comunidad en un

27%, b.- directivos y funcionarios en un 37% y c.- un 36% de representación local.

En el sector sur oriente se pueden identificar claramente **tres** actores en el bloque Usuarios – Comunidad con su respectiva distinción: **Miembros de la comunidad y usuarios con y sin representación local**. En el momento que este estudio fue realizado, el porcentaje de participación de la comunidad alcanza un 85% de representatividad en los CLS, lo que indica que de 1999 hasta ahora la representación de la comunidad ha aumentado en el sector sur oriente.

Actualmente en los consultorios que presentan CLS en ejercicio, los **representantes de la comunidad** son principalmente miembros de directivas en sus organizaciones locales y su nivel de representación alcanza un 35%, de igual modo que los **usuarios con representación**, que son personas que participan localmente en sus organizaciones pero sin poseer cargo alguno en el consejo. Ambos actores alcanzan el 70% de participación.

De acuerdo al dato nacional los funcionarios poseían un 37% de representación. Actualmente en el ámbito local la representación del Personal de Consultorios alcanza un 15%, lo

que nos dice que la representación funcionaria ha dejado mayores espacios para la participación de los miembros de la comunidad.

7.3.- FUNCIONAMIENTO DEL CONSEJO DE SALUD:

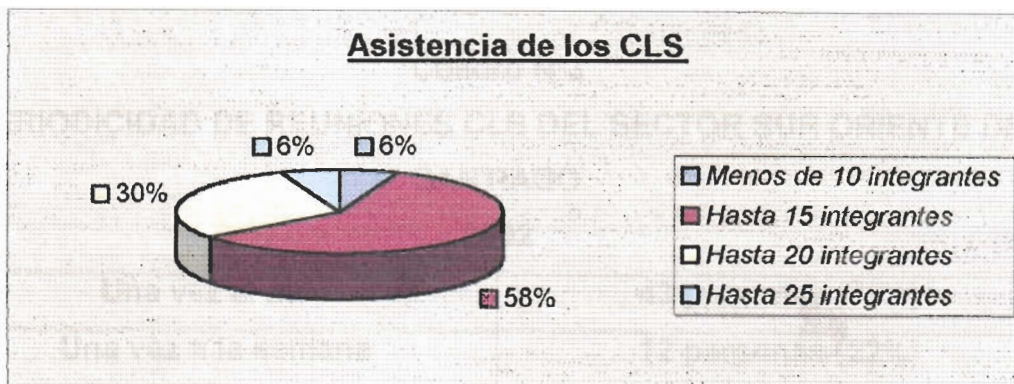
7.3.1.- Asistencia a reuniones del Consejo de Salud

La primera pregunta de la encuesta tenía como propósito conocer cuántas personas asistían regularmente a la asamblea de socios de cada Consejo de salud.. Los resultados arrojados fueron los siguientes:

Cuadro N°2
ASISTENCIA A REUNIONES DE LOS CLS DEL SECTOR SUR
ORIENTE DE SANTIAGO
2002

Hasta 15 integrantes	32 personas (58%)
Hasta 20 integrantes	17 personas (30%)
Menos de 10 integrantes	3 personas (6%)
Hasta 25 integrantes	3 personas (6%)
Total	55 personas (100%)

Fuente: Investigación Directa.



Podemos observar que el mayor porcentaje de asistencia promedio a los CLS del sector lo obtiene el ítem hasta 15 integrantes, cabe destacar que en este estudio se está considerando la asistencia a sus **asambleas**. Como es sabido el número de asistentes es muy fluctuante pues puede depender de factores tan variados como el climatológico, situación económica individual, **motivación** en el proceso de trabajo, etc. La asistencia a las reuniones suele ser irregular principalmente **en el segundo trimestre** del año, según lo **expuesto** por las **coordinadoras** de cada Consejo.

7.3.2.- Periodicidad de las Reuniones del Consejo

La finalidad de la pregunta es conocer la periodicidad que tienen los **miembros** para reunirse, planificar sus actividades, proponer nuevas **ideas de trabajo**, planificar con las coordinadoras o personal **autorizado**, etc.

Cuadro N°3
PERIODICIDAD DE REUNIONES CLS DEL SECTOR SUR ORIENTE DE
SANTIAGO
2002

Una vez al mes	43 personas (78%)
Una vez a la semana	12 personas (22%)
Total	55 personas (100%)

Fuente: Investigación Directa.



La periodicidad de las reuniones o asambleas es definida por cada Consejo y depende del plan de trabajo y de la forma en que éste será abordado, además esta definido por los estatutos de cada organización. Se puede apreciar que el 79% de los consejos se reúnen cada treinta días y corresponde a los Consejos; San Ramón, La Granja, Bellavista, Villa O'Higgins y La Bandera. Las organizaciones que desarrollan sus reuniones en forma semanal son Los Castaños y Los Quillayes quienes actualmente se encuentran en periodo de ejecución de sus proyectos de trabajo.

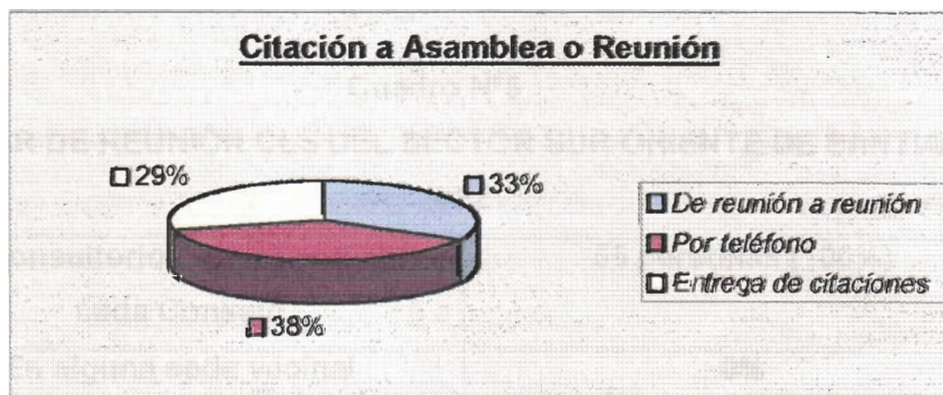
7.3.3.- Formas de convocatoria o citación

Pretende conocer cuál es el medio de convocatoria para cada asamblea o reunión extraordinaria, pues con ello se mide el grado de formalidad en las citaciones que realiza la directiva.

Cuadro N°4
CONVOCATORIA A REUNIONES CLS DEL SECTOR SUR ORIENTE
DE SANTIAGO
2002

Por teléfono	21 personas (38%)
De reunión a reunión	18 personas (33%)
Entrega de citaciones	16 personas (29%)
Total	55 personas (100%)

Fuente: Investigación Directa.



La convocatoria a las reuniones es realizada principalmente por la directiva y por el equipo coordinador. Cada Consejo define una calendarización anual el cual propone las reuniones generales, sin embargo, dicha planificación puede ir sufriendo modificaciones de acuerdo a los problemas que se pudiesen presentar en el camino. Se identifican básicamente tres formas de convocatorias: de reunión a reunión, por teléfono para recordar a los integrantes la reunión y la entrega de citaciones para asambleas importantes o de evaluación anual.

7.3.4.- Lugar de reunión

Corresponde al lugar físico donde los Consejos realizan su asamblea. Este lugar es definido por los miembros y el equipo asesor y se lleva a cabo según las posibilidades que cada CLS tenga.

Cuadro N°5

**LUGAR DE REUNIÓN CLS DEL SECTOR SUR ORIENTE DE SANTIAGO
2002**

En el consultorio correspondiente a cada Consejo	55 personas (100%)
En alguna sede vecinal	0%
En otro lugar	0%
Total	100%

Fuente: Investigación Directa.

Todos los Consejos del sector realizan sus reuniones en los Consultorios respectivos; dentro de los mismos, se desarrollan en los auditorium, en salas de educación comunitaria o casinos. Ninguna organización tiene un lugar físico propio donde reunirse.

7.4.- DIRECCIÓN DEL CONSEJO DE SALUD:

7.4.1.- Existencia de directiva

Cuadro N°6

**DIRECTIVAS CLS DEL SECTOR SUR ORIENTE DE SANTIAGO
2002**

Si	55 personas (100%)
No	0%
Total	100%

Fuente: Investigación Directa

La directiva es la entidad rectora de cada organización y tiene como objetivo establecer cargos y roles a los miembros y guiar al Consejo de acuerdo al diagnóstico definido y sobre el proyecto de acción presentado para el año. Además, la directiva tiene una relación más directa con los coordinadores y funcionarios de cada consultorio. Cada cargo en la directiva es definido por el propio CLS y depende de los estatutos, número de socios y cobertura que se tenga. En todos los Consejos existe una

directiva funcionando. Las directivas se eligen a través de votación directa en periodos de tiempo definidos por los estatutos.

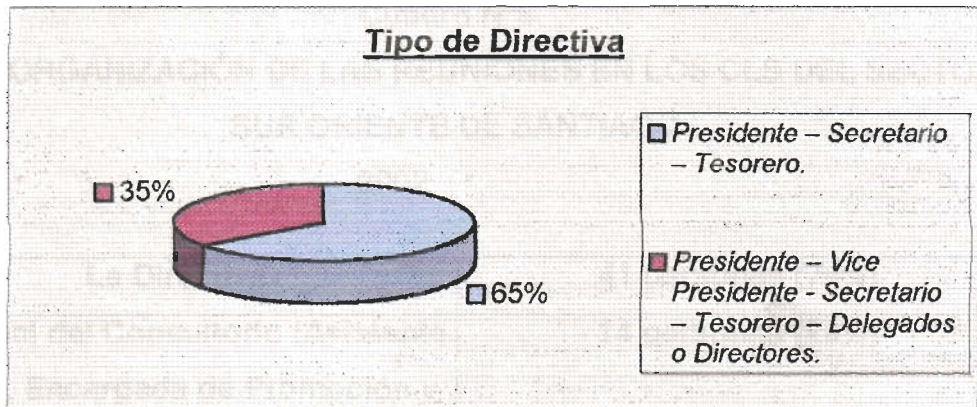
7.4.2.- Tipo de directiva

Como se expuso anteriormente, cada Consejo debe definir su directiva de acuerdo al número de socios y a las organizaciones que la componen y que corresponden a la circunscripción del centro de atención primaria. Es por esta razón que definen cargos con relación al funcionamiento, independencia y autonomía que se quiera asignar a la organización. Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Cuadro N°7
TIPOS DE DIRECTIVA CLS DEL SECTOR
SUR ORIENTE DE SANTIAGO
2002

Presidente – Secretario – Tesorero.	36 personas (65%)
Presidente – Vice Presidente - Secretario – Tesorero – Delegados o Directores.	19 personas (35%)
Total	55 personas (100%)

Fuente: Investigación Directa.



Los CLS de la comuna de San Ramón, presentan una directiva conformada por la estructura básica de dirección, más vice presidente y directores. El Consejo San Ramón es el único del área sur oriente que integra personal del consultorio como parte de su directiva.

El Consejo de La Granja más los de La Florida, presentan una directiva de tipo presidente secretario y tesorero (64%). Como se dijo anteriormente, el tipo de directiva debe definirse en los estatutos de cada organización.

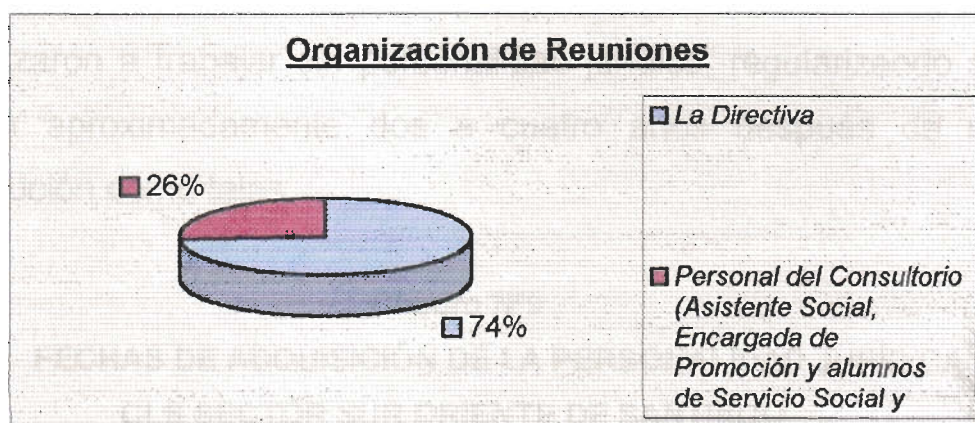
7.4.3.- Organización de reuniones

Esta pregunta corresponde a qué actor es el responsable de guiar y plantear las temáticas a discutir en las asambleas o reuniones de cada CLS.

Cuadro N°8
ORGANIZACIÓN DE LAS REUNIONES EN LOS CLS DEL SECTOR
SUR ORIENTE DE SANTIAGO
2002

La Directiva	41 personas (74%)
Personal del Consultorio (Asistente Social, Encargada de Promoción y alumnos de Servicio Social y Psicología)	14 personas (26%)
Total	55 personas (100%)

Fuente: Investigación Directa.



La directiva es la responsable de la organización de las asambleas, esto significa elaboración de actas, tablas, rendición de cuentas, discusión de temas, etc. También se presenta un nuevo actor que realiza un papel de asesor externo a los Consejos, estos son alumnos en práctica de Trabajo Social y de Psicología quienes de manera externa prestan apoyo y asesoría

dando cumplimiento a un plan de trabajo de la organización como parte de su exigencia académica.

7.4.4.- Personalidad jurídica

La personalidad jurídica entrega los estatutos que deben regir un CLS, en él se deja constancia de la forma de constitución de este organismo, integración de nuevos miembros, formas de planificación y ejecución de trabajos, dirección del organismo y períodos de los cargos. Actualmente el 100% de los Consejos posee personalidad jurídica, situación que se ha pronunciado entre los años 1999 al 2002. Cabe destacar que algunos consejos comenzaron a trabajar sin personalidad jurídica, regularizando su función aproximadamente dos a cuatro años después de su constitución como tales.

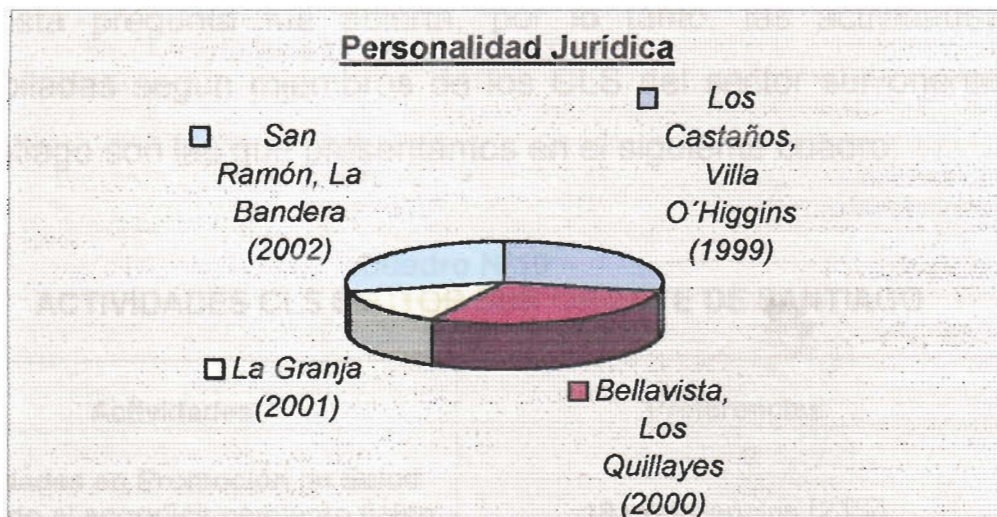
Cuadro N°9

FECHAS DE ADQUISICIÓN DE LA PERSONALIDAD JURÍDICA CLS SECTOR SUR ORIENTE DE SANTIAGO

2002

Los Castaños, Villa O'Higgins	1999
Bellavista, Los Quillayes	2000
La Granja	2001
San Ramón, La Bandera	2002

Fuente: Investigación Directa



7.5.- ACTIVIDADES DE LOS CLS:

Las actividades representan el interés de los miembros por dar solución a una problemática tanto externa (de la comunidad), como interna (del propio Consejo) siendo los propios profesionales coordinadores quiénes orientan a los miembros en el proceso de planificación y ejecución de sus acciones. Su propósito es promocionar la salud como estrategia de desarrollo en la comunidad

Las actividades se desarrollan en un lugar que se adecue a los objetivos y magnitud de los mismos y varían de acuerdo al área de intervención y realidad de cada organización.

Esta pregunta fue abierta, por lo tanto, las actividades desarrolladas según miembros de los CLS del sector sur oriente de Santiago son las que presentamos en el siguiente cuadro:

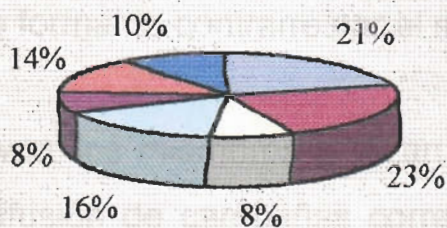
Cuadro N°10
ACTIVIDADES CLS SECTOR SUR ORIENTE DE SANTIAGO
2002

Actividades	Preferencias
Actividades en Promoción de Salud orientado al acondicionamiento físico y prevención en salud mental. (Prevención y Promoción de la Salud)	18 preferencias (23%)
Promoción, gestión y capacitación en salud orientado a los estilos de vida saludable orientado a la alimentación. (Prevención y Promoción de la Salud)	16 preferencias (21%)
Trabajo solidario con la tercera edad (Voluntariado, Trabajo Solidario y Mejoramiento de la Atención al Paciente)	12 preferencias (16%)
Capacitación en promoción de salud, primeros auxilios (Prevención y Promoción de la Salud)	11 preferencias (14%)
Participación en campañas del PAP y cáncer cérvico uterino (Prevención y Promoción de la Salud)	8 preferencias (10%)
Trabajo Voluntario (Voluntariado, Trabajo Solidario y Mejoramiento de la Atención al Paciente)	6 preferencias (8%)
Difusión del Consejo, elaboración de	6 preferencias (8%)

folletos y dípticos (Difusión de la Organización a la Comunidad Usuaría)	
Total preferencias	77 preferencias (100%)

Fuente: Investigación Directa

Actividades CLS del Sector Sur Oriente



- Promoción, gestión y capacitación en salud orientado a los estilos de vida saludable
- Actividades en Promoción de Salud orientado al acondicionamiento físico y prevención en salud mental.
- Trabajo voluntario
- Trabajo solidario con la tercera edad
- Difusión del Consejo, elaboración de folletos y dípticos
- Capacitación en promoción de salud, primeros auxilios
- Participación en campañas del PAP y cáncer cérvico uterino

Podemos identificar **tres unidades de acción** bien definidas en las cuales los Consejos desarrollan sus actividades: **a.- prevención y promoción de la salud, b.-voluntariado y trabajo solidario y c.- difusión del consejo a la comunidad usuaria.**

En la unidad **Prevención y Promoción de Salud**, las actividades se orientan principalmente a la capacitación en “estilos de vida saludable” basados en la importancia de una alimentación sana, acorde con los requerimientos de cada paciente y a las enfermedades que presenten. También identificamos el “acondicionamiento físico” basado en la práctica de talleres de Tai Chi y bailes como tango, folclor y ritmos de moda, como forma de contrarrestar el sedentarismo.

A su vez, los miembros realizan capacitaciones en primeros auxilios y difusión de campañas correspondiente al consultorio o de programación local y nacional. Todos los Consejos del sector realizan actividades en Prevención y Promoción de la Salud.

Uno de los objetivos de un CLS es promover la Salud en las áreas geográficas correspondientes al Centro de Atención Primaria respectivo, ya que los participantes al ser miembros de la comunidad pueden conocer de mejor forma los problemas sanitarios que los afectan presentando propuestas para su

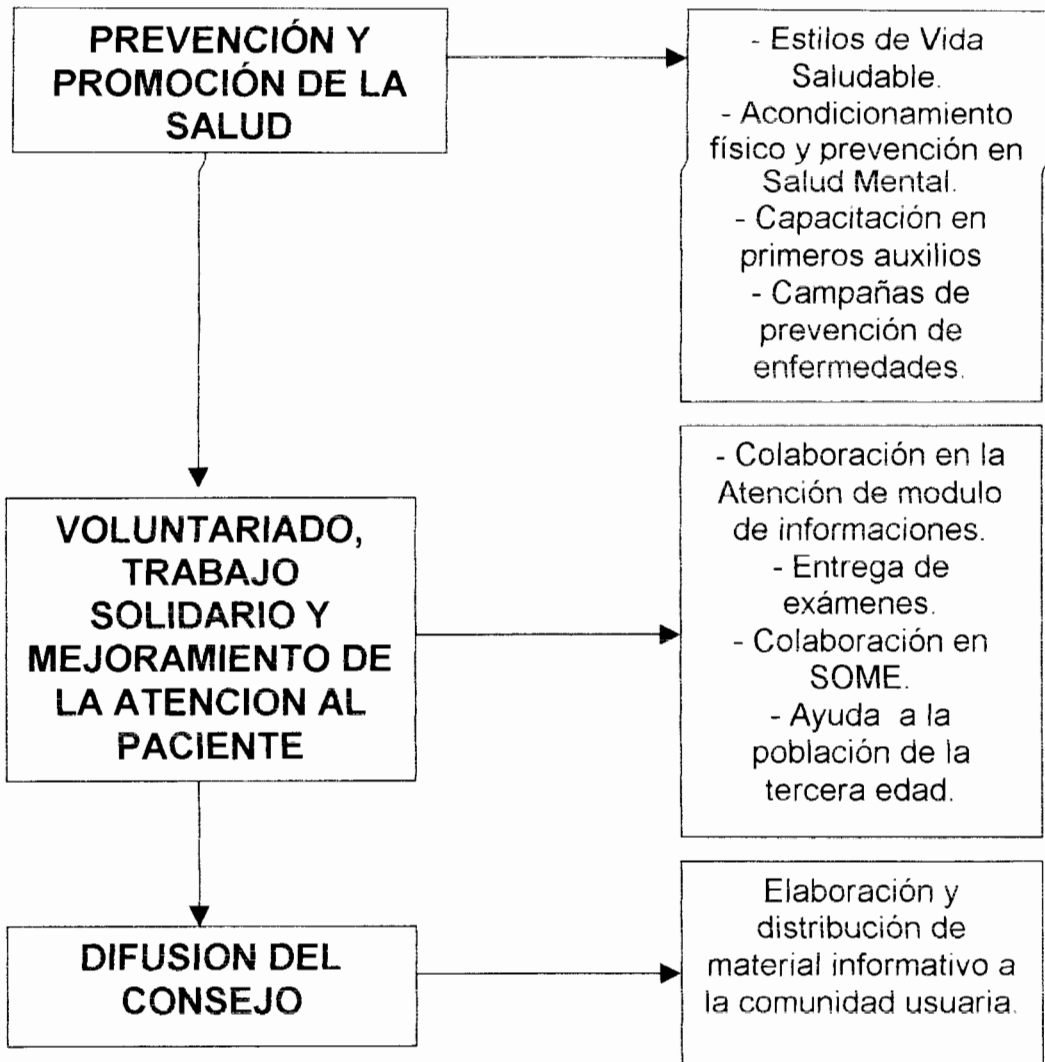
solución en conjunto con los funcionarios de la atención primaria. Es la propia comunidad la que está en condiciones de mejorar su situación en salud, es por esta razón que el “Programa Salud con La Gente”, orienta a las organizaciones y CLS en la formulación y ejecución de proyectos de promoción para el desarrollo comunitario en el área de la salud, considerando que la Promoción es una estrategia que involucra a los individuos, grupos y comunidades. Las actividades en Promoción de la Salud se presentarán más adelante.

La segunda unidad se basa en el **trabajo solidario** el que ha estado orientado a la atención del módulo de informaciones del consultorio, entrega de exámenes y colaboración con el SOME. También se realizan actividades de ayuda al Adulto Mayor como por ejemplo entrega de desayunos a esta población en los centros de atención primaria.

Como tercera unidad, y con el propósito que la comunidad usuaria **conozca la gestión realizada por el CLS**, los miembros se remiten a la elaboración de material informativo como folletos y trípticos, para cumplir con el objetivo antes descrito. Los Consejos del Sector como pueden apreciar, no orientan sus acciones exclusivamente a una sola unidad, su práctica está determinada por las necesidades que presenta la población la que es recogida

a través de sus miembros, desarrollando sus actividades en una u otra unidad.

UNIDADES DE ACCIÓN Y ACTIVIDADES LOS CLS



Según el Plan Nacional de Promoción de la Salud de 1999 elaborado por el MINSAL, los CLS desarrollaban las siguientes actividades: prevención y promoción de la salud (30,8%),

satisfacción usuaria y humanización de la atención (26%), mejoramiento de infraestructura y equipamiento (20,8%), apoyo a la capacidad resolutive (12,8%), difusión de actividades (8,4%) y apoyo a la elaboración de políticas institucionales (1,2%).

Comparando los datos obtenidos por el MINSAL y la presente investigación podemos apreciar que la Promoción de la Salud es la prioridad de los Consejos en estudio. En el sector sur oriente (2002) las actividades en la unidad de Promoción alcanzan a un 68%, y a nivel nacional alcanzan a un 30,8%, reafirmado que esta estrategia es uno de los objetivos fundamentales de estos organismos y están presentes en sus planes de intervención local.

A su vez, la segunda prioridad, comparando los datos actuales y los de 1999, es la humanización en la atención, según el Plan de Promoción estas actividades alcanzan al 26% mientras en las comunas de La Granja, San Ramón y La Florida alcanzan al 24% integrando a esta unidad el trabajo voluntario que se realizan en los Centros de Atención Primaria.

Podemos señalar que hace tres años, el MINSAL determinó que el apoyo a las políticas institucionales alcanzaba al 1,2%, mientras en el sector Sur Oriente no se observan actividades en esta unidad de acción, desarrollando sus gestiones en las dos unidades anteriores.

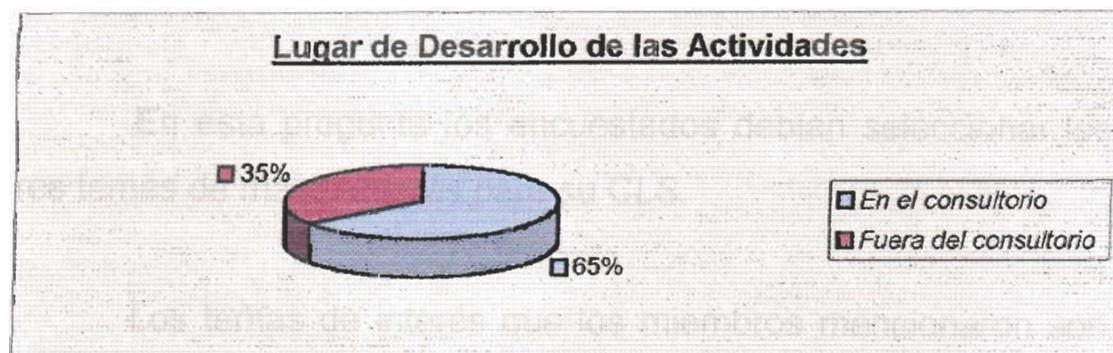
7.5.1.- Lugar de ejecución de sus actividades

Corresponde al territorio físico donde los Consejos realizan sus actividades, que pueden ser al interior del Centro de Salud Primaria correspondiente o en la propia comunidad.

Cuadro N°11
LUGAR DE DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES DE LOS CLS SECTOR
SUR ORIENTE DE SANTIAGO
2002

En el consultorio	36 personas (65%)
Fuera del consultorio	19 personas (35%)
Total	55 personas (100%)

Fuente: Investigación Directa



La mayoría de las actividades realizadas por los Consejos se ejecutan al interior de los Centros de Atención Primaria, principalmente en auditorium o salas de educación, dependiendo del grado de convocatoria y si el espacio físico es acorde a la planificación y desarrollo de la actividad. El 35% de las

actividades es realizada fuera de los consultorios y se ubican fundamentalmente en: unidades vecinales, iglesias y casas particulares.

7.5.2.- Temas de interés

Los temas de interés definen las actividades y programaciones de estas organizaciones. Los CLS en tanto nexos entre la comunidad y la Atención Primaria presentan interés por las problemáticas que afectan a su población y localidad en el tema de la salud, dichas problemáticas dan sentido y orientación a sus intervenciones, complementando al proceso diagnóstico previo.

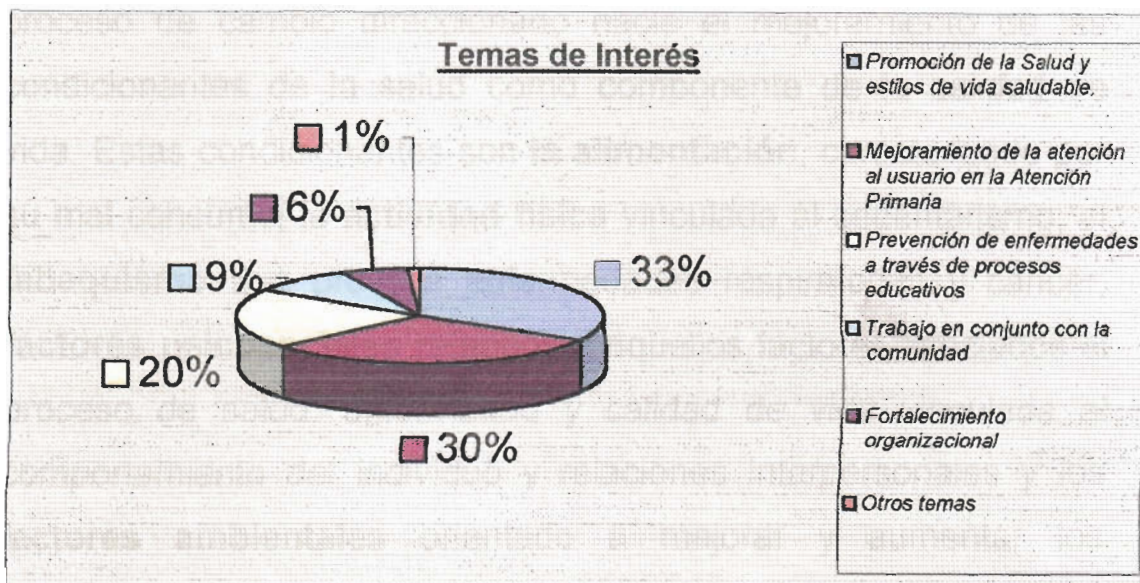
En esta pregunta los encuestados debían seleccionar los tres temas de mayor interés para su CLS.

Los temas de interés que los miembros mencionaron son los siguientes:

Cuadro N°12
TEMAS DE INTERÉS PARA LOS CLS DEL SECTOR SUR ORIENTE DE
SANTIAGO
2002

Temas	Preferencias
Promoción de la Salud y estilos de vida saludable.	54 preferencias (33%)
Mejoramiento de la atención al usuario en la Atención Primaria	49 preferencias (30%)
Prevención de enfermedades a través de procesos educativos	33 preferencias (20%)
Trabajo en conjunto con la comunidad	15 preferencias (9%)
Fortalecimiento organizacional	11 preferencias (6%)
Otros temas	3 preferencia (1%)
Total preferencias	165 preferencias (100%)

Fuente: investigación Directa



Como podemos apreciar el área de interés principal de los CLS es la Promoción de la Salud, ratificando que esta estrategia es la base de las intervenciones que se realizan en el sector.

Como segundo tema se visualiza “el mejoramiento en la atención al usuario en los consultorios”, como forma de traducir sus actividades en el trabajo voluntario en los centros primarios de atención.

7.6.- PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS COMUNITARIOS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD:

La Promoción de la Salud es una estrategia que involucra a individuos, grupos, comunidades y organizaciones en un

proceso de cambio direccionado hacia el mejoramiento de las condicionantes de la salud como componente de la calidad de vida. Estas condicionantes son la **alimentación**, caracterizado por su mal consumo; la **actividad física** vinculada al sedentarismo; el **tabaquismo** que provoca enfermedades respiratorias y cáncer; **factores psicosociales** referidos a aquellos factores asociados al proceso de salud, enfermedad y calidad de vida vinculada al comportamiento del individuo y relaciones interpersonales y los **factores ambientales** orientado a mejorar y aumentar los espacios públicos para la recreación y el deporte.

El objetivo de la Promoción es modificar aquellos aspectos que impiden que la población pueda desarrollarse al interior de estos ámbitos e incluso modificar aquellos factores que imposibilitan su acceso integral, principalmente en el área de la alimentación, actividad física, factores psicosociales y ambientales. Para el tabaquismo se definen campañas para su prevención a través de la exposición de sus riesgos.

Para cumplir con las metas establecidas se formulan estrategias a nivel local y nacional con sus objetivos y líneas de acción. Estas estrategias son:

- Regulación y legislación.
- Información y comunicación social.
- Educación y desarrollo de recursos humanos.

- Reorientación en el modelo de atención.
- Participación social.

De estas estrategias se desprenden dos líneas: las estrategias temáticas, o sea acciones específicas para combatir la obesidad, sedentarismo y tabaquismo y las estrategias locales vinculadas a la vida de las personas en su sector: escuelas promotoras de la salud, lugares de trabajo saludables y comunas y comunidades saludables.

Todos los CLS del sector realizan proyectos en Promoción de Salud, con la asesoría de los coordinadores y representantes de los Equipos de Promoción de sus respectivas comunas, en el marco del Programa Salud con la Gente, quienes brindan apoyo técnico y financiero a las iniciativas locales en Promoción.

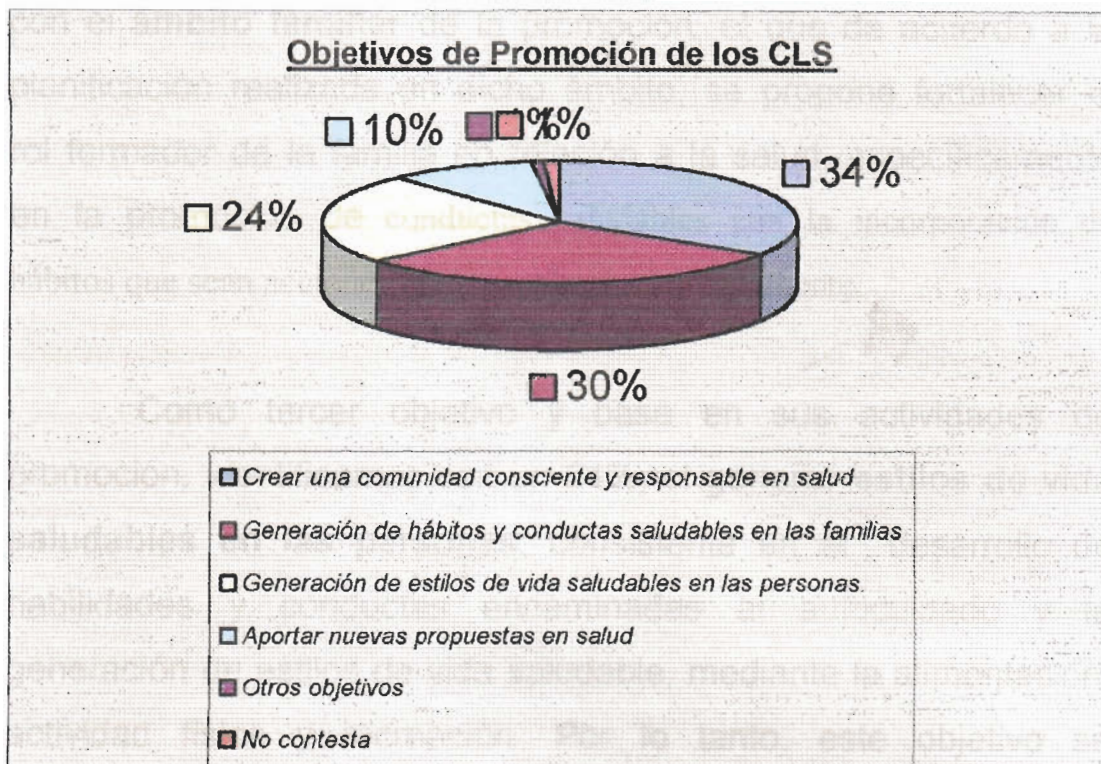
7.6.1.- Objetivos de los CLS en sus proyectos en Promoción de la Salud

La Promoción de la Salud identifica cuatro objetivos y ámbito de acción: ámbito de la persona, familiar, comunitario y social. La finalidad de la pregunta es identificar los objetivos que los CLS se proponen para sus proyectos y determinar con cual ámbito de acción se relacionan los mismos. Las respuestas se pueden ver reflejadas en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 12
OBJETIVOS QUE DEFINEN LOS CLS EN SUS PROYECTOS DE
PROMOCIÓN DE SALUD
2002

Objetivos de Promoción	Preferencias
Crear una comunidad consciente y responsable en salud	19 preferencias (34%)
Generación de hábitos y conductas saludables en las familias	16 preferencias (30%)
Promover estilos de vida saludables en las personas.	13 preferencias (24%)
Aportar nuevas propuestas en salud	5 preferencias (10%)
Otros objetivos	1 preferencia (1%)
No contesta	1 preferencia (1%)
Total	55 preferencias (100%)

Fuente: Investigación Directa



Según los CLS, el objetivo principal de sus actividades es **crear una comunidad consciente y responsable en salud**, cuyas acciones corresponden al **ámbito comunitario**. Dichas acciones que junto a la concepción de empoderamiento en salud, intentan movilizar recursos al interior de la comunidad, concertando acciones para modificar las condicionantes de la salud en la localidad. Lo anterior no es otra cosa que mejorar la calidad de vida de los vecinos de cada uno de estos sectores.

El segundo objetivo definido alcanza al 30%, y consiste en **generar a través de los proyectos, hábitos y conductas saludables en las familias**. Este objetivo tiene directa relación

con el **ámbito familiar** de la promoción, el que de acuerdo a la planificación realizada en dicho ámbito, se propone fortalecer el rol formador de la familia en relación a la salud, específicamente en la promoción de conductas saludables con la incorporación de hábitos que sean acciones que se realizan cotidianamente.

Como tercer objetivo y base en sus actividades de promoción, identificamos con un 24%, el **generar estilos de vida saludables en las personas**, consistente en el desarrollo de habilidades y conductas encaminadas al autocuidado y la generación de estilos de vida saludable, mediante la alimentación, actividad física y recreación. Por lo tanto, este objetivo se relaciona con el **ámbito de la persona** y su responsabilidad ante si misma.

7.6.2.- Áreas de intervención de la Promoción de la Salud en los CLS

Hemos identificado los objetivos que definen las acciones de promoción por parte de los CLS del sector sur oriente, a continuación, queremos conocer en qué área de la promoción se desarrollan dichas actividades. Las áreas corresponden al marco general donde insertan y ejecutan las actividades.

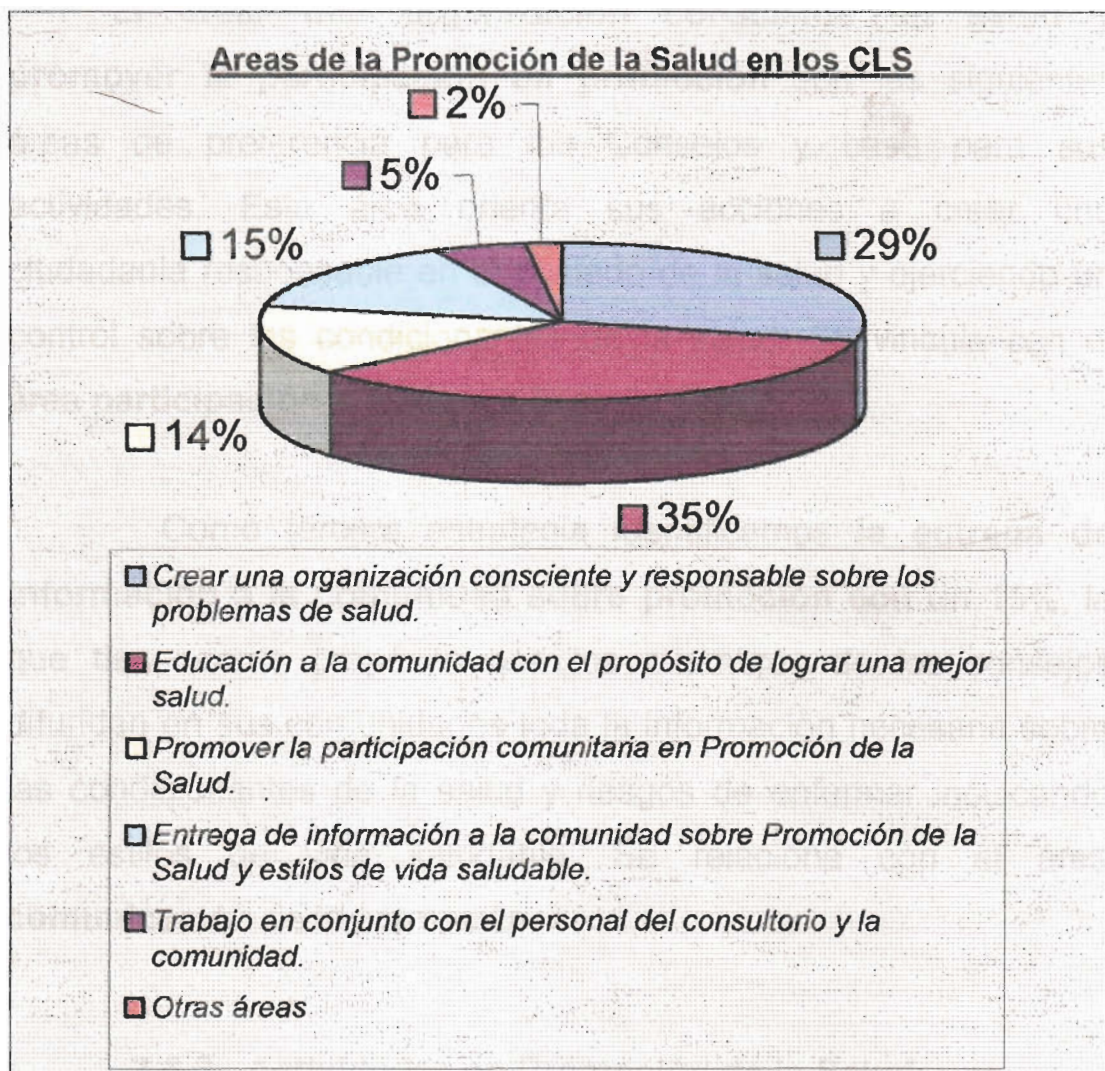
En esta pregunta el encuestado debía seleccionar las tres áreas de intervención en las cuáles se desarrollan sus actividades de promoción. Los resultados se pueden visualizar en el cuadro que presento a continuación.

Cuadro N°13
ÁREAS DE INTERVENCIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN LOS
CLS
2002

Áreas	Preferencias
Crear una organización consciente y responsable sobre los problemas de salud.	48 preferencias (29%)
Educación a la comunidad con el propósito de lograr una mejor salud.	58 preferencias (35%)
Promover la participación comunitaria en Promoción de la Salud.	23 preferencias (14%)
Entrega de información a la comunidad sobre Promoción de la Salud y estilos de vida saludable.	25 preferencias (15%)
Trabajo en conjunto con el personal del consultorio y la comunidad.	8 preferencias (5%)
Otras áreas	3 preferencias (2%)

Total preferencias	165 preferencias (100%)
--------------------	-------------------------

Fuente: Investigación Directa



El área de interés de mayor votación (35%) es **educar a la comunidad en el tema de la salud** buscando el desarrollo de conocimientos y habilidades para fomentar una vida sana y la capacidad creativa de los miembros para el logro de una mejor

salud y calidad de vida. Esta se identifica con el área de **educación** para la promoción.

El **crear una organización consciente en salud y promover la participación en promoción** son las siguientes áreas de preferencia para los Consejos y base para sus actividades. Esta área orienta sus acciones a crear una ciudadanía responsable en el cuidado de la salud y ejerciendo un control sobre las condicionantes de la salud. Se vincula con el área **participación social** para la promoción.

Como tercera estrategia identificamos **la entrega de información a la comunidad sobre promoción con un 15%**, la que tiene como propósito que los miembros de los consejos difundan en sus comunidades toda la información necesaria sobre las condicionantes de la salud y riesgos de enfermar inculcando los estilos de vida saludable. Se relaciona con el área **comunicación** de la promoción.

7.6.3.- Actividades en Promoción de la Salud

Las actividades en promoción son complementarias al plan de acción de cada Consejo, su desarrollo también se cruza con actividades de prevención, difusión y voluntariado.

Esta pregunta fue abierta ya que pretendió desde la experiencia de los encuestados, conocer sus actividades en promoción.

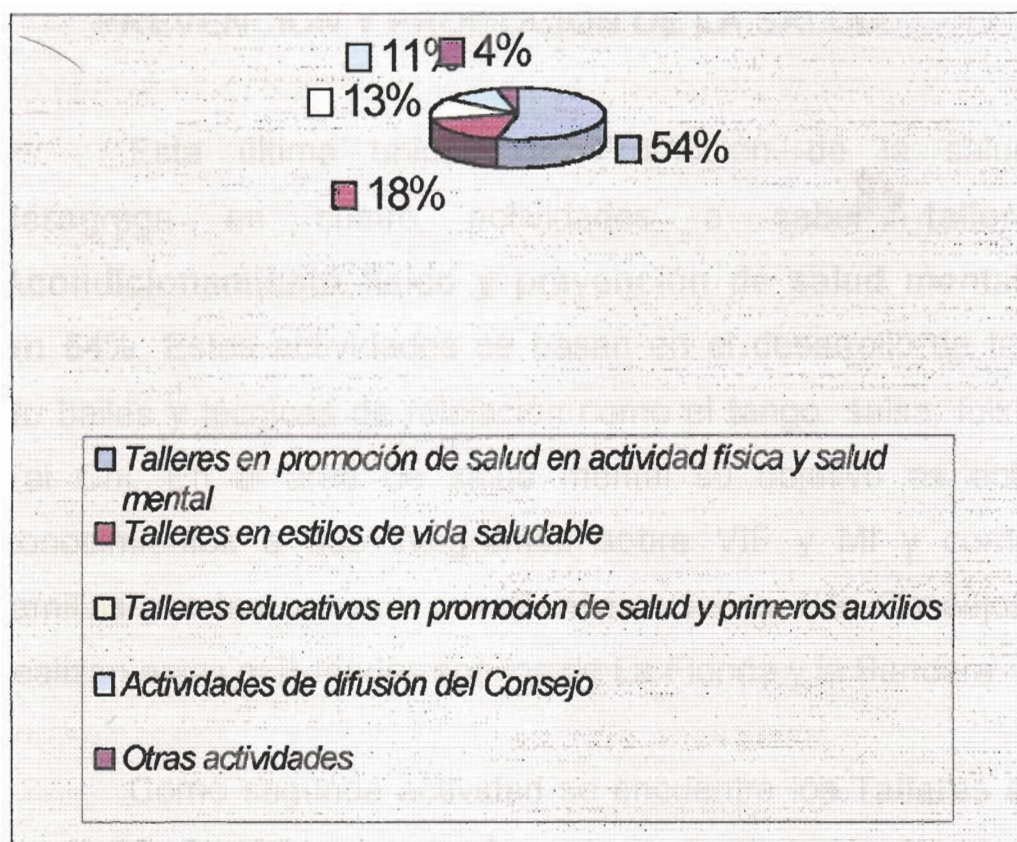
De acuerdo a la información obtenida en el estudio, las actividades en Promoción de la Salud que realizan los CLS del sector sur oriente son las que se exponen en el siguiente cuadro:

Cuadro N°14
ACTIVIDADES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD
2002

Actividades en promoción	Preferencias
Talleres en promoción de salud en actividad física y salud mental	89 preferencias (54%)
Talleres en estilos de vida saludable	30 preferencias (18%)
Talleres educativos en promoción de salud y primeros auxilios	21 preferencias (13%)
Actividades de difusión del Consejo	18 preferencias (11%)
Otras actividades	7 preferencias (4%)
Total	165 preferencias (100%)

Fuente: Investigación Directa

Actividades en Promoción de la salud en los CLS del sector sur oriente



Podemos apreciar que las actividades en promoción de salud en el sector se vinculan con el concepto "Participación – Taller", su desarrollo requiere la ayuda y guía de un profesional especializado en el desarrollo de determinados temas.

Al inicio del presente capítulo y en la pregunta referida a las actividades realizadas por los CLS, identificamos tres unidades de acción donde se desarrollan las actividades como tal:

- Difusión del Consejo y campañas de salud.

- Voluntariado, trabajo solidario y Mejoramiento de Atención al Paciente y;
- **PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD.**

Esta última unidad de Promoción de la salud se desagrega en cuatro actividades a saber: **taller en Acondicionamiento físico y prevención de salud mental con un 54%**. Estas actividades se basan en el desarrollo de talleres de bailes y técnicas de relajación como el tango, salsa, folklore y Tai Chi. En el área de salud mental su objetivo es entregar conocimientos a sus integrantes sobre VIF y MI y como las familias pueden prevenir sus manifestaciones. Los Consejos que realizan estas actividades son los de La Florida y la Bandera.

Como segunda actividad se encuentra los **Talleres sobre los estilos de vida saludable como estrategia para mejorar la calidad de vida**. Como ya he reiterado anteriormente, este taller tiene una orientación hacia la promoción de un estilo de **alimentación sana** y en cómo erradicar el **sedentarismo** en la población. Los Consejos que realizan estas actividades son: San Ramón y La Granja.

La tercera actividad son **talleres educativos en promoción de salud y primeros auxilios con un 13%**, donde se entregan conocimientos básicos de la promoción, primeros

auxilios y cuerpo humano y alimentación. El año 2001, el CLS de La Granja “Comité de Amigos del Consultorio La Granja” desarrollaron el proyecto “Promovamos la Salud y la Participación en Nuestra Comuna”, en el cuál se realizaron talleres de primeros auxilios, nutrición y fortalecimiento organizacional; contando con apoyo técnico y financiero del Equipo de Promoción de la comuna y la Asistente Social coordinadora.

Y para finalizar, están las actividades de **difusión de la labor realizada por consejo a la comunidad usuaria en general**, como la confección de afiches y trípticos.

Los talleres en promoción que realizan estas organizaciones van dirigidos a los miembros activos y a la comunidad en general.

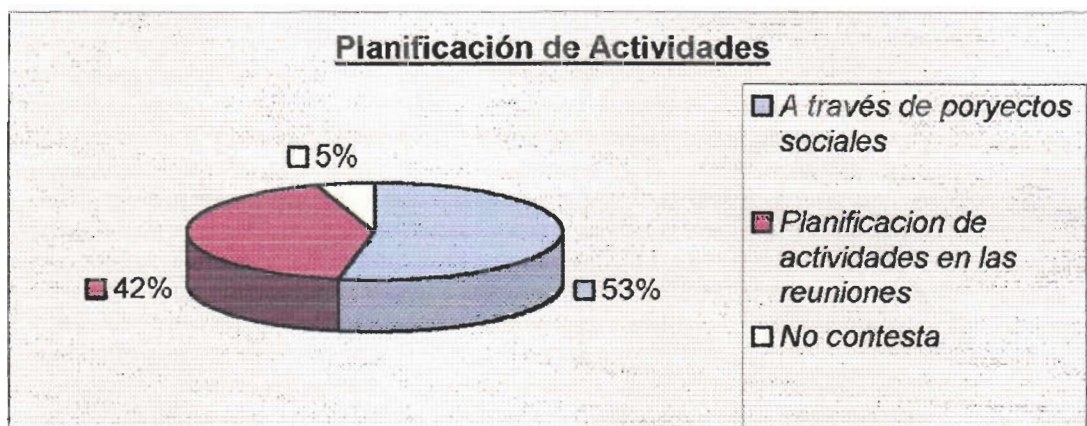
7.6.4.- Planificación de las actividades

Cada actividad merece una planificación previa, por lo tanto, esta pregunta tiene como objetivo caracterizar la forma de preparación y definición de acciones, de que manera los miembros intentarán lograr su situación objetivo a través de su programación.

Cuadro N°15
PLANIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES
2002

A través de proyectos sociales	29 preferencias (54%)
Planificación de actividades en las reuniones	23 preferencias (42%)
No contesta	3 preferencias (5%)
Total	55 preferencias (100%)

Fuente: Investigación Directa



Un Proyecto social es una unidad mínima de asignación de recursos que a través de un conjunto integrado de actividades pretende modificar una situación inicial y lograr una situación final. Bajo esta unidad los Consejos organizan sus **actividades** definiendo cada paso del proceso principalmente con el apoyo de los profesionales coordinadores y alumnos en práctica. Por lo tanto, se organizan a través de la unidad más concreta de planificación que es el proyecto social de intervención.

Estos proyectos son principalmente los definidos y ejecutados, junto al profesional coordinador, en el marco del programa salud con la gente.

Todos los CLS del sector realizan proyectos en Promoción, de los cuáles se pueden identificar los siguientes objetivos y estrategias de intervención, en las cuáles se insertan las actividades de Promoción que ejecutan:

ÁREAS DE INTERVENCIÓN

AREAS DE INTERVENCIÓN

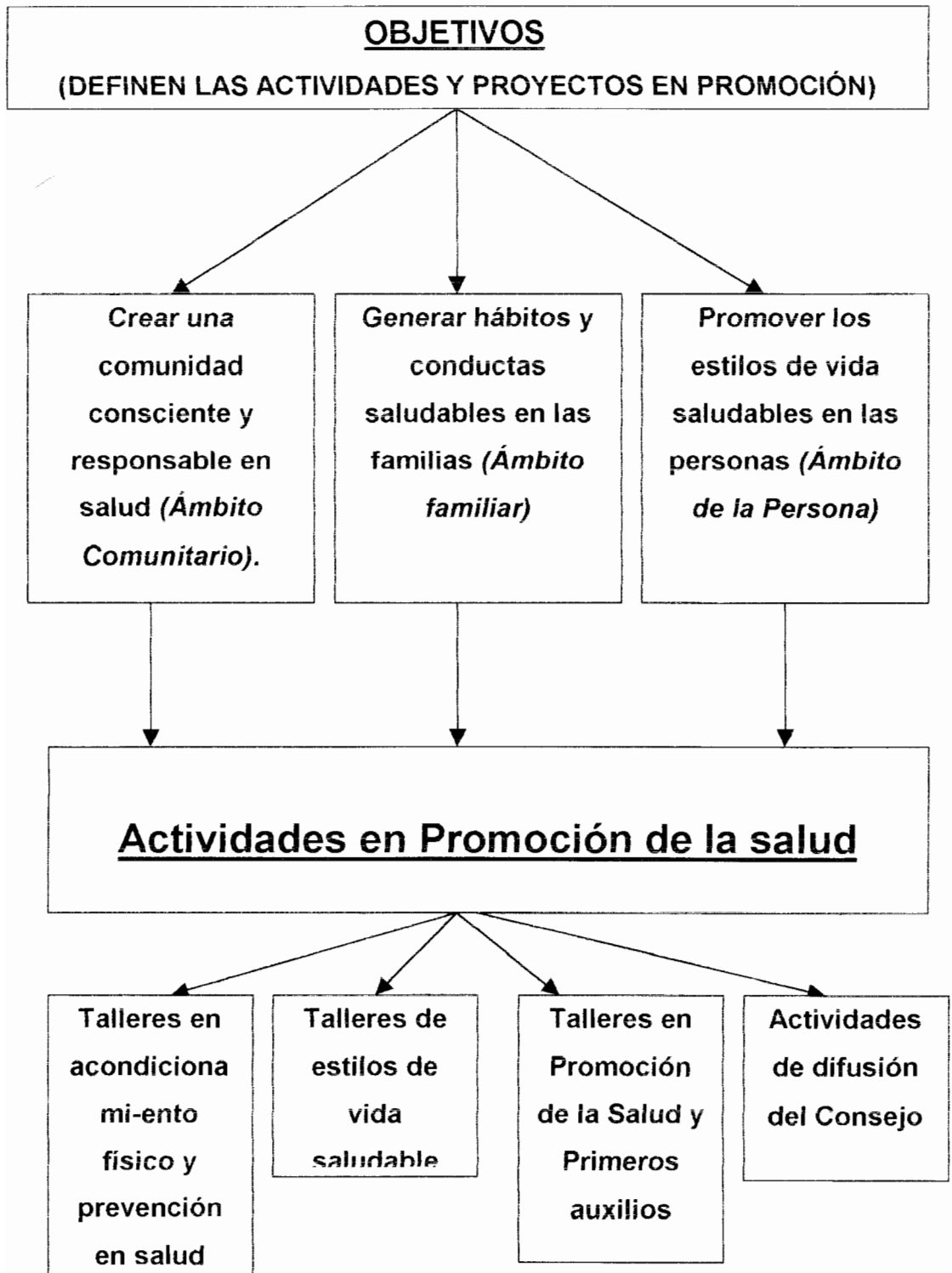
(ESTRATEGIAS DONDE SE INSERTAN LAS ACTIVIDADES):

- Educar a la comunidad en el tema de la salud (*Estrategia de Educación*).

- Crear una comunidad responsable y promover la participación en Promoción (*Estrategia de Participación Social*).

- Entrega de información a la comunidad sobre Promoción de la Salud (*Estrategia Comunicación Social*).

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD



7.7.- INFORMACIÓN QUE CUENTAN LOS MIEMBROS DEL CONSEJO:

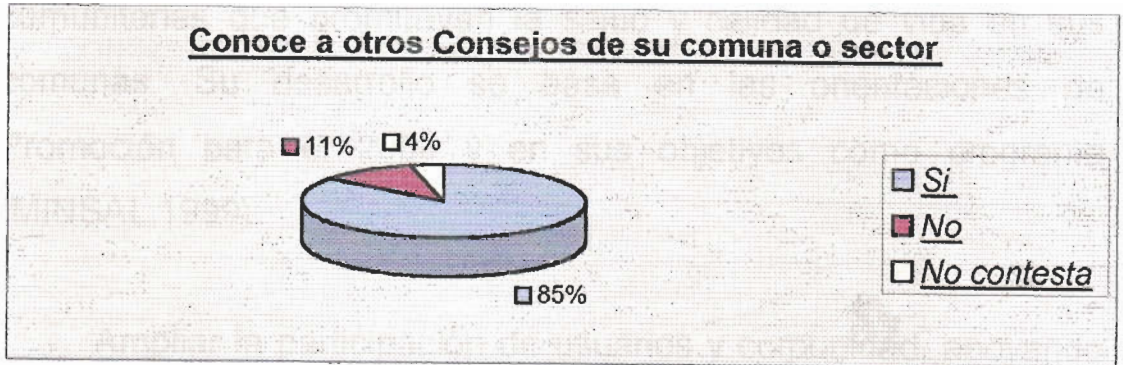
7.7.1.- Conocimiento de otros consejos del sector

El 85% dice conocer los CLS de su sector; principalmente los Consejos de la Florida quienes tienen referencia directa de los demás Consejos de su comuna, ya que la directiva de cada organización se reúne una vez al mes en la COMUDEF (Corporación Municipal de La Florida) y participa en el “Comité Comunal de Promoción”, proponiendo actividades en salud para La Florida.

**Cuadro N°16
CONOCIMIENTO DE OTROS CONSEJOS DEL SECTOR
2002**

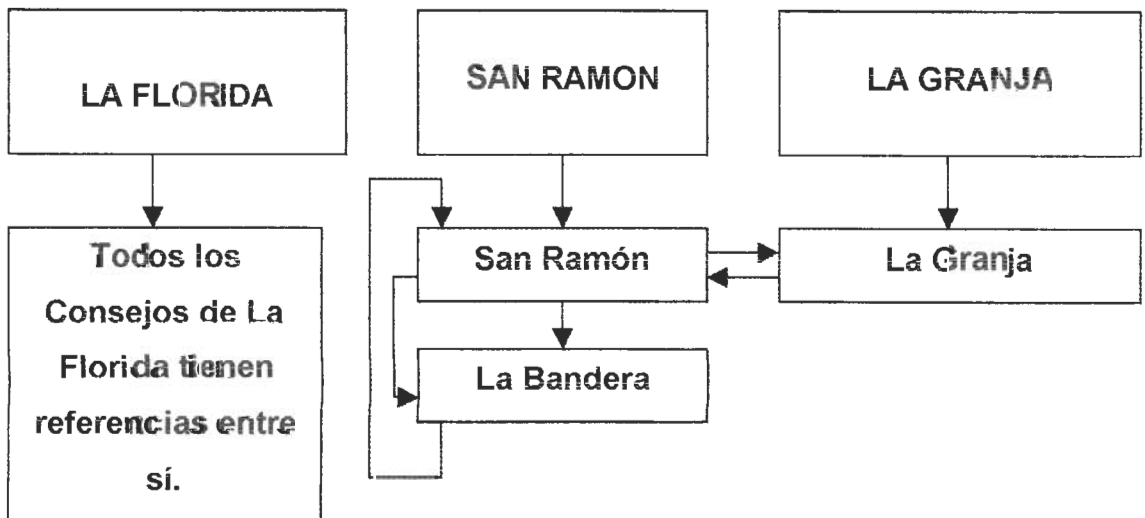
Si	47 personas (85%)
No	6 personas (11%)
No contesta	2 personas (4%)
Total	55 personas (100%)

Fuente: Investigación Directa



Tienen referencia entre sí los Consejos San Ramón y La Bandera, por su parte, La Granja tiene referencia del Consejo San Ramón y viceversa.

Referencias entre los CLS



7.7.2.- Conocimiento del programa "Salud con la Gente" de su comuna

Este Programa ayuda y asesora técnica, financiera y metodológicamente a aquellas organizaciones sociales y

comunitarias que promuevan la salud y calidad de vida en sus comunas. Su desarrollo se basa en las orientaciones de Promoción para el 2006 y en sus objetivos como programa (MINSAL 1999):

- Ampliar la participación de usuarios y comunidad, apoyando las acciones de las organizaciones sociales de salud.
- Contribuir al fortalecimiento de las Organizaciones Sociales, legitimando su rol e incorporación en la red local.
- Impactar a largo plazo en la tasa de morbilidad y mortalidad asociada a enfermedades cardiovasculares, de salud mental, cáncer y accidentes.

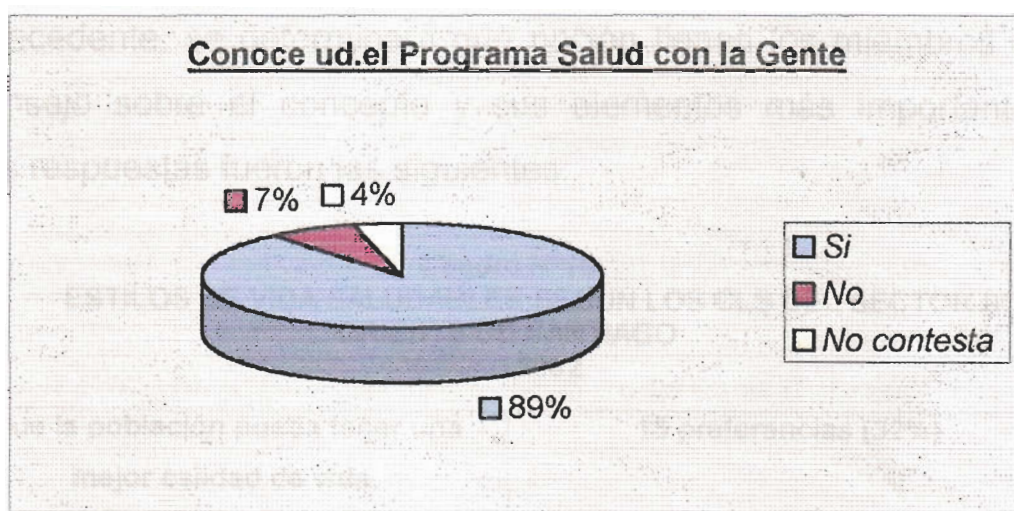
Como programa entrega apoyo a proyectos en el área de acondicionamiento físico, alimentación, deportes y recreación y participación en salud. De acuerdo a estas temáticas el Consejo formula su proyecto.

Esta pregunta tiene como propósito saber si los miembros de los CLS conocían a dicho programa. Las respuestas obtenidas en este ítem fueron las siguientes:

Cuadro N°17
CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA “SALUD CON LA GENTE” DE SU
COMUNA
2002

Si	49 personas (89%)
No	4 personas (7%)
No contesta	2 personas (4%)
Total	55 personas (100%)

Fuente: Investigación Directa



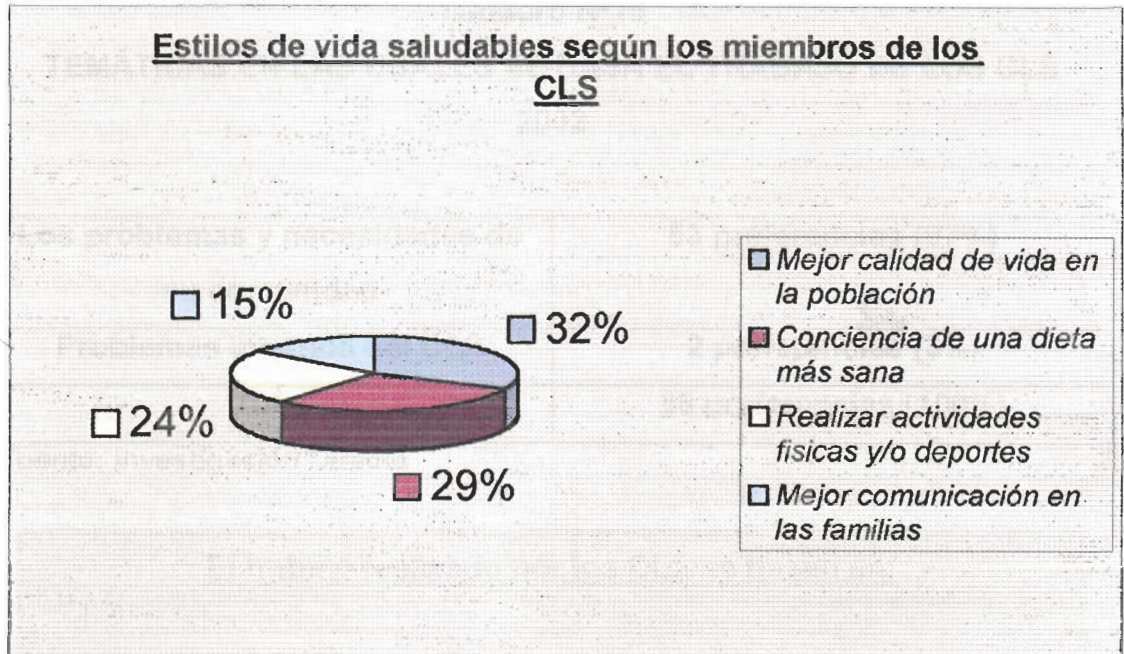
El 93% de los miembros de los CLS del sector responde que Si conoce el Programa, confirmando que estas organizaciones son actores importantes al momento de participar en Salud con la Gente. Según el Plan Nacional para la Promoción de la Salud (1999), los Comités de Salud son organismos claves en el desarrollo de este programa junto a agrupaciones como Centros de Madres, Clubes de Tercera Edad, Voluntariados y Grupos de Autoayuda.

Como hemos señalado, para la Promoción de la Salud es vital insertar los estilos de vida saludable en sus comunas. Este propósito se cumple por medio, de sus estrategias e involucrando las condicionantes de la salud que se relacionan directamente con: llevar una alimentación sana, realizar ejercicio físico a través del deporte y hacer del uso de los espacios públicos. Actualmente el **100% de los miembros encuestados respondieron haber escuchado sobre los estilos de vida saludable**. Sobre este antecedente, se determinará qué noción tienen los miembros del Consejo sobre el concepto y sus elementos más importantes. Sus respuestas fueron las siguientes:

Cuadro N°18
ESTILOS DE VIDA SALUDABLES SEGÚN LOS CLS DEL SECTOR SUR
ORIENTE DE SANTIAGO
2002

Que la población pueda tener una mejor calidad de vida.	18 preferencias (32%)
Tener conciencia sobre una dieta más sana.	16 preferencias (29%)
Realizar actividades físicas y/o deportes.	13 preferencias (24%)
Que exista una mejor comunicación en las familias.	8 preferencias (15%)
Total	55 preferencias (100%)

Fuente: Investigación Directa



7.8.- ÁMBITO COMUNITARIO E INTERNO:

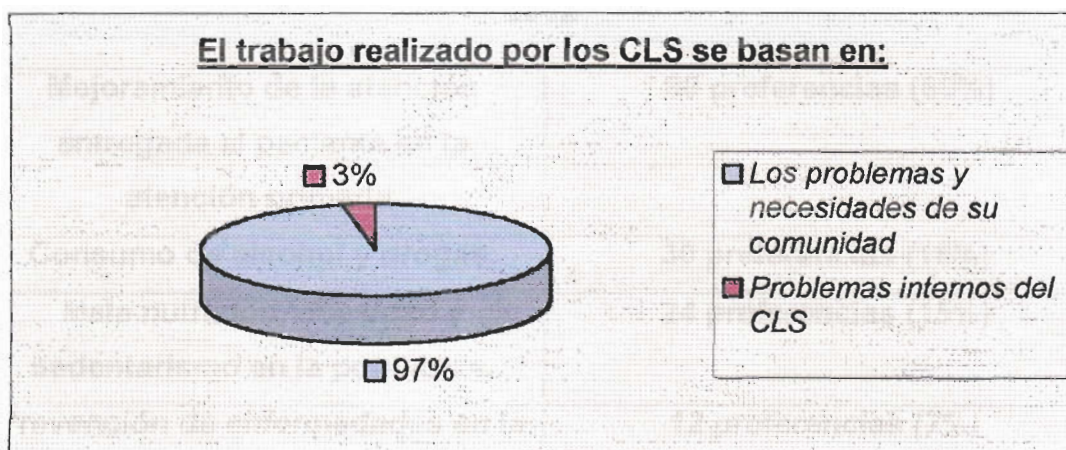
7.8.1.- Temáticas en las cuales se basa el trabajo

Cada consejo elabora un plan de trabajo de acuerdo a las necesidades sentidas que ellos van definiendo, dichas problemáticas pueden ser tanto internas como externas a la organización e impiden que la población pueda integrarse a su vida local. De acuerdo a las encuestas que se aplicó a los miembros, se aprecia que ellos consideran que sus actividades se fundamentan en:

Cuadro N°19
TEMÁTICAS EN LAS CUALES SE BASA EL TRABAJO DE LOS CLS
2002

Los problemas y necesidades de su comunidad	53 preferencias (97%)
Problemas internos del CLS	2 preferencias (3%)
Total	55 preferencias (100%)

Fuente: investigación Directa



En resumen, las actividades que actualmente realizan los CLS del sector sur oriente se basan, según opinión de los miembros, en los problemas y necesidades de su comunidad en salud con un 97%, siendo traducidos estos problemas en sus proyectos de promoción o integrado a su plan de trabajo.

¿Qué problemas y necesidades tanto de la comunidad como del consejo identifican?

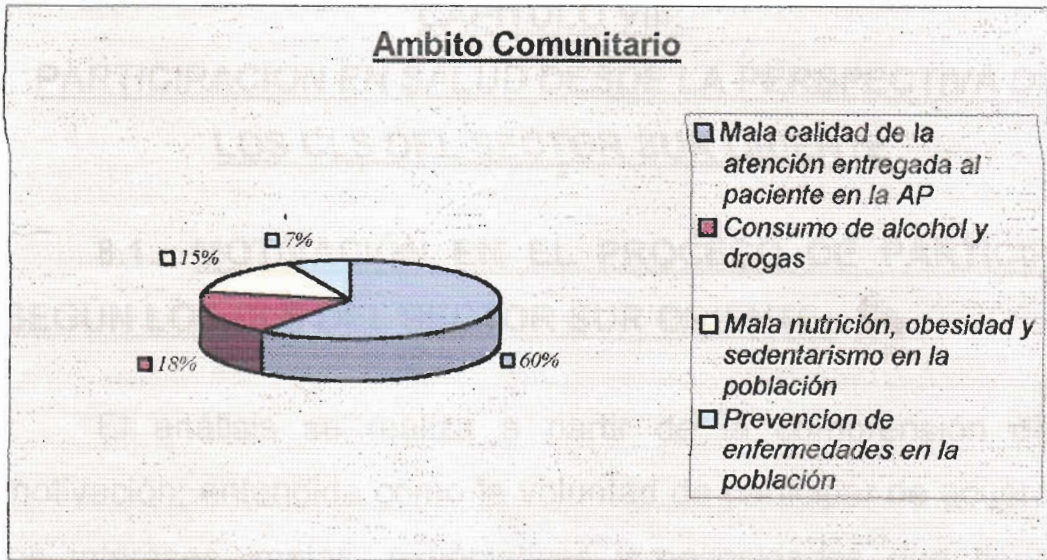
En esta última pregunta las personas deben responder tres alternativas que consideraran correctas.

Ahora bien, de acuerdo a los diagnósticos de cada organización, los problemas y necesidades de salud identificados y que son la base para sus actividades tanto en promoción, prevención y difusión son:

Cuadro N°20
PROBLEMAS Y NECESIDADES EN SALUD QUE IDENTIFICAN LOS CLS
2002

Mejoramiento de la atención entregada al paciente en la atención primaria.	99 preferencias (60%)
Consumo de alcohol y drogas.	30 preferencias (18%)
Malta nutrición, obesidad y sedentarismo en la población.	24 preferencias (15%)
Prevención de enfermedades en la población.	12 preferencias (7%)
Total	165 preferencias (100%)

Fuente: Investigación Directa



Todos estos problemas están presentes en el diagnóstico de salud de los sectores correspondientes a la circunscripción del consultorio y como puede apreciarse están en directa relación con la comunidad y su entorno.

CAPITULO VIII:
PARTICIPACION EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE
LOS CLS DEL SECTOR SUR ORIENTE

8.1.- MOTIVACIÓN EN EL PROCESO DE PARTICIPAR
SEGÚN LOS CLS DEL SECTOR SUR ORIENTE:

El análisis se realiza a partir de la comprensión de la motivación, entendida como la voluntad de participar de acuerdo a los intereses, metas, expectativas y necesidades que tiene la persona. Su finalidad es, cómo dice Hopenhayn (1988), convertir al individuo en protagonista de sí mismo, ser más sujeto y menos objeto de su vida. Según la bibliografía revisada y desarrollada en el marco teórico de esta investigación este constructo se denomina Motivación Fundamental.

Además existen otras motivaciones que acompañan y dan sentido a la fundamental, que son las Motivaciones Derivadas, a través de las cuales el individuo intentará superar su estado actual como miembro de una comunidad específica.

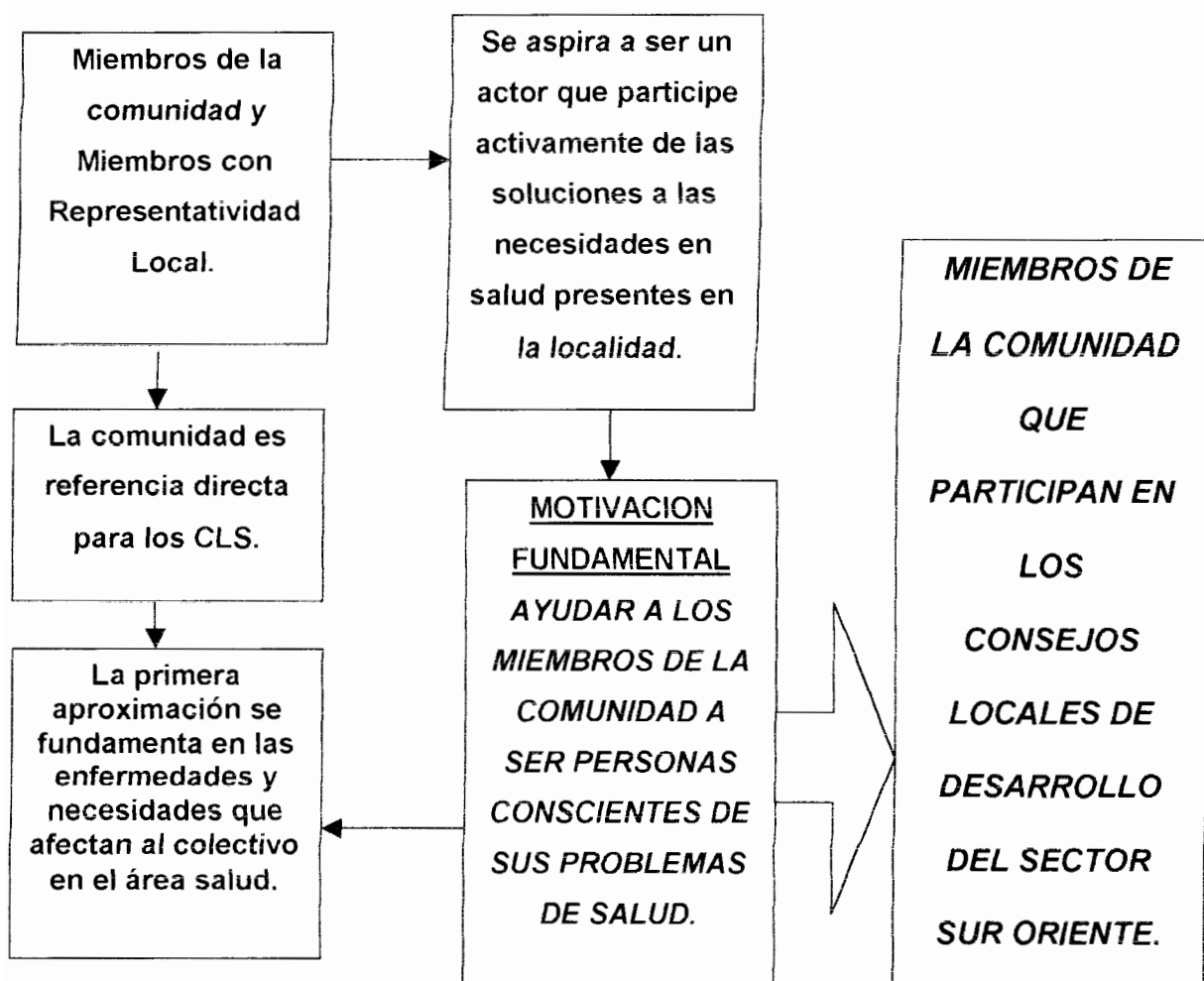
De acuerdo a esa conceptualización, para las directivas de los CLS, la Motivación Fundamental, que los impulsa a pertenecer y participar en los Consejos es: **“Ayudar a la comunidad, en cuanto a los problemas de salud presentado por los miembros”**.

El lugar donde los miembros desarrollan su vida es la comunidad, que se caracteriza por pertenecer a una localidad geográfica específica, con rasgos sociales, políticos y culturales propios, que comparten problemas comunes y se espera que trabaje organizadamente para solucionar sus necesidades. Por lo tanto, esta motivación se orienta directamente a su referencia comunitaria, como individuos que pertenecen a un sector determinado, en un afán por dar solución a problemas que afectan a su localidad, aspirando ser un colaborador activo para efectuar los cambios que se requieren. Como la referencia directa es la comunidad y la búsqueda de solución de sus problemas, se puede observar que los miembros de los CLS intentan ayudar a su localidad, enfocando los problemas de salud que afectan a sus vecinos. Esto es, colaborar con la comunidad en la solución de sus problemas sanitarios, que los individuos se conviertan en personas conscientes de sus necesidades y de las formas que sus enfermedades tendrán solución, en conjunto con el centro de atención primaria del sector.

La base de esta voluntad de participar, consciente o inconsciente, se enmarca en el interés de “ser más sujeto” de su vida ya que se participa para el colectivo y sus miembros y para proponer alternativas de solución a los problemas que se presentan en su circunscripción. Esta motivación podría fortalecer

su identidad territorial, ya que los miembros de los CLS son participantes activos en su localidad, comprometidos con planes de acción que dependerán de las características de las problemáticas que dicha comunidad presente.

Motivación fundamental en la voluntad de participar según los CLS del sector sur oriente



8.2.- MOTIVACIONES DERIVADAS DEL PROCESO DE PARTICIPACION, SEGÚN LOS CLS DE SECTOR SUR ORIENTE:

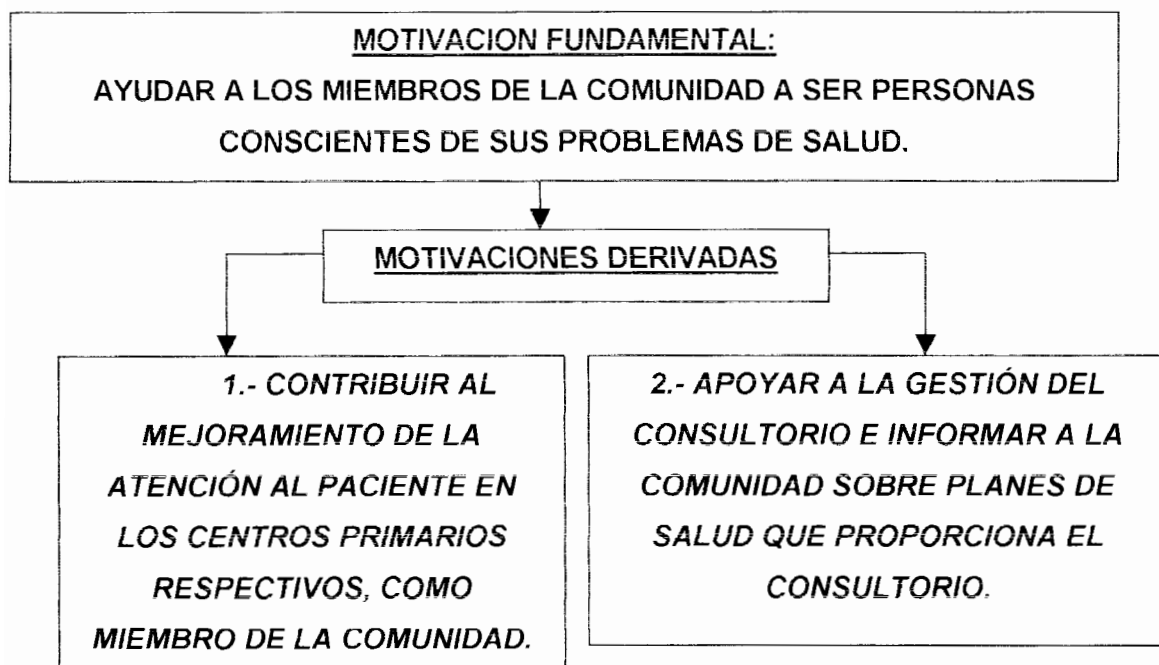
Las motivaciones derivadas complementan a la fundamental y su núcleo es el individuo que manifiesta formas de participación con el propósito de superar su estado actual, como miembro de una comunidad. Junto con complementar, se fortalece él “ser más sujeto y menos objeto” desde la perspectiva del individuo para así aportar al colectivo.

Las motivaciones derivadas de los CLS, se fundamentan en la relación comunidad – consultorio y lo que rige dicha relación, mientras el punto anterior se emplaza exclusivamente en la propuesta del colectivo y la solución de sus necesidades.

Los motivos complementarios que impulsan la voluntad de participar son dos, desde la perspectiva de los miembros de los CLS, se enmarcan en el único medio a través del cual pueden llevar a cabo su motivación fundamental, en este caso los consultorios, en tanto instancia preocupada de la salud de su localidad respectiva. En este sentido se plantean dos motivaciones derivadas:

El segundo motivo, se integra al anterior y se funda en la intención de apoyar como organización, la gestión realizada por los profesionales del consultorio, esto es, colaborar para poder recibir una atención integral en salud considerándose a si misma como actores protagónicos y que su construcción no demuestre solo la visión de los profesionales a través de una planificación y lineamientos que no necesariamente representan la realidad local y comunal con sus necesidades concretas. Según los miembros consultados, la gestión del consultorio debe ser construida conjuntamente, es decir considerando los problemas y necesidades del sector. Su concreción requiere de la integración de la localidad en la construcción de una atención primaria que, junto a los ejes de la política social nacional, considere las necesidades sanitarias específicas existentes en su sector.

En esta perspectiva, se basa la segunda voluntad de participar.



Según la bibliografía consultada, esta visión es perfectamente coherente con lo planteado por Hopenhayn (1988). Señala que existen cuatro tipos de motivaciones derivadas que están dirigidas a obtener un mayor control sobre la vida propia, mayor acceso a bienes y servicios, mayor integración a procesos y mayor autoestima vía reconocimiento social.

De acuerdo a las motivaciones complementarias anteriormente referidas, se puede observar que las directivas de los CLS, se relacionan directamente con el interés de: integración a procesos y el reconocimiento social de sus necesidades y de sus vecinos del sector así como de ellos mismos en tanto actores sociales.

8.2.1.- Integración a procesos locales:

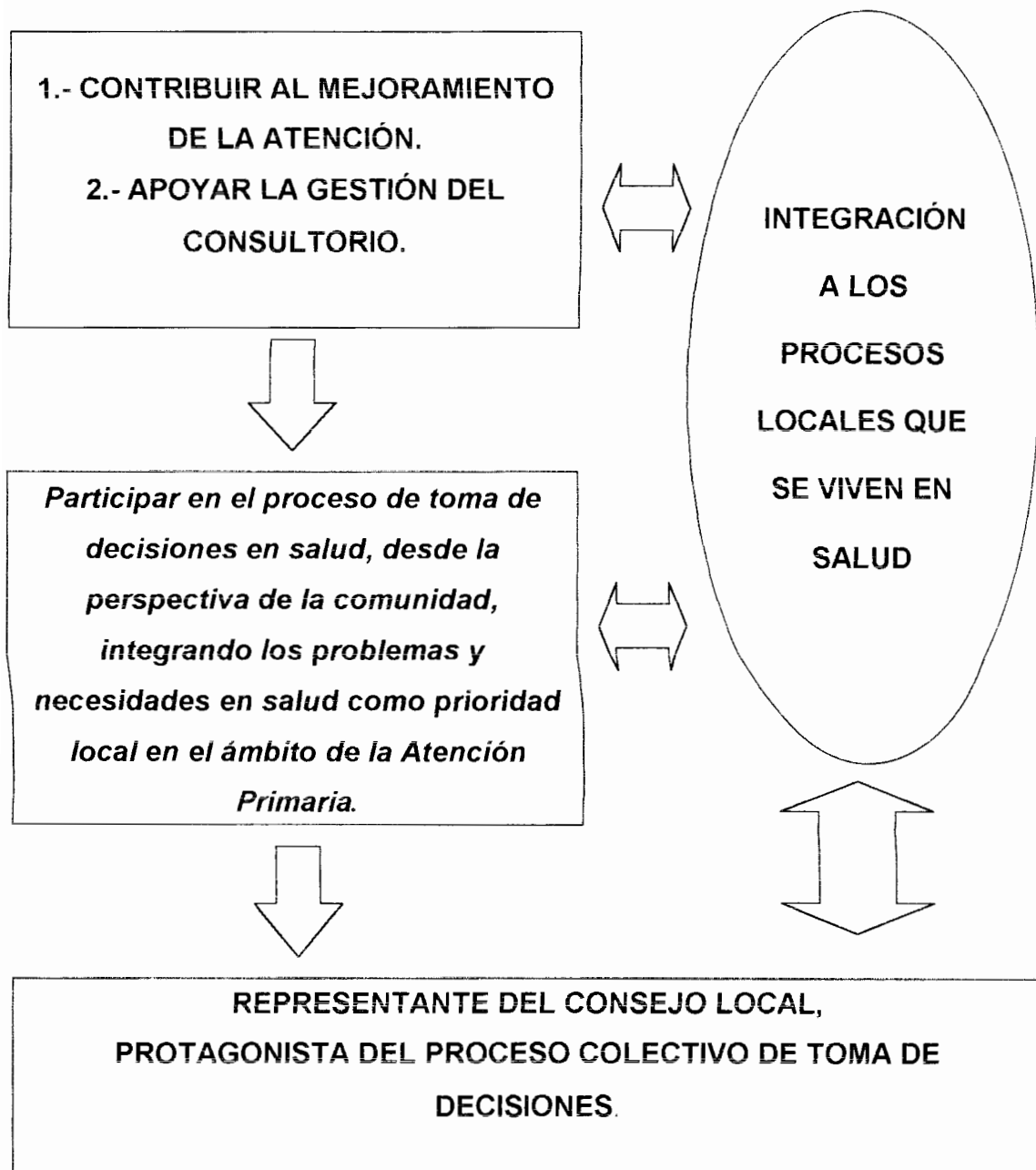
El contribuir al mejoramiento de la atención junto con apoyar la gestión del consultorio, *supone influenciar como colectivo y desde la perspectiva de la comunidad, las decisiones que se adoptan en salud y que afectan directamente a la población que ellos representan.*

En este sentido la acción de participar en salud se propone como finalidad el ejercer presencia en las decisiones sanitarias, siendo el propio dirigente el protagonista (ser más sujeto) en las decisiones que se obtengan del trabajo colectivo, es por esta

razón, que el actor se fundamenta en el estado de negación de “ser un individuo más en la comunidad”, convirtiéndose en un integrante que participe activamente en los procesos locales – colectivos en salud.

La importancia de ser protagonista, a nivel local y colectivo en las decisiones locales, se relaciona con la intención de mejorar y apoyar la atención y gestión del consultorio como miembro representante de la comunidad a través del Consejo Local de Salud; desarrollando en su proceso el objetivo trascendental de estos organismos que consiste en: *ser un nexo entre la comunidad y el centro de atención primaria*. En este contexto, el dirigente del CLS en cumplimiento de su rol, presenta a los profesionales de la Atención Primaria los problemas y necesidades que afectan a los pobladores en salud, integrándose a las instancias de toma de decisiones a nivel local en pro de una solución a las carencias que ellos han observado y recogido de la comunidad, a través de su participación activa en la elaboración de diagnósticos participativos en su localidad.

Integración a procesos locales



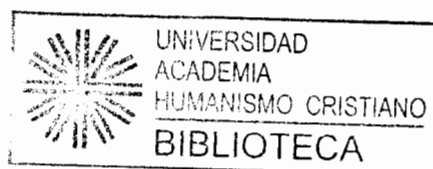
El nexo entre la comunidad y la atención primaria implica un eje sistémico, que en su progreso propone la emergencia de la identidad local por medio de la integración a los procesos

sociales. Las comunidades presentan historias de reivindicación política y lucha social con características propias, por lo tanto, todo proceso conducente a la definición de propuestas para la solución de necesidades, que obstaculizan el normal desarrollo de la vida local, implica integración, responsabilidad y compromiso por parte de sus miembros y el avance y progreso del trabajo de la comunidad presentará resultados concretos de acuerdo a sus características sociales y territoriales y por sobre todo organizacionales.

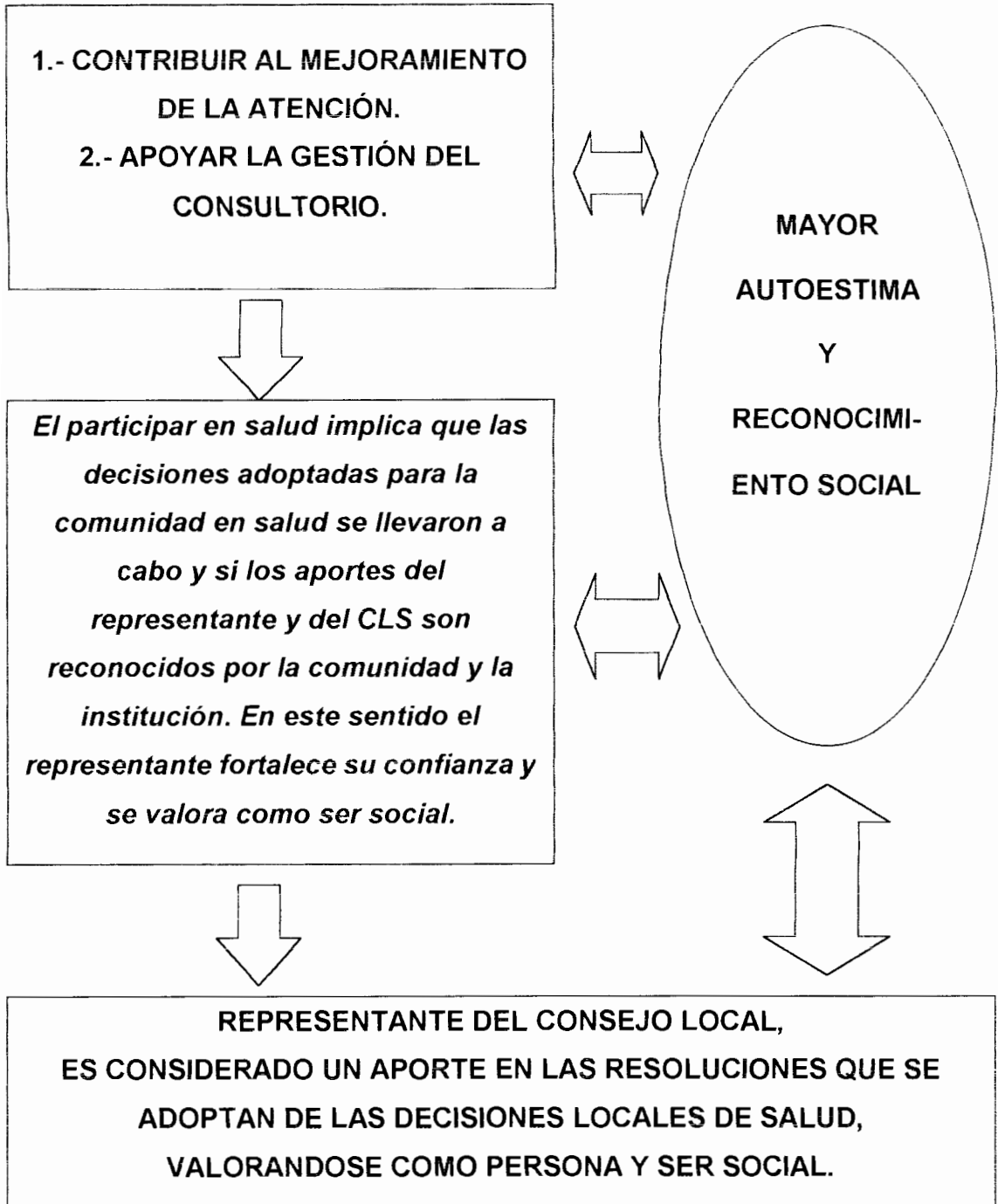
8.2.2.- En otro ámbito de acción colectiva también incide una **Mayor autoestima vía reconocimiento social**; la participación es un medio que permite desarrollar y fortalecer la confianza en sí mismo. Dicho proceso se estimula, si las opiniones y propuestas planteadas por el representante del CLS son tomadas en consideración en el proceso de toma de decisiones en salud en el ámbito local y si las iniciativas planteadas aportaron al colectivo beneficiándose la persona y la comunidad respectiva.

En este escenario, los representantes de los CLS del sector sur oriente, se valoran como entes sociales que aportan a su localidad, la cuál les reconoce sus capacidades, incrementando la autoestima del mismo, reforzando el interés y motivación por participar.

En la relación anterior, el miembro representante integra el proceso de las decisiones en salud desde la perspectiva de la comunidad. En este enfoque, la persona incrementa su autoestima y reconocimiento social, especialmente si en las decisiones que se llevan a cabo, el representante fue un actor importante en su formulación, además presenta resultados concretos en la localidad como por ejemplo el mejoramiento de su situación socio – sanitaria. El dirigente, al apreciar tal situación se valora como ser social y se autopercibe “más sujeto” en las decisiones locales, por lo tanto, *la participación también se fundamenta en el hecho que el representante participa si la comunidad, sus miembros y el CLS reconocen SUS aportes a la solución de las problemáticas en salud de su localidad.*



Mayor autoestima vía reconocimiento social



8.3.- LA NECESIDAD DE PARTICIPAR SEGUN LOS CLS DEL SECTOR SUR ORIENTE:

Como ya dije en el marco teórico, la participación es una acción colectiva organizada, conducente al proceso de toma de decisiones en una comunidad específica, dicha acción es impulsada por la voluntad de aportar e integrar al proceso de desarrollo local. Los representantes de los CLS buscan, a través de la participación, solucionar los problemas de su comunidad en salud, posesionándose en el ámbito de necesidades a cubrir, logrando grados de satisfacción al momento de recibir atención médica o de organizarse para mejorar una propuesta colectiva.

Como hemos visto, la motivación que fundamenta la voluntad de participar es Ayudar a los miembros de la comunidad a ser personas conscientes de sus problemas de salud, este objetivo se complementa con dos motivaciones derivadas que dan sentido a la acción de participar y son el contribuir al mejoramiento de la atención y apoyar la gestión del consultorio.

Estas voluntades se manifiestan en interés en los problemas que presenta la comunidad, participando para ayudar a encontrar las alternativas necesarias para solucionar o al menos paliar estos problemas. Una participación influenciada por sus motivaciones, en este caso específico en salud movilizan a los representantes,

con el propósito de obtener determinados resultados los que a la postre, implican además grados de satisfacción personal, como resultado de su participación colectiva.

Ahora bien, la necesidad de participar en salud según los directivos de los CLS, se emplaza en la perspectiva de ***crear una instancia que permita al miembro de la comunidad integrarse al ámbito de la salud local***, lo que se logra a través de su contribución al mejoramiento de la atención y apoyo a la gestión primaria del consultorio.

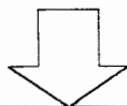
Como segundo interés, complementario a la creación de instancias de salud, se puede observar la *intención de realizar un trabajo exclusivo PARA la comunidad, destinando todos los esfuerzos en el tratamiento colectivo*, esto implica tener un espacio donde se pueda planificar y ejecutar acciones en salud, relacionadas como comunidad, insertas en una estructura que los respalde como miembros de su misma comunidad.

Estas “necesidades” se vinculan al concepto de *potencialidad* y según el marco teórico utilizado en esta investigación, tiene como propósito movilizar al individuo en la búsqueda de satisfacción de sus necesidades, convirtiéndose de este modo en protagonista de su vida a través de la consecución de sus acciones y la obtención de logros.

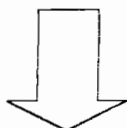
En cuanto a los **satisfactores de la necesidad** de participar, podemos definir uno que da respuesta a las necesidades identificadas en el estudio: corresponde al satisfactor **organización, estructura e intervención social**. Las necesidades señaladas por los entrevistados en esta investigación son el crear una instancia comunitaria en salud y realizar una intervención en este ámbito, por lo cual se plantea para ello: **crear un organismo que canalice y manifieste problemas y necesidades locales en salud, que tenga representación comunitaria y que trabaje organizadamente para la solución de sus carencias, es decir la constitución de los CLS en tanto espacios que representan a la comunidad en una institución cuya función es precisamente proporcionar atención en salud a su población**. Esta organización cuenta además con el reconocimiento formal de la autoridad local de salud, representada en los directivos de cada consultorio o centro de salud.

Necesidad de participación según las directivas de los CLS del sector sur oriente

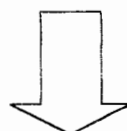
MOTIVACIONES EN SALUD: Contribuir al mejoramiento de la atención al paciente y Apoyar la gestión del consultorio.



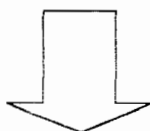
NECESIDADES DE PARTICIPACION EN SALUD: Crear una instancia que permita al miembro de la comunidad integrarse al ámbito de la salud local y realizar un trabajo exclusivo PARA la comunidad, destinando todos los esfuerzos en el tratamiento colectivo.



SATISFACTOR DE LA NECESIDAD DE PARTICIPAR EN SALUD:
Organización, Estructura e Intervención a través de la creación de un organismo que canalice y manifieste problemas y necesidades locales en salud, que tenga representación comunitaria y que trabaje organizadamente para la solución de sus carencias.



ACCION DE PARTICIPAR EN SALUD, que considera como eje central de sus acciones la Promoción de la Salud



MIEMBRO DE LA COMUNIDAD CONVERTIDO EN REPRESENTANTE DEL CLS

8.4.- EXPECTATIVAS DE LA PARTICIPACION SEGUN LOS CLS DEL SECTOR SUR ORIENTE:

Las directivas de los CLS presentan expectativas respecto de este organismo (CLS) y son las siguientes:

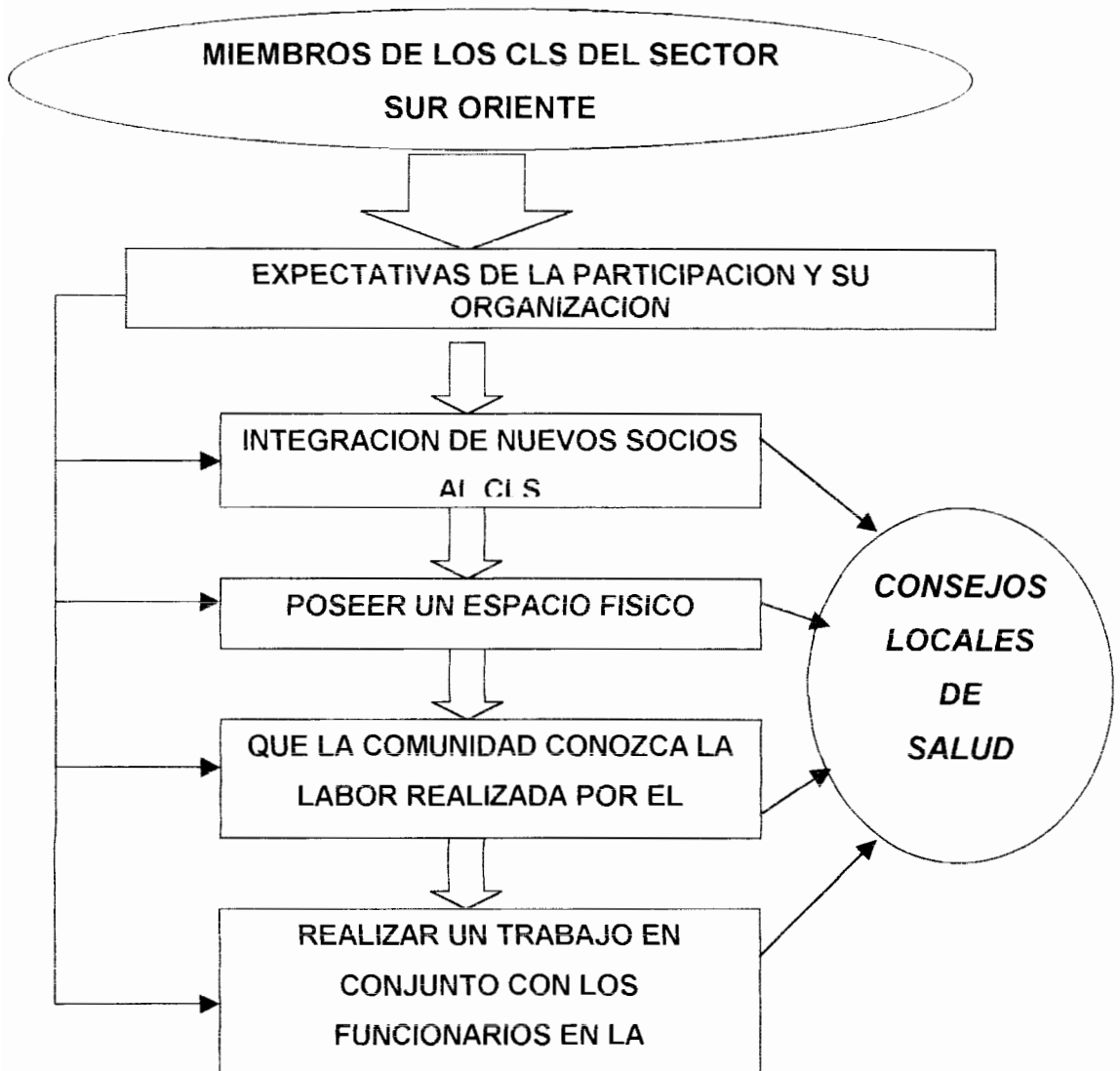
- **Integración de nuevos socios al CLS:** el trabajo realizado por un Consejo debe integrar al máximo de representantes de la comunidad y de las organizaciones locales que se interesen por el tema de la salud, fortaleciendo el carácter de “nexo” con el centro primario respectivo. Con el propósito de representar a la circunscripción completa, los miembros entrevistados aspiran a la integración de nuevos miembros a ser parte de sus planes de trabajo. Ellos aspiran en definitiva, a que la comunidad pueda integrar los CLS, en su máxima representación y amplitud.

- **Poseer un espacio físico propio:** las reuniones y la mayoría de las actividades de los Consejos son realizadas como ya señalé, en instalaciones de los Centros de Atención Primaria respectivos como salas de educación, auditorium u oficinas. La intención de los miembros es poseer un lugar propio donde desarrollar sus asambleas y sus proyectos comunitarios pues con ellos aspiran a algún grado de autonomía respecto de la infraestructura del consultorio.

- **Que la comunidad conozca la labor realizada por el consejo:** que a través de sus actividades y material de difusión, la comunidad usuaria del consultorio conozca la labor realizada por este organismo en el ámbito de salud. Que la localidad en su mayoría, comprenda la tarea que los socios realizan y que sepan que sus representantes en el consultorio pueden participar en las decisiones que se definan en su interior.

- **Realizar un trabajo en conjunto con los funcionarios del consultorio en la comunidad:** la expectativa de los miembros es realizar, junto a funcionarios y profesionales de la Atención Primaria, intervenciones en las áreas geográficas correspondientes a la comunidad, que aborden los problemas identificados en el diagnóstico del sector. Es decir que su proyección es salir de los límites infraestructurales del consultorio para desarrollar sus actividades en terreno, complementándose con el apoyo de los profesionales en acciones planificadas y en la realización de asambleas de vecinos.

**Expectativas de la participación según los CLS del sector
sur oriente**



8.5.- RESPONSABILIDAD SOCIAL DE LOS MIEMBROS EN SALUD:

El MINSAL utiliza el concepto empoderamiento en salud considerado como:

*“Un proceso mediante el cual las personas toman mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud”
(MINSAL.CL, 2001).*

Es decir que dicho concepto está relacionado con la capacidad de la persona para tomar decisiones y ejercer control sobre su vida y el medio para ello es la participación social. La responsabilidad social en salud también tiene un propósito comunitario, pues supone la actuación colectiva para lograr mayor influencia y control sobre las condicionantes de la salud y la calidad de vida de su localidad, siendo este un objetivo prioritario en el ámbito de la Promoción.

Tomar control sobre las decisiones y acciones en salud de manera colectiva, conlleva dos puntos importantes que son la base para su ejecución: a.- la Promoción de la Salud y, b.- la prevención de enfermedades, a través de la educación social de la población respecto de los factores de riesgo emergentes y mecanismos de protección.

Los factores de riesgo son condiciones sociales, económicas y/o biológicas, conductuales o ambientales que se asocian con la causa e incremento de enfermedades.

Ahora bien, los miembros representantes, al conocer determinados factores de riesgo, comprenden que su misión es prevenirlas o modificar las condiciones de riesgo a través de la promoción de los estilos de vida saludable.

Los factores de riesgo que los miembros de los **CLS CONOCEN Y PERCIBEN**, tienen una referencia comunitaria e individual, pues éstos de una u otra manera, se manifiestan en el sector o son conocidos por experiencia directa del representante por su condición de residente de esa localidad. Los factores de riesgo mayormente identificados por los miembros de los CLS son:

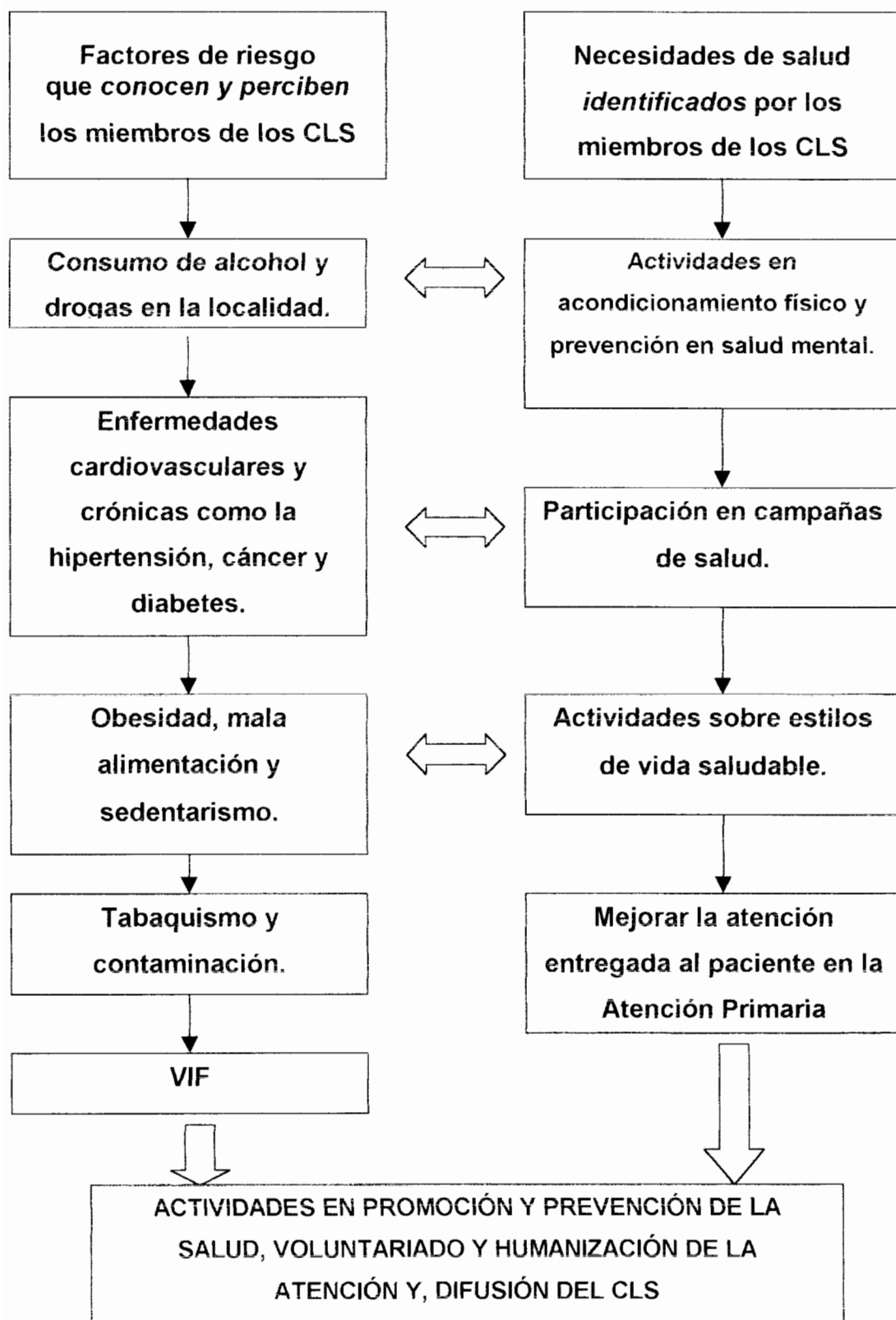
- **Consumo de alcohol y drogas en la localidad.**
- ***Enfermedades cardiovasculares y crónicas, como la hipertensión, cáncer y diabetes.***
- **Obesidad, mala alimentación y sedentarismo.**
- **Tabaquismo y contaminación.**
- **Violencia Intrafamiliar.**

El capítulo anterior, demostró los problemas y necesidades en salud identificados por los miembros de los CLS en su comunidad y que según ellos se presentan más recurrentemente en el consultorio, ellos son: ***la atención entregada al paciente en la atención primaria, consumo de alcohol y drogas, mala nutrición, obesidad y sedentarismo en la población y prevenir enfermedades más frecuentes en la comunidad.***

Según los miembros del Consejo, sus actividades en las unidades de promoción – prevención, voluntariado y difusión, están orientadas intervenir en los problemas anteriormente detallados los que a su parecer obstaculizan el desarrollo integral y pleno de las personas residentes en estas áreas geográficas.

Los diagnósticos realizados por los Consejos y que llegaron a describir los factores de riesgo anteriormente identificados por la comunidad, están referidos a los problemas y necesidades que en sí, son factores que favorecen el desarrollo de enfermedades físicas y/o mentales con sus consecuentes efectos sociales. ***Desde esta mirada se concibe que el riesgo de enfermar es abordado a través de los planes de promoción y proyectos de trabajo, los que son definidos por los miembros de los CLS y que se operacionaliza en actividades concretas.***

Responsabilidad social de los miembros



8.6.- PARTICIPACIÓN EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS MIEMBROS DE LOS CLS DEL SECTOR SUR ORIENTE:

Según el MINSAL, la participación comunitaria supone acciones colectivas, familiares y comunitarias que tienen como propósito promover la salud, prevenir las enfermedades y contener sus efectos. Desde este punto de vista, la participación se presenta en la **localidad** considerando a ***sus miembros como actores fundamentales en este proceso***. Esta definición, involucra además el asumir responsabilidades en salud, definiendo las necesidades y problemáticas que afectan a la población a nivel local y presentar propuestas para su solución.

La participación social en salud, involucra a los miembros de la comunidad, organizaciones y autoridades locales, en un proceso orientado hacia el control y responsabilidades que implica la atención en salud. Su ejecución supone un proceso de participación más universal que la comunitaria.

Al respecto, los miembros representantes de los CLS tienen su propia visión de la participación en salud, que se manifiestan en las siguientes actividades:

- **Identificar problemáticas en salud y proponer sus soluciones:** Mediante acciones *conducentes a identificar los problemas y carencias que la población tiene en salud*, a nivel primario y proponiendo como organización, alternativas para su solución que pueden ser realizados en conjunto con los miembros y funcionarios del consultorio.

- **Informar a los usuarios sobre los beneficios y atenciones realizados en los consultorios:** A través de difundir *el sistema primario de atención (correspondiente a la localidad) en su estructura, funcionamiento y personal*, e *informar a la comunidad sobre los beneficios que el consultorio entrega y de los diferentes tipos de atenciones que brinda*, de acuerdo a los programas que integra el sector primario de atención (Programa del Niño, de la Mujer, del Adulto y Dental).

- **Representar a la comunidad en el Centro de Salud Primaria correspondiente a la circunscripción:** Para identificar problemáticas y ser parte del trabajo comunitario en salud, dado que este organismo cumple un rol de nexo entre los habitantes y el consultorio.

Según las directivas de los CLS del sector sur oriente entrevistados para este estudio, la participación en salud es **un proceso dinámico que integra a la comunidad y a los**

funcionarios de la salud en un trabajo conjunto basado en la definición de problemáticas y necesidades en salud a través de proyectos de acción, planificando una intervención a nivel local. Este proceso permite que la comunidad conozca la labor realizada por el Centro de Atención Primaria complementándose con los esfuerzos colectivos del Consejo Local de Salud que integra a representantes de organizaciones sociales del sector. El propósito de este proceso es influir en las decisiones locales que se adoptan en salud, ya que sus intervenciones son reconocidas por las autoridades sanitarias y la comunidad en general, y son fiel reflejo de las problemáticas que afectan a la población a las cuales pretenden dar solución.

CAPITULO IX:

SINTESIS DEL TRABAJO DE CAMPO

Desde 1995 el MINSAL dio inicio a la creación de organismos que fomentasen la participación a partir de los propios establecimientos de salud. La participación es considerada una estrategia de consolidación del sistema democrático, a través de la cual se puede obtener mayor bienestar e integración social. Insertado en esta concepción y escenario, se crean los CONSEJOS LOCALES DE SALUD (CLS) que son organismos que asesoran a las direcciones de los establecimientos de salud, con representación de la comunidad y funcionarios, cuya finalidad es convertirse en un nexo entre la localidad y el consultorio canalizando los problemas y necesidades que afectan a la población.

A continuación caracterizaremos a los CLS del sector sur oriente de Santiago.

9.1.- CLS del sector sur oriente:

En el sector sur oriente de Santiago, se pueden identificar siete de estas organizaciones vinculadas al SISTEMA PRIMARIO DE ATENCION que contribuyen, desde su perspectiva, a la solución de las problemáticas que afectan a la comunidad, ubicándose geográficamente en las comunas de La Granja, San

Ramón y La Florida. Los CLS del sector sur oriente de la Región Metropolitana son los que se enuncian a continuación:

- CLS Consultorio La Granja.
- CLS Consultorio La Bandera.
- CLS Consultorio San Ramón Norte.
- CLS Consultorio Bellavista.
- CLS Consultorio Villa O'Higgins.
- CLS Consultorio Los Castaños.
- CLS Consultorio Los Quillayes.

Estos organismos están integrados por organizaciones sociales, correspondientes a la circunscripción del consultorio, que se interesan en el tema de la salud y que presentan a uno o varios de sus participantes como sus representantes en el CLS. Actualmente asisten, en promedio, 15 personas a las asambleas y/o reuniones de los Consejos.

Las problemáticas definidas por ellos mismos son abordadas en planes de trabajo anuales planteando las acciones que se desarrollarán para la solución de las necesidades detectadas contribuyendo al mejoramiento de la atención en salud que otorgan los centros de salud.

En cuanto a su funcionamiento y conformación, podemos enunciar que son constituidos por tres actores claves para su desarrollo:

a.- **Miembros de la comunidad y usuarios con representatividad local**, correspondientes a miembros que participan como dirigentes en sus organizaciones locales y que en el desarrollo del CLS, se integran a la directiva de la misma en los cargos previamente definidos.

b.- Como segundo actor, se puede visualizar **al personal del consultorio**, que cumple un rol **coordinador** en el Consejo asesorando a los miembros en los procesos que definan como importantes en cuanto a sus planes de trabajo y desarrollo de actividades. En menor medida como **miembro de la directiva** con lo cual asume tareas propias del cargo. Este rol es desarrollado solo en el CLS San Ramón Norte.

c.- Como tercer actor en los CLS del sector, se identifica a personas que no participan a nivel local, ni son representantes de organizaciones sociales; estos son denominados **usuarios sin representación local** y se caracterizan por ser beneficiarios del Centro de Salud Primario respectivo, que se han incorporado a este organismo por su interés en participar en salud.

Ahora bien, estos actores como representantes de sus *organizaciones sociales*, se constituyen en un Consejo Local cuyo rol fundamental es el de ser nexo entre la comunidad y el consultorio.

En cuanto a su funcionamiento se presentan dos modalidades de reunión en cuanto a frecuencia: **semanal y mensual**. Estas modalidades se definen según la prioridad y necesidad de reunión que definen los propios miembros y que se establecen como programación anual. Actualmente los Consejos de los consultorios Los Castaños y los Quillayes se reúnen cada siete días mientras los correspondientes a los consultorios La Bandera, San Ramón, La Granja, Bellavista y Villa O'Higgins realizan sus reuniones cada cuatro semanas.

La vía de convocatoria a reuniones es: **por vía telefónica** como mecanismo recordatorio de las asambleas y de los puntos de la tabla a tratar; de **reunión a reunión** proponiendo la próxima asamblea y a través **de entrega de citaciones** para reuniones importantes, actividades finales y/o de evaluación. En cuanto a las asambleas estas se **realizan en los consultorios** respectivos, donde participa cada Consejo principalmente en los auditorium, salas de educación y/o casinos del mismo. Ningún CLS del sector tiene un lugar físico propio donde reunirse, carencia que ellos destacan como importante para su funcionamiento y autonomía.

Los CLS presentan dos tipos de directivas, cuyos cargos se definen en los estatutos de cada organismo dependiendo de la convocatoria y organizaciones que pertenecen a la circunscripción. Estos concretan una estructura básica de dirección con presidente, secretario y tesorero en los Consejos de La Granja y de la comuna de La Florida; por su parte los Consejos correspondientes a la comuna de San Ramón, (La Bandera y San Ramón Norte) la integran además un vice presidente, delegados y directores.

Ahora bien, quienes organizan las reuniones al interior del Consejo son la directiva y personal del consultorio. El primero, en cuanto a la elaboración de tablas, actas, ingresos, egresos, análisis de temas, etc, mientras el segundo actor realiza asesorías y presta un apoyo a la realización del plan de acción definido por los miembros. Este personal de apoyo corresponde a Asistentes Sociales, Encargados de Promoción (específicamente en La Florida) alumnos en práctica de Trabajo Social y Psicología.

Como se expuso anteriormente, los cargos de las directivas dependen de los estatutos de cada organización (que están definidos en la personalidad jurídica de cada entidad) los cuales estipulan los estamentos que deben regir un CLS en cuanto a su

constitución, integración de socios, planificación y ejecución de proyectos, dirección y duración de cargos.

Actualmente todos los Consejos del sector poseen personalidad jurídica. Las fechas de constitución de la personalidad jurídica de los CLS del sector sur oriente son las siguientes: Los Castaños y Villa O'Higgins en 1999; Bellavista y Los Quillayes en 2000; La Granja en 2001 y La Bandera y San Ramón Norte en el 2002.

Las actividades que realizan los miembros de los CLS se pueden dividir, para efectos de su descripción, en tres unidades de acción que son las siguientes: **PROMOCIÓN DE LA SALUD**, orientado al desarrollo de actividades en los estilos de vida saludable, acondicionamiento físico y nutrición sana; **VOLUNTARIADO**, en módulos de informaciones, entrega de exámenes, y asistencia al adulto mayor y; **DIFUSIÓN DEL CONSEJO Y DEL CONSULTORIO A LA COMUNIDAD**, con el propósito que los miembros conozcan la labor realizada en la localidad a través de la elaboración de material informativo.

Algunas de las actividades que realizan los CLS se formulan como proyectos sociales, que se traduce en intervenciones en el ámbito local realizadas después de un proceso diagnóstico.

En cuanto a los temas que les interesan como miembros de un CLS son las siguientes: Promoción de la Salud y estilos de vida saludables, Mejoramiento de la atención y prevención de enfermedades a través de procesos educativos.

9.2.- Ámbito Comunitario:

De acuerdo al proceso diagnóstico que realizan los CLS, se definen los problemas y necesidades en salud, que son la base para sus actividades tanto en promoción, voluntariado y difusión que se realizan en el consultorio y en menor medida fuera de sus instalaciones. **LAS NECESIDADES MANIFESTADAS EN SALUD** corresponden a la imposibilidad de recibir una atención integral y resolutive en el nivel primario dadas las limitaciones presupuestarias con las que estos centros trabajan; en este punto es importante destacar que existe un desconocimiento de cómo se estructura el sistema de salud en cuanto a niveles de atención. Por su parte, **LOS PROBLEMAS EN SALUD** corresponden a patologías que impiden el bienestar total del individuo y que imposibilitan llevar una vida completamente activa y fluida en sociedad.

Los problemas y necesidades en salud identificados por los miembros, de acuerdo a sus procesos diagnósticos, son los

siguientes: **deficiente atención entregada al paciente en la atención primaria** (necesidad en salud); **consumo de alcohol y drogas en la población, obesidad, sedentarismo y mala nutrición, enfermedades en la población y VIF.** (problemas en salud).

Estos problemas y necesidades se manifiestan en un **ámbito comunitario**, ya que sus manifestaciones impiden que la población se desarrolle sana en la comunidad, afectando su calidad de vida e incrementando los factores de riesgo en la localidad. Por lo tanto, las actividades que desarrollan actualmente los CLS del sector sur oriente se basan, según la perspectiva de sus miembros, en atender los problemas y necesidades en salud de su comunidad, plasmándose éstos en sus proyectos de intervención en el ámbito local.

Como se dijo anteriormente, los CLS realizan un proyecto anual que recoge las carencias antes mencionadas y que en su proceso planifican, ejecutan y evalúan actividades. Estas actividades se realizan en tres unidades de acción: promoción y prevención de la salud, voluntariado y difusión, con sus respectivos objetivos.

Las actividades realizadas por los CLS por cada unidad de acción son las siguientes:

- **Unidad de Promoción:** talleres en acondicionamiento físico y prevención de salud mental, sobre estilos de vida saludables, capacitación en primeros auxilios y participación en campañas de prevención de enfermedades. La unidad de Promoción será tratada con detalle más adelante.

- **Unidad de Voluntariado:** atención de módulos de informaciones y entrega de exámenes, colaboración en SOME y asistencia a población de la tercera edad (preparación de desayunos).

- **Unidad de Difusión del Consejo y Consultorio:** Elaboración y distribución de material informativo a la comunidad, como folletos y trípticos.

Estas actividades se realizan en el consultorio y de acuerdo a la convocatoria, objetivos y asistencia, algunas de ellas se realizan en sedes sociales, iglesias y casas particulares, principalmente los talleres en acondicionamiento físico, participación en campañas y asistencia al AM. En cuanto a sus formas de evaluación, se realizan a través de sesiones participativas semestrales y anuales, en la cuáles se evalúa el cumplimiento de los objetivos de tales actividades.

De acuerdo a la información obtenida en esta variable de investigación, se puede señalar que **“CONSIDERANDO QUE LOS PROYECTOS DE INTERVENCIÓN DE LOS MIEMBROS SE BASAN EN LOS PROBLEMAS Y NECESIDADES EN SALUD DE SU COMUNIDAD, SE PUEDE DETERMINAR QUE EL ÁMBITO COMUNITARIO ES EL OBJETIVO DE ACCIÓN PRIORITARIO PARA LOS CLS DEL SECTOR SUR ORIENTE DE SANTIAGO”**.

9.3.- Participación de los CLS:

Como se dijo anteriormente, los CLS del sector sur oriente son integrados por representantes de organizaciones sociales, que se interesan por trabajar el tema de la salud, y que constituidos en un Consejo conforman tres actores claves para su desarrollo que son los: representantes de la comunidad y usuarios con representatividad, el personal del consultorio y los usuarios sin representación.

Las organizaciones que tienen representatividad en los CLS del sector sur oriente son las siguientes:

CLS LA GRANJA (La Granja): Correspondiente al consultorio ubicado en Población San Gregorio, que abarca desde la Unidad Vecinal N° 4 a la 12. Las organizaciones que participan en el Consejo son:

- Unidad Vecinal N° 4.
- Junta de Vecinos N° 4.
- Club de diabéticos “La Esperanza”
- Junta de Vecinos “Villa Los Pensamientos”.
- Oficina Municipal de la Discapacidad.
- Jardín Infantil “Mi Pequeño Poema”.
- Escuela Municipal N° 513.
- Grupo de Mujeres Climatéricas del Consultorio.
- Grupo de Autoayuda “Renacer”.
- Asistente Social Coordinadora del consultorio La Granja.
- Presencia de usuarios sin representación.

CLS SAN RAMON NORTE (San Ramón): Las organizaciones que participan en el Consejo son las siguientes:

- Unidad Vecinal N° 23.
- Unidad Vecinal N° 15.
- Unidad Vecinal N° 20.
- Unidad Vecinal N° 20 – B.
- Unidad Vecinal N° 16.
- Club de Adulto Mayor.
- Profesionales del Consultorio San Ramón que son miembros de la directiva.

CLS LA BANDERA (San Ramón): Correspondiente al consultorio de la Población La Bandera. Las organizaciones que integran al Consejo son:

- Unidad Vecinal N° 6.
- Unidad Vecinal N° 10.
- Centro de Adulto Mayor “Los Pastillitas”.
- Casa de Primara Acogida a Mujeres Víctimas de Violencia Intrafamiliar y Sexual “Andrea Araneda”.
- Oficina de Discapacidad “Renacer”.
- Unidad Vecinal N° 25.
- Comité de Áreas Verdes “Plaza Ossa”.
- Club de Adulto Mayor “Nueva Era”.
- Club Social, Cultural y Deportivo “Nueva Esperanza”.
- Asistente Social Coordinadora, Consultorio La Bandera

CLS LOS CASTAÑOS (La Florida): Correspondiente al Consultorio ubicado en la población Nuevo Amanecer. Las organizaciones sociales que participan en el Consejo son las siguientes:

- Junta de Vecinos N° 25.
- Medio Ambiente sector N° 4.
- Comité de Adelanto.
- Matrona del Consultorio Los Castaños y representante de Promoción de la comuna.

- Presencia de usuarios sin representación.

CLS LOS QUILLAYES (La Florida): Correspondiente al consultorio Los Quillayes en la población del mismo nombre. Las organizaciones que participan son:

- Comité de Adelanto.
- Junta de Vecinos N° 37.
- Matrona del Consultorio Los Quillayes y representante de Promoción de la comuna.
- Presencia de usuarios sin representación.

CLS BELLAVISTA (La Florida): Correspondiente al consultorio Bellavista. Las organizaciones son:

- Unidad Vecinal N° 8.
- Junta de Vecinos paradero N° 24.
- Centro de madres.
- Iglesia "Buen Pastor".
- Matrona del Consultorio Bellavista y representante de Promoción de la comuna.
- Presencia de usuarios sin representación.

CLS VILLA O'HIGGINS (La Florida): Correspondiente al consultorio Villa O'Higgins. Las organizaciones que integran al Consejo son:

- Unidad Vecinal N° 21.
- Unidad Vecinal N° 21 – A.
- Club de Adulto Mayor “Volver a Vivir”.
- Matrona del Consultorio Villa O'Higgins y representante de Promoción de la comuna.
- Presencia de usuarios sin representación.

Ahora bien, estos representantes de organizaciones locales, presentan una VOLUNTAD específica que los involucra con la acción de participar en salud, que los decide a participar en los centros de atención primaria específicamente en un CLS. Según los antecedentes obtenidos en la investigación, para las directivas de los Consejos, su motivación general de participar en salud es **la comunidad y la solución de sus problemas posicionándolo como un ente inserto en una localidad consciente y responsable en salud**. La bibliografía consultada al respecto señala que esta motivación general se relaciona con la **motivación fundamental**, en el sentido de convertir a los participantes en protagonistas de sí mismo y del deseo de ser parte de las decisiones en salud que se tomen en su sector.

Las motivaciones que complementan y dan sentido a la fundamental son las **motivaciones derivadas**, donde el individuo intentará superar su estado actual como miembro de una comunidad con el propósito de aportar al colectivo. Estas motivaciones derivadas según las directivas de los CLS del sector son dos: **a.-Contribuir al mejoramiento de la atención al paciente en los consultorios; b.- Apoyar la gestión del centro de atención primaria.**

Estas son las motivaciones derivadas que complementan la fundamental y que promueven la acción de participar en salud, desde el punto de vista de las directivas de los CLS.

La participación es impulsada por las motivaciones antes descritas y pretenden aportar y ser parte de los procesos locales en salud, por su parte los miembros por medio de su acción buscan la solución a sus problemas de salud con la finalidad de lograr grados de satisfacción al momento de recibir atención médica o de intervenir localmente, posicionándose en el ámbito de las necesidades que motivan y movilizan a sus representantes.

La necesidad de participar, según las directivas de los CLS, se materializa en la **creación de una instancia que permita a los miembros de la comunidad integrarse al ámbito local en salud**, cuya motivación central es ayudar a su comunidad,

contribuir al mejoramiento de la atención y apoyar la gestión del sector primario. Como segunda necesidad identificada se encuentra **el realizar un trabajo exclusivo para la comunidad, destinando todos los esfuerzos en un tratamiento colectivo**, el objetivo es poseer un espacio físico propio donde planificar actividades con el apoyo del consultorio correspondiente a la circunscripción.

En tanto, los medios que permiten dar satisfacción a las *necesidades de participación anteriormente identificadas son los siguientes: organización, estructura e intervención*. Por lo tanto, para lograr la satisfacción de las necesidades manifestadas se establece la importancia de **crear un organismo que canalice y manifieste problemas y necesidades locales en salud, que tenga representación comunitaria y que trabaje organizadamente en la solución de las carencias locales**.

He identificado las voluntades que motivaron a las directivas de los Consejos a trabajar en salud, también las necesidades y satisfactores que consideran importantes para lograr la participación de la comunidad, ahora para completar el proceso de motivación se incorporan las expectativas que tienen los directivos respecto de su participación, centrada en la gestión realizada en sus CLS.

Las expectativas que presentan los CLS son las siguientes: **integración de nuevos socios**, que incorpore al máximo de representantes de la localidad al CLS fortaleciendo el nexo entre la comunidad y el consultorio, para que la representatividad del Consejo incluya la totalidad del área geográfica correspondiente; **poseer un espacio físico propio**, actualmente las reuniones y las actividades son realizadas, en su mayoría, en las instalaciones del consultorio, la aspiración de la organización es poseer un espacio propio donde desarrollar sus asambleas y proyectos de acción; **que la comunidad conozca la labor realizada por el consejo**, a través de las actividades de difusión a la comunidad y; **realizar un trabajo en conjunto con los funcionarios en la comunidad**, la proyección es salir de los límites del consultorio y desarrollar actividades en terreno en conjunto con los profesionales de la atención primaria.

Para completar el proceso de participación en los CLS, nos basamos en el paradigma de la **responsabilidad social en salud**, entendido como un proceso mediante el cual las personas toman mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan la salud, identificando los factores de riesgo de enfermar que están presentes en su comunidad. Los factores de riesgo que mayormente identifican los miembros de los CLS, son los siguientes: consumo de alcohol y drogas en su sector,

enfermedades cardiovasculares y crónicas, obesidad, mala alimentación y sedentarismo, tabaquismo y contaminación y VIF.

Los problemas y necesidades identificados por los miembros en sus diagnósticos y que son la base para la planificación de sus actividades en las unidades de promoción, voluntariado y difusión se relacionan directamente con los factores de riesgo anteriormente identificados. Estos factores en sí, son problemáticas en salud que obstaculizan el normal desarrollo e integración social del individuo. *Por lo tanto, el riesgo de enfermar es abordado desde la perspectiva del CLS como problema y necesidad en salud, en proyectos de intervención tanto en promoción como en planes de trabajo complementarios, fortaleciendo a una organización consciente y responsable en salud, de tal modo de ejercer un control social y asumir una responsabilidad en dicho ámbito.*

9.4.- Promoción de la Salud según los miembros de los CLS del sector sur oriente:

La Promoción de la Salud es una estrategia que involucra a toda la comunidad en el mejoramiento de la calidad de vida promocionando los estilos de vida saludables. Desde esta perspectiva y considerando sus procesos diagnósticos, la

organización desarrolla proyectos de intervención en el área, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de sus comunidades y en constante apoyo con los profesionales coordinadores, representantes comunales de promoción y con la asesoría del Programa Salud con la Gente a nivel local.

Las actividades que realizan los CLS en promoción, se enmarcan en su propia unidad de desarrollo, complementándose al plan de acción e implica un proceso de identificación y elaboración de propuestas en este ámbito. Las actividades que realizan en promoción se vinculan al concepto de participación – taller, ya que éstas se basan en dicha metodología de trabajo. Las acciones que desarrollan en Promoción de la Salud son las siguientes:

Talleres en acondicionamiento físico y salud mental, desarrollándose talleres de bailes en tango, salsa y folklore y técnicas de relajación como el tai chi, en el área de la salud mental su finalidad es entregar conocimientos básicos a las familias sobre VIF y Maltrato Infantil y en cómo prevenir sus manifestaciones; **talleres sobre estilos de vida saludable**, fomentando la alimentación sana y erradicación del sedentarismo en la comunidad; **talleres educativos en promoción de la salud y primeros auxilios**, donde se entregan conceptos básicos sobre la Promoción, integrando áreas sobre el funcionamiento del

cuerpo humano y; **actividades de difusión**, entregando información a la comunidad sobre la Promoción de la Salud, por medio de folletos y trípticos creados por ellos mismos.

Actualmente todos los CLS del sector, impulsan proyectos en Promoción de la Salud, cuyos talleres van dirigido a los miembros activos y a la comunidad en general.

Un objetivo prioritario de la Promoción es educar en torno a los estilos de vida saludables en las comunas y localidades, de esta manera se espera que la promoción del concepto contribuirá a crear una comunidad sana y consciente de los factores que atentan en contra de su salud física y mental. Los miembros de los CLS tienen su propia concepción del término y los relacionan con las siguientes ideas, en orden según sus preferencias: **mejor calidad de vida, tener conciencia sobre una dieta más sana, realizar actividad física y/o deporte y que exista una mejor comunicación en las familias.**

La promoción identifica cuatro objetivos y ámbitos de acción para sus áreas de intervención los que guiarán las acciones en el ámbito personal, familiar, comunitario y social.

Los objetivos que identifican los miembros de los CLS y que guían sus actividades son los siguientes: **crear una comunidad**

consciente y responsables de su salud, relacionado con el **ámbito comunitario**, en la perspectiva de la responsabilidad social en salud e intentando modificar las condicionantes de la salud que permitan mejorar la calidad de vida de la comunidad; como segundo objetivo identificado, se visualiza el **generar hábitos y conductas saludables en las familias** éste está vinculado al **ámbito familiar**, con el proposito de fortalecer su rol formador con relación a las conductas y hábitos saludables como aporte a la vida diaria y, como tercer objetivo definido por los miembros se formula el **generar estilos de vida saludables en las personas**, determinado al **ámbito personal**, orientado al desarrollo de conductas encaminadas al autocuidado y generación de estilos de vida saludables en el área de la nutrición y fomento de la actividad física.

Con estos antecedentes, podemos concluir que las actividades realizadas por los CLS del sector sur oriente, en Promoción de la Salud, están orientados hacia los objetivos comunitario, familiar e individual. Por lo tanto, el autor de esta investigación enfatiza que: **“DE ACUERDO A LAS UNIDADES DE ACCIÓN DE LOS CLS, LAS ACTIVIDADES QUE DESARROLLAN, LAS PRIORIDADES QUE ESTABLECEN, LOS OBJETIVOS QUE SE PROPONEN, CONSIDERO QUE ESTOS ORGANISMOS SON ORGANIZACIONES CONSCIENTES Y RESPONSABLES EN SALUD A NIVEL**

COMUNITARIO, FAMILIAR Y DE LA PERSONA, PUEDO CONCLUIR QUE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD ES EL FACTOR MAS IMPORTANTE QUE PROMUEVE LA PARTICIPACIÓN Y LAS ACTIVIDADES DE LOS CONSEJOS LOCALES DE SALUD DEL SECTOR SUR ORIENTE DE SANTIAGO. ESTA ESTRATEGIA ES PRIORITARIA EN LA FORMULACIÓN Y EJECUCIÓN DE PROYECTOS COMUNITARIOS, CONSTITUYÉNDOSE COMO BASE DE SUS INTERVENCIONES A NIVEL LOCAL EN EL ÁREA DE LA ATENCION PRIMARIA”.

9.5.- Áreas de Intervención de la Promoción:

En este punto queremos dar a conocer en qué área de la promoción se desarrollan las actividades y sus objetivos formulados. Estas áreas de la Promoción de la Salud corresponden **al marco general donde se insertan y realizan las actividades**

La Promoción de la Salud define cinco áreas de intervención, en las cuales se insertan sus acciones: a.- Comunicación social, b.- educación, c.-intersectorialidad, d.- participación social y e.- entornos saludables. Las áreas en las cuales se insertan las actividades en Promoción, según los miembros de los CLS, son los siguientes: **educar a la comunidad**

en el tema de la salud, buscando el desarrollo de conocimientos y habilidades para una vida saludable en los miembros de la comunidad, esta área se vincula directamente con la estrategia de **educación** para la promoción; la segunda área es **crear una comunidad consciente y responsable sobre los problemas de la salud**, que intenta crear una ciudadanía responsable en el cuidado de su salud por medio de procesos participativos locales, con el propósito de generar una población sana, relacionado con el área de la **participación social** y, como tercera área de intervención identificamos la **entrega de información a la comunidad sobre promoción**, que tiene como objetivo que los miembros de los CLS difundan, en sus localidades, toda la información necesaria sobre la Promoción, los riesgos de enfermar y cómo tener una vida saludable, acciones que se vinculan al componente **comunicación social**.

Con la información obtenida de esta variable de investigación, podemos concluir que: **“LAS ACTIVIDADES EN PROMOCIÓN, MAS LOS OBJETIVOS PROPUESTOS PARA DICHAS ACCIONES EN LOS AMBITOS COMUNITARIO, FAMILIAR Y DE LA PERSONA, SE INSERTAN EN LAS AREAS DE INTERVENCION CORRESPONDIENTE A LA EDUCACIÓN, PARTICIPACIÓN Y COMUNICACIÓN, DEFINIENDO SUS**

INTERVENCIONES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL ÁMBITO COMUNITARIO Y DE EDUCACIÓN.

POR LO TANTO, SON LAS AREAS DE INTERVENCION LAS QUE DEFINEN LAS ACTIVIDADES Y ACCIONES EN PROMOCIÓN DE LA SALUD”.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES GENERALES DE LA INVESTIGACION

Los CLS son organizaciones sociales que se involucran con el centro de salud primario y la comunidad, juntos impulsan acciones conducentes a dar solución a diferentes problemáticas sanitarias que afectan a la localidad. En su rol de nexo, los CLS impulsan a sus integrantes a convertirse en interlocutores de sus organizaciones locales para que éstos sean capaces de canalizar sus carencias y proponer vías de acción realizando un trabajo mancomunado entre el Consejo, el centro de Atención Primaria y la comunidad, forjando así una realidad socio sanitaria que tendrá como primer factor de intervención la participación de las personas.

Los CLS no son organizaciones creadas en un lapso breve de tiempo ni responden a planificaciones rápidas en torno a la participación. De hecho su estructura, rol y funcionamiento están bien definidos por la cartera de salud, fundamentando su trabajo en acciones con la comunidad y los profesionales, tanto en la definición de diagnósticos, formulación de proyectos sociales, en el fortalecimiento de la gestión en salud, mejoramiento de la capacidad de la atención e impulsando iniciativas locales en promoción de la salud.

Podemos identificar dos momentos históricos en los cuales se insertaron los CLS al ámbito de la salud local y que respondieron a los procesos democráticos que se desarrollaban en esos momentos:

a.- En la década del setenta y como respuesta del proceso de democratización del SNS, se pretendía integrar a los miembros de la comunidad, los trabajadores e instituciones a la gestión en salud. De esta manera cada establecimiento debía crear un **Consejo Local de Establecimientos de Salud** que tenía como misión recoger los problemas socio sanitarios de la población, integrar a la comunidad en la solución de sus carencias a través de la participación y por último difundir sus acciones en salud.

Estaban constituidos por representantes del entonces SNS, miembros de organizaciones poblacionales y de trabajadores, representantes de la administración local y municipios.

En este ámbito se daba vital participación a todos los actores sociales participantes en la organización, pues su propósito era construir una salud desde la perspectiva del pueblo y para el pueblo, impulsado por el modelo socializante propuesto por el gobierno del Presidente Salvador Allende.

En el mes de septiembre de 1973, un golpe de estado derroca al gobierno democrático del Presidente Allende anulando por medio de la represión, todo lo que el pueblo había logrado en materia de participación y en salud local.

b.- Luego de 17 años de dictadura militar y con un país inserto en políticas neoliberales, la coalición de gobierno propone en el área salud un modelo que fortalezca la democracia a través de la participación y organización local. De este modo se impulsa la creación de los nuevos **Consejos Locales de Salud o Desarrollo** que se vinculan a los establecimientos de salud del país en sus diferentes niveles de atención, su afán es colaborar con la dirección de los centros de salud conformado por representación local y ejerciendo un control social sobre la gestión de salud, tal como lo define el MINSAL.

Ahora bien, desde el punto de vista de la localidad, los sectores urbano populares de las comunas de La Florida, La Granja y San Ramón poseen una nutrida historia política, social y cultural que impulsó la creación de una fuerte identidad popular cuya característica principal fue el compromiso y movilización de la comunidad al momento de dar solución a las carencias más urgentes que se le presentasen. Esta situación también se lleva a cabo en el plano de la salud, ya que éste, al ser un factor importante para el desarrollo de la vida también lo es en la

perspectiva de la organización de los individuos del sector, considerada ésta, como el medio que utiliza la población para involucrarse con el otro para realizar esfuerzos mancomunados que posibiliten la ejecución de un proyecto o la concreción de determinados objetivos.

Es interés de las autoridades que la comunidad posea el respaldo del consultorio respectivo y que desde su postura profesional entregue los elementos necesarios para que la localidad pueda ejercer su derecho a participar y a demostrar sus potencialidades. De este modo, los miembros de los CLS están insertos en una organización que promueve la salud a nivel local en un trabajo conjunto con el consultorio. Sus integrantes se han involucrado directa o indirectamente, a lo largo de su vida, en temas referentes a la salud, aspirando actualmente a que su centro primario de salud entregue una mejor atención a la población beneficiaria. Para lograr este objetivo, se constata la necesidad de integrarse a una estructura que permita a la propia comunidad, por medio de su participación, colaborar en su prestación de salud. Así se integran al CLS.

De esta manera, los representantes del consejo juegan un rol importante en el desarrollo de esta organización, ya que estos actores son claves al momento de definir su propio diagnóstico que permita conocer los problemas que afectan a su grupo o

comunidad y que al integrarse al proceso metodológico de mismo, asumen que los resultados obtenidos serán traducidos en acciones y proyectos comunitarios que promuevan entre los socios las responsabilidades, roles y vínculos para el logro de sus objetivos.

Así, por medio de su participación los miembros lograrán reconocimiento de la localidad y de los propios profesionales colaboradores, de tal manera demandarán constantemente que los resultados obtenidos de sus planes de acción, más su visión de la salud, puedan convertirse en elementos necesarios y fundamentales al momento de definir un plan comunal o ver cómo una decisión adoptada por el consejo se transforma en un hecho tangible en el ámbito de la salud local.

Como pudimos apreciar, el concepto de **participación** cruza transversalmente los tres ejes del concepto biosicosocial de salud que es la base del trabajo de los CLS del sector sur oriente de Santiago. A continuación caracterizaremos el concepto *mencionado desde la perspectiva de los consejos en estudio.*

La participación es una acción colectiva organizada que tiene como propósito influir en la toma de decisiones en el ámbito social e institucional para el beneficio y desarrollo de la comunidad, según Martín Hopenhayn es la base para los

programas y procesos institucionales y su significación depende de las ideologías que definan dicha acción.

Según la cartera de salud, la participación en este ámbito se caracteriza por ser un proceso que integra a la sociedad chilena en su totalidad y que no es asunto exclusivo de los sectores más postergados, convirtiéndose en una prioridad para el fortalecimiento del sistema democrático en su aspiración de integrar al ciudadano en la construcción de una sociedad mejor.

Ahora bien, la investigación constató que los CLS tienen su propia perspectiva de la participación en salud presentando determinadas diferencias con el postulado desarrollado por el MINSAL.

La concepción que proponen los consejos en torno a la participación es la siguiente:

<u>PARTICIPACION SEGUN EL MINSAL</u>	<u>PARTICIPACION SEGUN LOS CLS DEL SECTOR SUR ORIENTE</u>
<p>Proceso social que integra a los actores y sectores de la sociedad chilena</p>	<p>Proceso dinámico que integra a la comunidad y a los funcionarios de la salud.</p>
<p>Son los actores los que aportan al diagnóstico de sus necesidades.</p>	<p>Los actores realizan un trabajo conjunto basado en la definición de sus problemáticas y necesidades en salud.</p>
<p>Desde este diagnóstico se ponen en marcha sus soluciones.</p>	<p>Este trabajo se desarrolla a través de intervenciones locales en el ámbito de la promoción de la salud.</p>
<p>Evalúan y controlan la gestión pública en salud.</p>	<p>El proceso permite que la comunidad conozca la labor realizada por el CLS y el consultorio.</p>

Como puede apreciarse, la concepción que esgrimen los CLS se emplaza en un enfoque estrictamente local, referido a los

límites geográficos de la comunidad, estipulando como un proceso dinámico que integra a los miembros de la comunidad y a los funcionarios técnico profesionales del centro de atención primario respectivo.

Desde el punto de vista de los procesos diagnósticos, ambas postulan (CLS y MINSAL) que es la propia población la que debe aportar con sus propios diagnósticos a la definición de sus problemas (patologías que impiden el normal desarrollo del individuo en comunidad) y necesidades en salud (imposibilidad de recibir una atención integral y resolutive en la Atención Primaria), por la cual se debe iniciar así un trabajo conjunto entre la comunidad y los profesionales en la perspectiva de la localidad.

Según el MINSAL, el establecimiento y definición de prioridades en los ámbitos sanitario, resolutive y de mejoramiento, se convierten en pilares fundamentales para la planificación que realiza el ministerio a nivel local, regional y/o nacional, incorporándose estas estrategias a las campañas estivales o de emergencia en el caso de proliferación de alguna enfermedad. Esta planificación debe tener directa relación con los lineamientos ministeriales y de gobierno. Finalmente, es el propio MINSAL que evalúa y controla la gestión realizada en salud, por lo tanto, es el ente supremo que califica la capacidad resolutive de un sector y

de cómo los profesionales de los tres niveles de atención cooperan para aquello.

En cuanto a la localidad, es el propio CLS quién evalúa junto a los profesionales asesores el proyecto implementado en la comunidad. Junto con dar solución a una carencia específica, la participación tiene como último propósito, que el sector conozca la labor realizada por el CLS y el centro de salud primario, de esta manera el propio Consejo se revalidará como una organización que trabaja para y con la comunidad en el tema de la salud convirtiéndose en un nexo importante entre la gente, la comuna y el consultorio.

En los CLS del sector sur oriente, los resultados obtenidos de sus diagnósticos se convierten en la base principal para la planificación e intervención en el ámbito sanitario a nivel local y corresponden a los problemas y necesidades observadas en su propia comunidad. A su vez, esta investigación obtuvo información necesaria para esgrimir, que la ejecución de proyectos comunitarios y las intervenciones de los Consejos de Salud del sector se desarrollan en el ámbito de la Promoción de la Salud, que es una política impulsada por el MINSAL en los últimos ocho años y se define como una estrategia que promueve en las familias, grupos y comunidades los estilos de vida saludables. Dicha estrategia se materializa en la mayoría de los Servicios de

Salud del país donde se definen los lineamientos para los diferentes sectores de acuerdo a la realidad existente en el lugar, patologías que sufre la población, enfermedades emergentes, etc. La Promoción de la Salud en Chile se compone de cinco unidades de intervención siendo la más importante para el trabajo con la comunidad y organizaciones el programa "Salud con la Gente", donde los grupos de la localidad presentan sus propuestas y posteriormente las ejecutan, en la perspectiva de promover acciones saludables en sus poblaciones.

Junto a este programa también se pueden desarrollar actividades de prevención y promoción, conceptos siempre fuertemente vinculados en la salud y en las formas de ejecutar una intervención, tanto a nivel individual como comunitaria. La prevención en salud tiene como propósito el anticipar, reconocer y diagnosticar los factores de riesgo que fomentarán una enfermedad e iniciar así el tratamiento médico correspondiente a la patología. Por su parte, la promoción fomenta una salud mucho más positiva y activa entregándole a las personas y comunidades todas las herramientas necesarias para su empoderamiento promoviendo en ellos los estilos de vida saludables que consiste básicamente en mantener una actividad física regular y la alimentación sana. De este modo la población se convierte en protagonistas de su propio cuidado adquiriendo conductas y hábitos saludables a nivel individual, comunitario y social.

Con los antecedentes obtenidos en el estudio podemos concluir que la Promoción de la Salud, tal como su denominación lo indica, promueve una salud positiva orientada hacia los estilos de vida saludables de la comunidad insertada por los profesionales asesores o representantes de promoción y finalmente es operacionalizada por el CLS (y por diferentes organizaciones del sector), con el apoyo del consultorio y del Programa Salud con la Gente, y como se expuso en los capítulos precedentes sus intervenciones poseen un carácter educativo y participativo en su afán de crear una comunidad responsable en salud. Dicha responsabilidad se materializa a través del desarrollo de actividades en el ámbito con objetivos orientados hacia la familia y comunidad.

Con los antecedentes obtenidos en la investigación podemos enunciar que el sistema hipotético definido para el estudio se comprueba, ya que la información obtenida de los CLS permiten reconocer elementos importantes en sus intervenciones y que se manifiestan en dichos organismos.

Por lo tanto, considerando los objetivos y preguntas de investigación, trabajo de campo, análisis e interpretación de la información y las hipótesis planteadas, podemos concluir que:

“EL FACTOR MAS IMPORTANTE QUE PROMUEVE LA PARTICIPACIÓN EN LOS CLS VINCULADOS AL SECTOR PRIMARIO Y QUE PERTENECEN AL SECTOR SUR ORIENTE DE SANTIAGO, ES LA PROMOCIÓN DE LA SALUD. ESTOS CLS DESARROLLAN, UNA INTERVENCIÓN LOCAL EN EL ÁMBITO COMUNITARIO, EN LAS ÁREAS DE EDUCACIÓN, PARTICIPACIÓN Y COMUNICACIÓN EN PROMOCIÓN, EN FUNCION DE LAS CUALES DEFINE SUS ACTIVIDADES EN DICHAS ÁREAS”.

Aportes de la investigación al Trabajo Social

El accionar del Trabajador Social esta definido por las Normas y Orientaciones Técnicas para el Asistente Social en Salud estructurando su quehacer en el tratamiento individual, grupal y comunitario como componente de su labor en la promoción y prevención de la salud, el autocuidado, empoderamiento de la salud, educación, gestión y fortalecimiento organizacional. Como profesión, en este ámbito nos involucramos con la comunidad, sus integrantes, sus problemas y sus soluciones en los tres niveles de atención, específicamente en la Atención Primaria de Salud. A este nivel se desarrolla un trabajo mancomunado entre los diferentes actores de la localidad procurando beneficios para los sectores más postergados y carenciados de la comunidad.

El trabajo social en el área salud comprende un ámbito de desarrollo importante para la profesión, ya que promulga el bienestar social del individuo lo que se operacionaliza en sus procesos de diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación y sistematización. En esta área, el trabajo social interactúa con equipos multidisciplinarios apoyándose en las redes sociales que aportan desde su perspectiva a la solución de los problemas de salud presentados por la población asignataria de una unidad sanitaria.

El tipo de intervención que realiza el Trabajo Social en cada *una de las tres áreas va a depender de las necesidades y características de la persona, grupo o comunidad*. Así por ejemplo, el método de trabajo de casos y familias determina las acciones desde su constitución tomando en consideración, experiencias de vida, relaciones entre los miembros y roles, permitiendo la definición del modelo de intervención en base a la cual se elaborará un plan de seguimiento que guiará todo el proceso metodológico.

El trabajo grupal se desarrolla desde las propuestas de la educación popular con el propósito de profundizar y aprehender desde las vivencias y los temas que plantea la propia comunidad, de tal manera de generar un proceso educativo del grupo basado en la satisfacción de sus necesidades. Por su parte, el método *social de comunidad es considerado como un **proceso de organización y desarrollo comunitario en la perspectiva de lograr su propio avance y fortalecimiento, en torno a la ejecución, por parte de los equipos de salud y miembros de la comunidad, de tareas de promoción, prevención y atención en salud a nivel local constituyéndose en una acción integral desde un enfoque social.***

Desde el Trabajo Social Comunitario, los CLS son organismos que definen los problemas y necesidades en salud de

su comunidad, detectándolos y trabajando organizadamente en los proyectos comunitarios que se formulan, con la finalidad de dar solución a dichos problemas. La intervención a nivel local se lleva a cabo en los ámbitos de la prevención y promoción de la salud. Dichos proyectos son asesorados por profesionales del nivel primario y del Programa Salud con la Gente de sus respectivas comunas.

Objetivos del Trabajo Comunitario desde la perspectiva de los CLS

El trabajo comunitario es un proceso de organización y desarrollo a nivel local que se busca a través de la participación a los miembros de la comunidad. Para ello se apoya en un trabajo que consta de cuatro fases metodológicas, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación en Prevención y Promoción de Salud como estrategias locales para la solución de problemáticas. Sus objetivos están articulados mediante la participación comunitaria, al fortalecimiento de las organizaciones y la promoción, fortaleciendo la gestión realizada en salud convirtiendo a los CLS en protagonistas de su propio proceso.

Los objetivos del Trabajo Comunitario desde la perspectiva de los CLS y del estudio realizado, son los que enunciamos a continuación:

- **Promover la Participación de la Comunidad en Salud:**

los CLS consideran la participación como la base para su desarrollo, ya que al vincularse la comunidad y los profesionales en torno a proyectos de prevención y promoción que den cuenta de los problemas de la salud de la comunidad, pueden ir ***definiendo alternativas eficaces para la solución de estos problemas***. Además este proceso se realiza en la localidad y tiene como protagonista al representante del Consejo, quien es el nexo entre la comunidad y el consultorio permitiendo fortalecer la organización social. El trabajo comunitario contribuye al proceso de participar en la perspectiva del fortalecimiento de la organización, por medio de sus proyectos como alternativas de intervención para sus problemas, ya que busca la integración *entre los individuos y atención primaria con el propósito de brindar una mejor atención al usuario, crear conciencia y responsabilidad en salud a través de la acción.*

- **Fortalecer a las organizaciones:** Los CLS al ser organizaciones que trabajan en salud se deben constituir en referencia directa de los demás organismos que se interesan por el ámbito sanitario a nivel local y a su vez fortalecer sus vínculos

con otras organizaciones preocupadas con los mismos problemas y con las redes sociales que complementan su quehacer en la comunidad y en la circunscripción de los consultorios.

La salud es también un tema intersectorial por lo tanto, si bien debe articularse las organizaciones que están en este tema, también pudiese ampliarse a otros organismos e instituciones como colegios, JJ.VV, y otros.

- **Promoción:** Contribuir en esta estrategia a través de la formulación de proyectos sociales con el propósito de involucrar a los miembros en las áreas de acondicionamiento físico, salud mental, nutrición, estilos de vida saludables y participación, como componentes que orientan sus actividades en el ámbito comunitario.

Esto ya es estrategia de la A.P.S con la cual hay concordancia con los principios del Trabajo Social, por tanto en este punto se podría concluir como uno de los resultados de esta investigación que **“SALUD”** no implica solo ausencia de enfermedad, sino que es un: **“ESTADO QUE INVOLUCRA A LA COMUNIDAD EN LA BÚSQUEDA DE SU COMPLETO BIENESTAR FÍSICO, SOCIAL Y MENTAL Y QUE PARA LOGRAR DICHOS FINES INTEGRA A LA LOCALIDAD EN EL PROCESO DE DEFINICIÓN DE SUS PROPIOS PROBLEMAS Y**

NECESIDADES PARA LA SOLUCIÓN DE LOS MISMOS”,
según el autor de esta investigación.

TRABAJO COMUNITARIO Y PARTICIPACIÓN
COMUNITARIA EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE LA
INVESTIGACIÓN

<p style="text-align: center;"><u>TRABAJO COMUNITARIO EN</u> <u>SALUD</u> <i>Desde lo institucional</i></p>	<p style="text-align: center;"><u>PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN</u> <u>SALUD</u> <i>Desde la comunidad</i></p>
<p style="text-align: center;"><i>Proceso de organización y desarrollo que involucra a la comunidad específicamente en la definición y planificación de sus acciones en salud, con el propósito de fortalecer a la propia comunidad a través de su participación en salud.</i></p>	<p style="text-align: center;"><i>Proceso dinámico que integra al CLS y funcionarios en un trabajo conjunto basado en la definición de problemáticas y necesidades en salud para abordarlas a través de la ejecución de proyectos sociales comunitarios como estrategias locales de prevención y promoción.</i></p>

Ahora bien, considerando al Trabajo Social comunitario como metodología de intervención y desde la perspectiva de esta investigación, presento a continuación una propuesta metodológica en Promoción de Salud:

PROPUESTA METODOLÓGICA
MODELO DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA EN PROMOCIÓN
DE SALUD

Durante la presente investigación, se buscó la bibliografía necesaria para la elaboración del marco teórico y referencial, la que entregó información importante para la elaboración de este acápite. Ahora bien, con el propósito de retroalimentar la experiencia de trabajo y presentar una propuesta que le permita a equipos profesionales y miembros de la comunidad planificar y ejecutar sus acciones en salud, se expone a continuación un modelo de intervención comunitaria en Promoción de la Salud, que tiene como base, como ya dije la experiencia realizada en esta investigación y en el trabajo práctico que he realizado durante tres años de mi formación profesional en esta misma área temática y sector geográfico.

A partir de lo anteriormente dicho quisiera partir señalando como una premisa de trabajo que el bienestar en salud es un factor primordial para el logro del desarrollo social que junto a elementos tales como el acceso a la educación y a condiciones mínimas de habitabilidad y trabajo, se propone enfrentar las problemáticas de la población especialmente de la población pobre del país.

En atención a dicha premisa entonces, la salud junto con ser un derecho inherente a todo ser humano necesita tanto de equipos profesionales especializados, como del apoyo de la población para enfrentar las patologías y tratamientos que se requieran en la localidad que se encuentre ubicado, para posicionar una comunidad saludable y empoderada. Es por esta razón que los centros de atención primaria son organismos fundamentales en el afán de definir y ejecutar con la comunidad intervenciones que den solución a las problemáticas detectadas, entregando al colectivo humano herramientas que intencionen su autocuidado, de este modo se llevara a efecto el empoderamiento, tema de vital importancia para alcanzar el desarrollo humano de un país.

Un modelo de intervención comunitaria en salud requiere articular una serie de elementos que fortalezcan aquellos aspectos de la promoción que se apliquen en una comunidad determinada. Una estrategia de intervención social en salud, que se proponga modificar en la comunidad los condicionantes y/o factores de riesgo de la población para aportar al mejoramiento de la calidad de vida a nivel local necesita sin lugar a dudas de un trabajo intersectorial y multidisciplinario, de tal manera de lograr realmente los objetivos que la política de salud se propone.

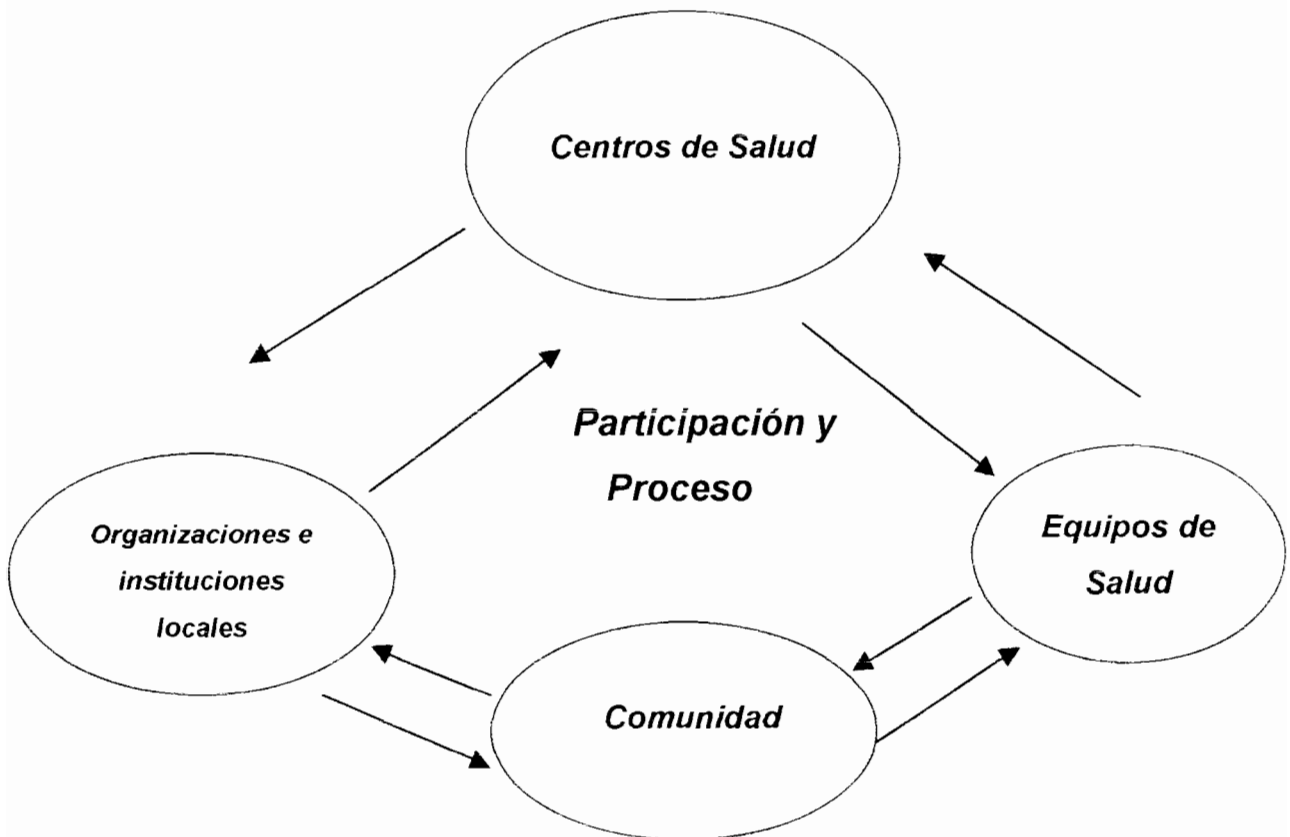
A.- FUNDAMENTOS DEL PRESENTE MODELO DE INTERVENCION COMUNITARIA EN PROMOCION DE SALUD:

1.- Organización como base del desarrollo: Este modelo se sustenta en la organización territorial de la población y comunidad insertadas en las circunscripciones correspondientes a sus centros de salud primarios o establecimientos hospitalarios. La comunidad, por medio de su organización (las que existen o se creen para estos propósitos) definirá sus problemáticas y planificará en torno a éstas, sus estrategias de acción que les permitirá superar su estado actual, mediante el enfoque promocional y preventivo que promulgan los establecimientos y la cartera de salud del país en la actualidad.

2.- Participación social de la comunidad y de los equipos de salud:

Las acciones colectivas en torno a temáticas de salud deben ir orientadas en primer lugar a la definición de problemáticas y a la elaboración de propuestas de intervención realizadas en conjunto con la comunidad. Tanto la organización como los equipos de salud deben realizar un trabajo mancomunado para el desarrollo de sus acciones y propuestas locales. A su vez, como ya decía en el párrafo anterior, promover el trabajo en red e intersectorializado otorgándole con ello un carácter de “complementariedad” y “proceso” a las intervenciones que los

organismos emprendan. Por tanto los equipos de salud deben prescindir de actitudes excluyentes y paternalistas con la comunidad. Se trata de que a través de promover la autonomía Y autogestión a nivel local, articulando con los diferentes organismos las intervenciones se propicie el empoderamiento de la comunidad.



B.- ACCIONES DE ESTE MODELO:

1.- Diagnóstico en salud: El diagnóstico en salud es el proceso que permite la identificación de aquellos factores que

afectan a las condicionantes de la salud que aumentan la ocurrencia de los factores de riesgo incidiendo directamente en la emergencia de patologías socio – sanitarias. dado los criterios anteriormente identificados se intenciona la realización de diagnósticos participativos que requieren de los siguientes pasos:

a.- Contextualización de los problemas y factores de riesgo y condicionantes afectadas: Junto con hacer referencia a las características de la localidad y a las políticas referidas al contexto comunitario – local, se debe reunir la información necesaria para caracterizar al entorno desde el punto de vista social, económico, demográfico, cultural y específicamente epidemiológico en relación con los problemas que las organizaciones expresen y que las estrategias de promoción puedan solucionar.

b.- Planteamiento del problema: se debe describir la importancia del problema de salud para los habitantes de dicho sector, sus respectivas causas y efectos, condicionantes de la salud especialmente cuando esta se aprecia afectada y de identificación de los factores de riesgo que se ven acrecentados e inciden en la aparición de nuevas enfermedades.

Si por ejemplo un Club de Adultos Mayores diagnóstica una “falta de actividad física” en la población de AM del sector

correspondiente al centro de salud, en primer lugar deben identificar la condicionante de la salud (consideradas prioridades de acción en salud) que en este caso sería “actividad física”, en segundo lugar reconocer los elementos que favorecen la falta de actividad física denominados factores de riesgo y que en este caso sería el sedentarismo, enfermedades cardiovasculares, diabetes y depresión, falta de recursos económicos y materiales, etc. con estos antecedentes se estaría en condiciones de elaborar un plan de acción que promueva la actividad física en la población de adultos mayores del sector reconociendo cuales son las condiciones que se requieren para que ella de ser de interés se pueda efectuar.

c.- Objetivos e hipótesis diagnósticas: Los objetivos en el proceso diagnóstico se orientan A reconocer las problemáticas de salud que afectan a una población determinada en un período de tiempo específico y de los mecanismos que favorecen su aparición. Por su parte, las hipótesis diagnosticas son enunciados que nos permiten definir una situación que estaría favoreciendo la patología y necesidad, que debe ser corroborada o refutada en el proceso de aplicación de instrumentos. A su vez, estas hipótesis deben definir sus variables y su posterior operacionalización.

d.- Estrategia metodológica: En esta etapa se integra el procedimiento y las características que presentará el diagnóstico

como estrategia de conocimiento de los problemas de salud de la comunidad a estudiar. debe contener los siguientes elementos:

- **Universo y muestra:** población con la que se trabajara en el proceso diagnóstico, nº de población que participara efectivamente en este diagnóstico.

Si se realiza un diagnóstico participativo (en la que se integren tanto la comunidad como los equipos de salud) es necesario dar respuesta a una serie de preguntas que permitan un mejor desempeño y calidad del proceso como también de su información:

- ¿Qué problemáticas en salud visualiza la comunidad?
¿Cuál (es) es (son) la (s) más urgente?
- ¿A quiénes afecta?
- ¿Qué ha hecho nuestra comunidad, las organizaciones y centro de salud para darle alguna solución?
- Las problemáticas definidas ¿Qué condicionante de la salud afecta?
- ¿Qué elementos favorecen la aparición de estos u otras problemáticas?
- ¿Qué soluciones podríamos definir?
- ¿Qué pasaría en la comunidad si no se realiza ningún tipo de intervención? (prognosis)

- **Técnicas e instrumentos de recolección de información:** Si se realiza una o varias sesiones diagnósticas y se quiere complementar dicha información con la caracterización de la población y participantes del proceso, se pueden aplicar instrumentos como entrevistas, encuestas, cuestionarios, etc, y así recolectar la información faltante.

- **Análisis de los datos:** Los datos obtenidos deben analizarse considerando los datos estadísticos e información proveniente del MINSAL y como la PS se inserta como estrategia de intervención de acuerdo al diagnóstico.

2.- Planificación y ejecución de las acciones en salud:

Como hemos expresado anteriormente este modelo promulga un trabajo mancomunado entre las organizaciones y los equipos de salud, por tanto ambos sectores deben compartir la ejecución de sus propuestas, definiendo equipos preocupados de la organización, de la ejecución, de las gestiones con otras instituciones, de las evaluaciones, etc, en torno a sus propias acciones.

3.- Evaluación de las acciones: Permite comparar la situación inicial de la comunidad o localidad antes de iniciar una

intervención en PS con la situación final u objetivo luego de finalizado el tratamiento.

- **Evaluación ex – ante:** Se propone el caracterizar a la comunidad antes de comenzar la intervención, es decir determinar qué expectativas están presentes, qué esperan con este trabajo, qué problemática consideran más urgente a intervenir, situación de salud que vive el integrante y la comunidad (hábitos alimenticios – práctica regular del deporte, etc.), vinculo que establece la persona y la comunidad con el centro de salud, herramientas y recursos que presenta la comunidad para iniciar la intervención.
- **Evaluación ex – post:** tiene como propósito identificar los elementos que poseía la comunidad antes de la intervención con los resultados obtenidos después de ejecutado el plan de acción. Pretende determinar que factores de riesgo intervinieron, si las estrategias para abordar el problema fueron las correctas y como la Promoción de la Salud se inserto como estrategia de intervención social en el ámbito local – comunitario. Este tipo de evaluación se debe realizar durante y después de la intervención.

C.- OBJETIVOS DEL MODELO PROPUESTO: Durante mi experiencia de tres años en atención primaria, donde desarrolle mis prácticas de grupo, comunidad y profesional me pude dar cuenta de la significativa importancia que tiene la participación de la localidad en los temas de salud y que su visión puede colaborar en la construcción de la salud municipal ya que son los pobladores los que sufren de patologías específicas producto del desarrollo de la vida local y de focos de contagio que los propios vecinos conocen y que pueden diagnosticar para su posterior solución. La metodología de intervención comunitaria cumple un rol importantísimo en todos los ámbitos de intervención local entre ellas la salud, dicha metodología nos entrega las herramientas necesarias para planificar, ordenar y definir la ejecución de un proyecto determinado que pretende lograr una situación deseada por todos los miembros de la comunidad. Durante mis experiencias prácticas, pude interiorizarse de dicha metodología y comprender la utilidad que tiene el trabajo comunitario, para el desarrollo social y local de un sector específico amparado en la participación social y en los programas y estrategias de acción y protección social definidos por el Estado. En mi experiencia comunitaria en la atención primaria principalmente en promoción y en CLS, su especificidad de intervención depende de factores que al no ser asumidos por la población aumentan el riesgo de contraer enfermedades y hacerse responsable de sus tratamientos, es por esta razón que al presentar esta **propuesta**

de intervención integraré a la misma lo que consideré elementos importantes al momento de desarrollar mi trabajo práctico y que algunos modelos no formulan ni especifican.

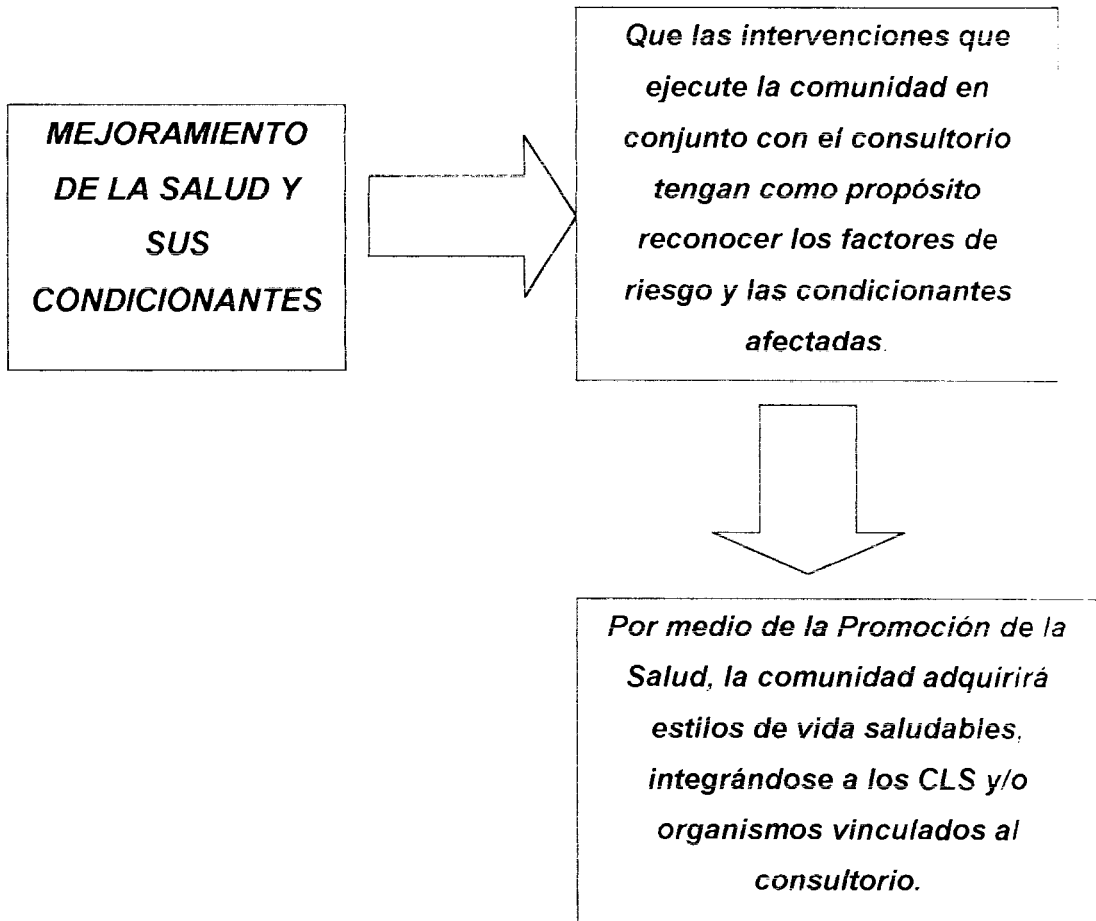
El modelo propuesto, si bien se apoya en el conocimiento clásico de diagnósticos comunitarios, pretende mejorar las condiciones de aplicabilidad en y con la comunidad pues el hecho que ella participe estableciendo sus prioridades de acción y que a través de su organización sean capaces de ir tomando sus propias decisiones y ejecutándolas en conjunto con personal del centro de salud para que la población asuma nuevas conductas y estilos de vida que promulgué una vida más sana y activa en su localidad y/o entorno más inmediato se estarán desarrollando como personas y colectivos para velar entre otros por el problema específico de la salud.

El presente modelo propone una serie de objetivos que den respuesta tanto a las necesidades y características de la localidad como a las directrices que la promoción se define para el trabajo en la comunidad y que demuestran su diferencia con otros modelos existentes ya que éste involucra las causas de las problemáticas comunitarias desde una perspectiva sistema al momento de abordarla.

Los Objetivos que propongo para el modelo son los siguientes:

1.- MEJORAMIENTO DE LA SALUD Y SUS CONDICIONANTES: Se propone por medio de las acciones definidas por la comunidad y en constante apoyo con los equipos de los establecimientos, un mejoramiento sustancial de las condiciones de vida y de salubridad de la comunidad y sus integrantes; que a través de sus intervenciones los miembros puedan reconocer que condicionantes de la salud son las afectadas y cómo éstas desencadenaban la emergencia de nuevos factores de riesgo en el sector que impidan el bienestar social esperado. La Promoción de salud promueve los estilos de vida saludable, la actividad física y una nutrición adecuada, para que estos objetivos se logren, las personas y comunidades deben participar en sus CLS o en los diferentes organismos vinculados a la atención primaria, de esta manera estarán conscientes de su realidad sanitaria y de cómo enfrentarla.

Durante mi experiencia práctica consideré al mejoramiento de la salud como un eje determinante al momento de definir mis planes de acción, ya que junto con diagnosticar una problemática específica, a la comunidad se la enfrentó a un proceso que impulsó el reconocimiento, tanto del problema como de los elementos que impulsan su desarrollo, desde una perspectiva sistémica donde los diferentes factores socio sanitarios se relacionan entre sí.



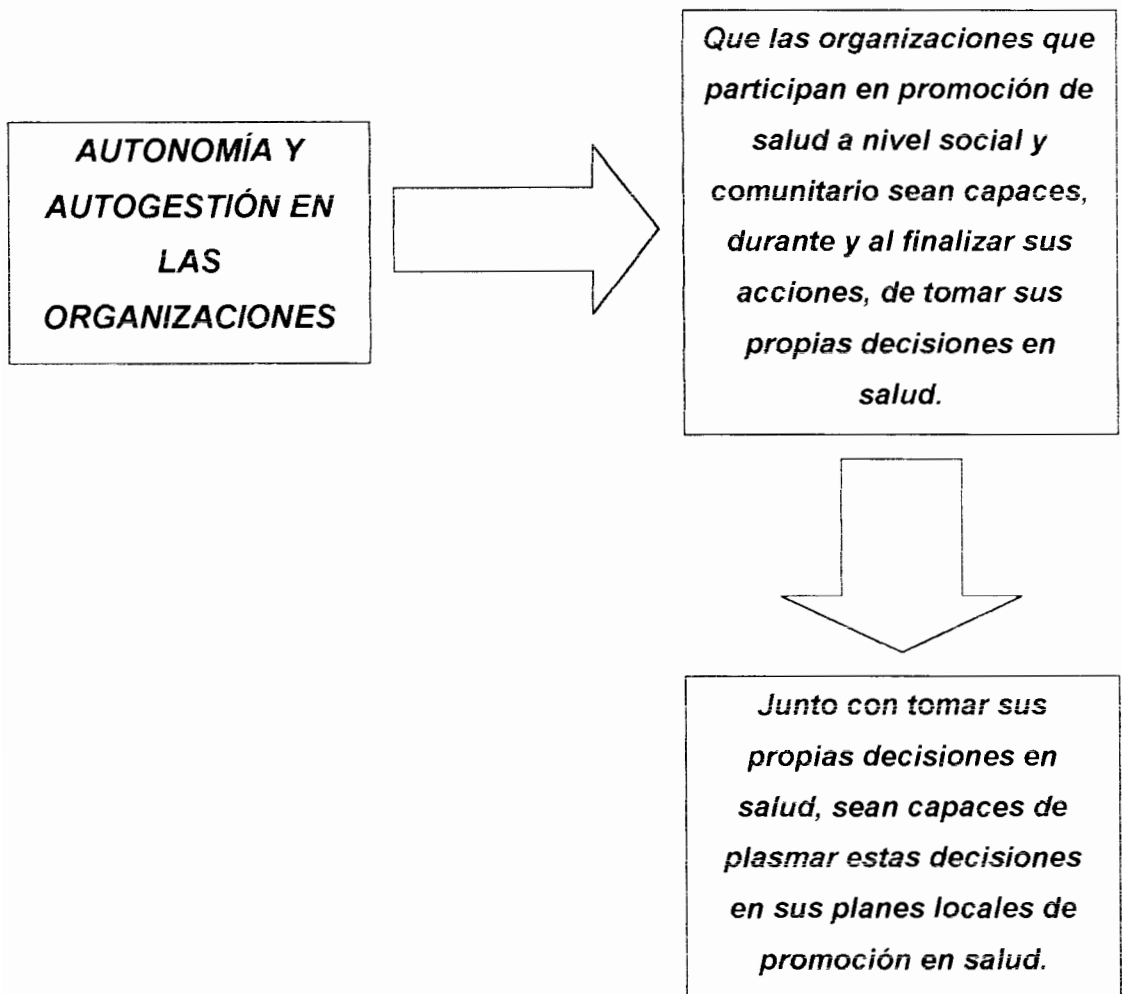
2.- AUTONOMÍA Y AUTOGESTIÓN EN LAS ORGANIZACIONES: Que las organizaciones que participan en promoción de salud a nivel social y comunitario sean capaces. durante y al finalizar sus acciones, de tomar sus propias decisiones en salud. Para que esto suceda, la organización debe poseer una estructura sólida que cuente con el apoyo y reconocimiento de la población, que haga uso de su voz y voto al momento de implementar programas sanitarios en las circunscripciones de los centros de salud. Por tanto, la

organización debe ser un ente canalizador que permita el reconocimiento de las problemáticas de la comunidad determinando una realidad sanitaria específica que necesariamente merezca de su participación en los momentos que se orienten los lineamientos locales en el ámbito de salud, por tanto, para lograr autonomía se debe hacer uso del proceso de toma de decisiones, con el propósito de tener al alcance las diferentes opciones en las cuales se desarrollará una intervención y en qué medida su labor ha aportado al desarrollo de determinada propuesta.

Cada organización que trabaja en salud debe tomarse los espacios que le brinda el consultorio, la municipalidad y la localidad en pro del desarrollo de su comunidad en el afán de reducir los riesgos de enfermar. Además se propone que los organismos junto con tomar sus propias decisiones en salud, sean capaces de plasmar estas decisiones en sus planes locales de promoción en salud. De esta manera, la comunidad y sus respectivas organizaciones se convierten en entes autónomos y autogestionados al momento de emprender sus propias actividades.

Que el CLS, desde su estructura directiva hasta el resto de sus miembros, tengan presente que las decisiones adoptadas durante las intervenciones son elementos necesarios para una

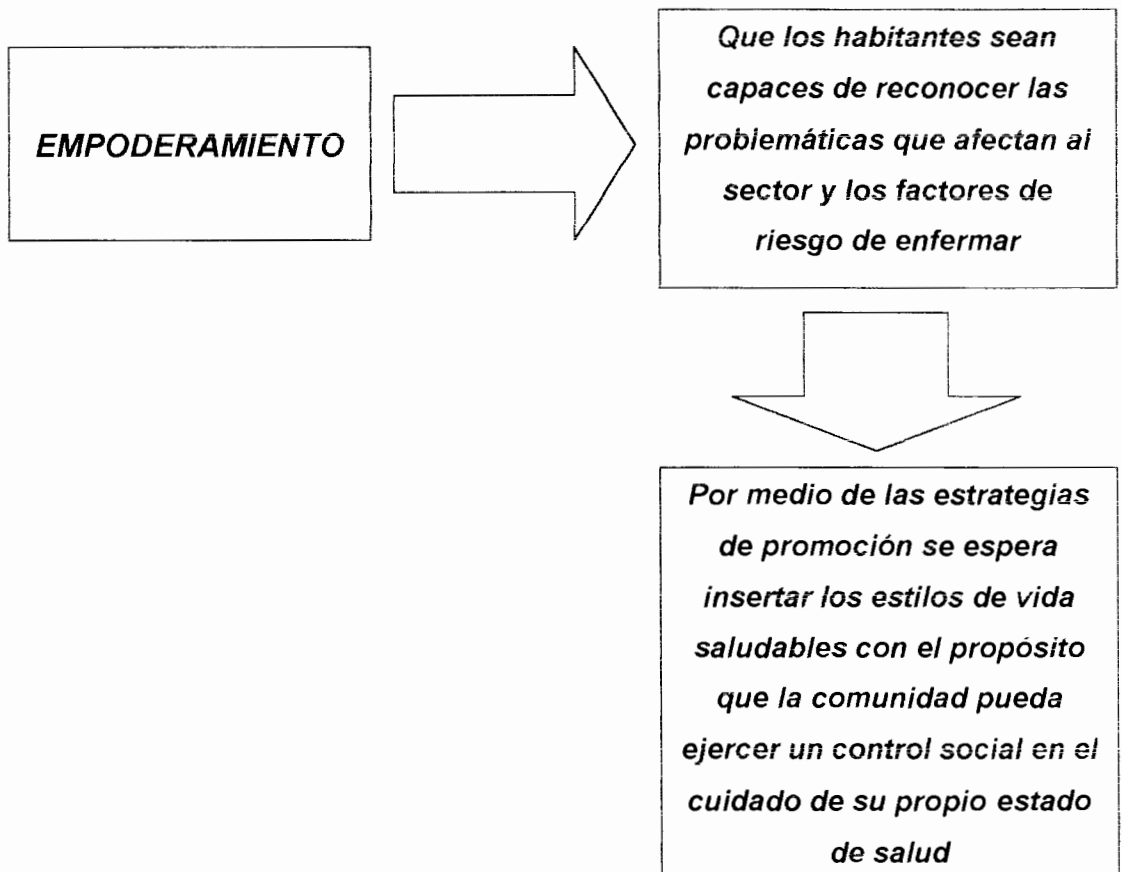
mejor gestión en salud, tanto para su propia organización, la comunidad, el municipio y el consultorio respectivo. Es por esta razón que los consejos deberían crear un equipo que presente, en representación de la organización, los resultados de sus acciones a la administración municipal en salud y a los servicios correspondientes y así integrarlas a su planificación sectorial basadas en las problemáticas detectadas por el consejo. Dicho equipo se denominaría "Comité Estratégico Local" que junto con canalizar la información, se convertiría en un primer paso de planificación en salud en el ámbito local.



4.- EMPODERAMIENTO: Junto con promover la salud, autonomía y autogestión en las comunidades y organismos locales, también se debe promover el control social en salud que tanto las personas como los miembros de la localidad deben poseer para insertar los enfoques preventivos y promocionales en sus circunscripciones. Que los habitantes sean capaces de reconocer las problemáticas que afectan al sector, qué condicionantes son los afectados, qué factores de riesgo impiden la solución de la patología o carencia y qué enfermedades pueden sufrir si no adquieren hábitos y conductas saludables.

Por medio de las estrategias de promoción se espera insertar los estilos de vida saludables con el propósito que la comunidad pueda ejercer un control social en el cuidado de su propio estado de salud y que también pueda reconocer las enfermedades que afectan al sector y los factores que incrementan su incidencia, las problemáticas en salud diagnosticadas y las formas de abordarlas a través de la Promoción de la Salud. Es labor del Asistente Social entregar las herramientas necesarias a los pobladores para que éstos puedan iniciar su proceso de empoderamiento e insertarlos como protagonistas de su propio cambio y proceso. La metodología de intervención comunitaria propone el diagnóstico y ejecución de las propuestas de los pobladores y que éstos sean capaces de asumir sus propias acciones; esta propuesta sugiere este

elemento que considero de gran importancia, ya que al momento de asumir una intervención y más aún en salud donde el bienestar en el ámbito es de vital significación para la población.



Estos lineamientos los incorpore a mi estrategia de acción y fue parte de mi trabajo comunitario los cuáles he ido desarrollando a lo largo de mi desarrollo profesional y espero ir fortaleciendo e integrando nuevas metodologías y conocimientos en pro del desarrollo local en el ámbito de la promoción en salud, atención primaria, comunidad y organizaciones.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

- Baptista, Pilar : “Metodología de la
Fernández, Carlos Investigación”, Ed. McGraw-Hill,
Hernández, Roberto Segunda edición, México.
(1998).
- Fosis (1993) “Promoviendo el desarrollo
local”, Santiago de Chile, Ed.
Fosis
- Hernández, Jeanette : “La participación popular en
(1973) las tareas de salud”, SNS,
Sección Servicio Social,
Santiago de Chile.
- Minsal, : “Orientaciones para la
División de Atención Promoción de la Salud 2001-
Primaria, 2006”, Santiago de Chile, Ed.
Unidad de Promoción Minsal.
de la Salud
(2000)
- Minsal, : “Promoción de la Salud para
División de Atención Chile”, Plan Nacional de

Primaria,
Unidad de Promoción de la
Salud
(1999)

Promoción de la Salud.
Santiago de Chile, Ed. Minsal.

Minsal,
División de Programas
de Salud,
Departamento de Atención
Primaria (1994)

: “Trabajo Comunitario en
Salud”,
Guía Técnica Metodológica.
Santiago de Chile, Ed. Minsal.

Minsal,
División de Programas
de Salud,
Departamento de Atención
Primaria (1994)

: “Orientaciones y Normas
Técnicas para el Asistente
Social en Salud”, Santiago de
Chile, Ed. Minsal.

Minsal,
COMITÉ Vida Chile,
OPS/OMS
(2002)

: “II Congreso Chileno de
Promoción de la Salud”.
Resúmenes de trabajos,
Santiago de Chile, Ed. Minsal.

- Minsal,
División de Salud de las
Personas,
Departamento de
Atención Primaria (1998)
: “El modelo de Atención
primaria de Salud”,
Santiago de Chile. Ed. Minsal.
- Minsal,
División de Atención Primaria,
Dpto. de Atención Primaria,
Unidad de Promoción de la
Salud
(1999)
: “Consejo de Desarrollo”,
Santiago de Chile,
Ed. Minsal.
- Minsal
(2002)
: “Panorama Saludable”,
Periódico de Promoción de la
Salud de la Secretaría Regional
Ministerial de Salud, Santiago
de Chile, Ed. Minsal.
- Hevia Rivas, Patricio
(1989)
: “Principios de la Estructuración
del Sistema de Servicios de
Salud”, Segundo Curso Taller
en Medicina Social, Argentina.

- Hopenhayn, Martín
(1988) : "La Participación y sus Motivos", Ponencia en el sexto Congreso de Trabajo Social, Bucaramanga, Colombia.
- Lima, Boris
(1981) : "Exploración Teórica de la Participación", Editorial Humanitas, Buenos Aires, Argentina.
- Max-Neff, Manfred
Elizalde, Antonio,
Hopenhayn Martín
(1986) : "Desarrollo a Escala Humana", Una Opción para el Futuro, Cepaur Fundación Dag. Hammarskjold, N° Especial.
- OMS – UNICEF
(1998) : "Primer taller latinoamericano de salud y educación popular", Santiago de Chile.
- OPS – OMS
(1993) : "Promoción de la Salud en las Américas", Washington D.C, Publicación de la OPS – OMS.
- OPS – OMS
(1993) : "Implementación de la estrategia de Promoción de la Salud en la Organización

Panamericana de la Salud”,
Programa de Promoción de la
Salud OPS – OMS, Oficina
Sanitaria Panamericana de la
Salud, Oficina Regional de la
OMS,
Washington D.C.

Palma, Diego
(1998)

: “La Participación y la
Construcción de Ciudadanía”,
Universidad ARCIS, Centro de
Investigaciones Sociales, N° 27,
Santiago de Chile.

Marshall, M. Teresa
Saez, Margarita,
Salinas Judith
(1991)

: “Participación en salud:
lecciones y desafíos”,
CORSAPS, Corporación de
Salud y Políticas Sociales,
Santiago de Chile.

Salinas, Maria
López, Mauricio
Ossandon, M. Cristina
(1997)

: “La Apertura de Nuevos
Espacios para la Participación
Comunitaria.”, Universidad
ARCIS, Centro de
Investigaciones Sociales, N° 19,

Santiago de Chile.

Salinas, Judith

Vio del R, Fernando

(2002)

: "Promoción de la Salud en Chile", Artículos publicados en la Revista Chilena de Nutrición, Vol. 29, N°1, Santiago de Chile.

Weinstein, Marisa

(1997)

: "Participación Social en Salud", Acciones en curso, Nueva serie FLACSO, FLACSO Chile, Santiago de Chile.

ANEXOS

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

HIPOTESIS 1: “La Promoción de la Salud es el factor más importante que promueve la participación en los Consejos Locales de Salud (CLS) del sector sur oriente de Santiago”.

<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINICION CONCEPTUAL</u>	<u>DEFINICION OPERACIONAL</u>	<u>DIMENSION</u>	<u>SUB DIMENSION</u>	<u>INDICADOR</u>
FACTORES DE PARTICIPACIÓN	Acción colectiva organizada que tiene como propósito influir en la toma de decisiones en el ámbito social e institucional, para el beneficio y desarrollo de la comunidad.	Es el grado de involucramiento de los Consejos Locales de Desarrollo en la toma de decisiones orientadas a la ejecución de proyectos comunitarios en el ámbito de la promoción de salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Motivación en el proceso de participación. - Responsabilidad social en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Interés en la participación. - Necesidad de participación. - Expectativas de la participación. - Experiencias anteriores de participación. - Organización consciente y responsable en salud. - Organización capaz de ejercer un control social en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> -Nº de organizaciones comunitarias de sector sur oriente que tienen representatividad en los Consejos Locales de Desarrollo. - Proyectos de intervención en esta área
CONSEJOS LOCALES DE SALUD (CLS)	Organismos asesores a la Dirección de hospitales y consultorios con representación de los usuarios de la comunidad local y del personal de salud en la perspectiva de ejercer un control social sobre la gestión en salud.	Son organizaciones que tienen como finalidad promover la salud y los estilos de vida saludables en sus localidades y comunas. Además son un nexo entre los centros de atención primaria y la comunidad, canalizando así los problemas que afectan a la población, tanto en	<ul style="list-style-type: none"> -Tipos de CLS - Funcionamiento de los CLS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ubicación Geográfica. - Nº de miembros por CLS. - Nº de miembros que representan a su organización en los CLS. - Centro de Atención Primaria que representan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de Consejos Locales de Desarrollo en el sector sur oriente de Santiago - Elaboración de planes de trabajo en forma anual, semestral o

		el ámbito social, sanitario y epidemiológico.		<ul style="list-style-type: none"> - Organización interna. - Tipo de directiva. - Programación y realización de reuniones - Evaluación de su trabajo. - Áreas de interés de los CLS. - Temas de Interés. - Tipo de intervención. 	<p>trimestral.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nº de actividades desarrolladas p proyecto por lo CLS del sector.
PROMOCION DE LA SALUD	Estrategia que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en un proceso de cambio orientado a modificar las condicionantes o determinantes de la salud.	Factor considerado pilar fundamental en el desarrollo de las organizaciones comunitarias que trabajan en salud. Su finalidad es modificar en la comunidad aquellas conductas riesgosas para la salud y ejercer un control en el ámbito.	<ul style="list-style-type: none"> - Objetivos de la Promoción de la Salud. - Estilos de vida saludables. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ámbito individual. - Ámbito Familiar. - Ámbito comunitario. - Ámbito social. - Nuevas formas de comunicación con las familias. - Fomento de la actividad física. - Fomento de alimentación sana. - Mejoramiento de la calidad de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nº de proyect comunitarios q considera a la Promoción de Salud como ba de su ejecución - Nº y Tipos de actividades en Promoción de Salud.

HIPOTESIS 2: "El ámbito comunitario es el objetivo prioritario de los CLS".

<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINICION CONCEPTUAL</u>	<u>DEFINICION OPERACIONAL</u>	<u>DIMENSION</u>	<u>SUB DIMENSION</u>	<u>INDICADOR</u>
AMBITO COMUNITARIO	Objetivo y ámbito de acción de la promoción de la salud orientado a crear una comunidad consciente y responsable en salud.	Base para desarrollar el trabajo de los CLS desde la perspectiva de la comunidad organizada y demandante en salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Problemáticas de la comunidad en el plano sanitario. - Actividades en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Planes de trabajo como respuesta a los problemas de la comunidad en salud. - Planes de trabajo como respuesta a las inquietudes de los miembros de los CLS en salud. - Problemáticas que sustentan las actividades. - Lugar donde se desarrollan las actividades. Formas de evaluación de las actividades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Necesidades sentidas de la población identificadas por los CLS en los últimos 12 meses. - Nº de proyectos o planes de trabajo formulados por cada CLS.

HIPOTESIS 3: "Las áreas de intervención de la Promoción definen las actividades y acciones".

<u>VARIABLE</u>	<u>DEFINICION CONCEPTUAL</u>	<u>DEFINICION OPERACIONAL</u>	<u>DIMENSION</u>	<u>SUB DIMENSIONES</u>	<u>INDICADO</u>
AREAS DE INTERVENCION DE LA PROMOCION DE LA SALUD	Áreas de la promoción de la salud que definen las intervenciones en el ámbito local, comunal o regional.	Áreas de trabajo definidos por los CLS a través de sus proyectos de salud con la gente basados en los problemas y necesidades de la población.	- Tipos de áreas de intervención. Intervención en Promoción de la salud.	- Participación Social. - Educación. - Intersectorialidad. - Comunas o entornos saludables. - Comunicación social. - Entrega de conocimientos en salud. - Coordinación Intersectorial entre los Consejos del sector. - Organizaciones responsables en el cuidado y control de su salud.	- Tipo (os) de área (s) que orientan e desarrollo de las actividades en los CLS del Sector - Área (as) de intervención de los Consejos de Salud del sector

ENCUESTA

I. IDENTIFICACIÓN:

Nombre del Consejo Local: _____
Consultorio que representa: _____
Comuna: _____
Nombre del integrante: _____
Edad: _____
Tiempo de permanencia en el Consejo de Salud: _____
Organización social de la cuál proviene Ud.: _____
Nombre de su organización: _____
Tiempo de participación en dicha organización: _____

II. FUNCIONAMIENTO DE SU CONSEJO DE SALUD.

1. - ¿Cuántos miembros asisten regularmente a las reuniones del Consejo de Salud?
____ Menos de 10 integrantes
____ Hasta 15 integrantes
____ Hasta 20 integrantes
____ Hasta 25 integrantes
____ Mas de 25 integrantes
Especifique cuantos miembros asisten a reunión _____

2. - ¿Cada cuánto tiempo se reúne su Consejo?
____ Una vez a la semana
____ Cada dos semanas
____ Una vez al mes
____ Una vez cada dos meses
____ Una vez cada tres meses

3. - ¿Cómo citan a sus reuniones?

____ De reunión a reunión
____ Por teléfono.
____ Entrega de citaciones.
____ Otra vía. ¿Cuál? _____

4. - ¿En qué lugar realizan sus reuniones?
____ En el Consultorio.
____ En alguna sede vecinal. ¿Cuál? _____
____ En alguna sede social. ¿Cuál? _____
____ En otro lugar. ¿Cuál? _____

III. DIRECCION DEL CONSEJO DE SALUD

1. - ¿Existe directiva en su Consejo?
____ Si
____ No. ¿Por
qué? _____

2. - ¿Que tipo de directiva existe en su Consejo?
____ Presidente - Secretario - Tesorero.
____ Presidente - Vice Presidente - Secretario - Tesorero - Delegados.
____ Solo existe Presidente.
____ La organización es dirigida por profesionales del consultorio.
¿Quiénes? _____
____ Nadie asume la directiva.

3. - ¿Quiénes organizan las reuniones al interior del Consejo?
____ La Directiva.
____ Delegados encargados de contactar telefónicamente a sus miembros
____ Personal del consultorio. ¿Quiénes? _____

Algun equipo asesor. ¿Quiénes? _____
Otras personas. ¿Quiénes? _____

4. - ¿Su Consejo tiene personalidad Jurídica?

Si. ¿Desde Cuando? _____
No. ¿Por qué? _____

IV.- ACTIVIDADES DEL CONSEJO DE SALUD.

1.- ¿Su Consejo realiza actividades?

Si. _____
No. ¿Por qué? _____

2. - Si la respuesta anterior es Si. ¿Qué tipos de actividades realizan?

3. - ¿Las actividades que desarrollan las realizan?

En el consultorio. _____
Fuera del consultorio, es decir en la comunidad. ¿En qué lugar? _____
En otro lugar. ¿Cuál? _____

4. - ¿Qué temas son de interés para su Consejo? (MARQUE SOLO TRES)

Promoción de la salud y los estilos de vida saludable.

Prevención de enfermedades en la población a través de procesos educativos.

Canalizar las necesidades y problemas de salud de la población realizando un trabajo en conjunto con la comunidad.

Mejorar la atención en los consultorios a los usuarios y comunidad.

Fortalecimiento organizacional definiendo las funciones de cada miembro en el Consejo.

Otras áreas. ¿Cuáles? _____

V.- PARTICIPACION EN PROYECTOS COMUNITARIOS DE PROMOCION DE LA SALUD.

1.- ¿Su Consejo de Salud realiza Proyectos en Promoción de Salud?

Si. _____
No. ¿Por qué? _____

2. - ¿Si realiza proyectos en Promoción de la Salud, sobre que objetivos trabajan?

En la generación de estilos saludables en las personas.
En la generación de hábitos y conductas saludables en las familias
Crear una comunidad consiente y responsable en salud para mejorar la calidad de vida.
Aportar a la formulación de nuevas propuestas de salud en su comuna.
Otros objetivos. ¿Cuáles? _____

3. - Si su Consejo realiza actividades en Promoción ¿Sobre qué áreas de la Promoción de la Salud, interviene su Consejo?

Entrega de información a la comunidad sobre promoción de la salud X
los estilos de vida saludable, a través de actividades de difusión del Consejo.

___ Educación a la comunidad con el proposito de lograr una mejor salud por medio de talleres que se realizan de acuerdo a los temas de interres de los miembros de su Consejo.

___ Trabajo en conjunto con el personal del consultorio y la comunidad, en actividades al interior del propio Consultorio, como por ejemplo colaboración a profesionales, preparacion de actividades como completadas o Bingos, etc.

___ Promover la participacion comunitaria en Promocion de la Salud, por medio del trabajo en conjunto con otros Consejos de Salud.

___ El objetivo es crear una organizacion consiente y responsable sobre los problemas de salud.

___ Otras áreas. ¿Cuáles? _____

4. - ¿Qué actividades de Promoción de Salud realiza ACTUALMENTE su Consejo de Salud? _____

5. - ¿Cómo planifican o preparan sus actividades?

___ A través de proyectos sociales.

___ Sólo Planifican actividades aisladas.

___ Planifican las actividades en las reuniones

___ No se realizan actividades.

___ Preparan sus actividades en las reuniones del Consejo

VI - INFORMACION QUE CUENTA DE LOS MIEMBROS DEL CONSEJO

1. - ¿Conoce Ud. a otros Consejos Locales de su comuna o sector?

___ Si ¿Cual (es)? _____

___ No ¿Por que? _____

2. - ¿Su Consejo conoce el programa "Salud Con La Gente" de su comuna?

___ Si. _____

___ No. ¿Por que? _____

3. - ¿Ud. ha escuchado sobre los "Estilos de Vida Saludables"?

___ Si. _____

___ No. _____

4. - Si ha escuchado hablar sobre los "Estilos de Vida Saludables", ¿Con qué idea la relaciona Ud.?

___ Qué exista una mejor comunicación entre los miembros de la familia.

___ Realizar actividades físicas y/o deporte.

___ Tener conciencia sobre una dieta más sana.

___ Que la población pueda tener una mejor calidad de vida

___ Otra idea _____

VI - ÁMBITO COMUNITARIO

1. - ¿Segun Ud. el trabajo realizado por su Consejo de Salud se basa en:

___ Los problemas y necesidades de su comunidad. ¿Como cuáles? _____

___ En los problemas internos del Consejo de Salud ¿Como cuáles? _____

2. ¿Que problemas y necesidades tanto de la comunidad como del consejo identifica Ud? (MARQUE SOLO TRES)

___ Aparicion de enfermedades que afectan a la comunidad, buscando alternativas para su tratamiento.

___ La mala alimentacion y sedentarismo, los cuales provocan obesidad y patologias cardiovasculares

___ Aumento del consumo de drogas y alcohol en la poblacion jovenes, siendo un obstaculo para su desarrollo.

___ Aumento del embarazo adolescente en el sector.

___ Baja participacion de las organizaciones en salud, provocando un desvinculamiento con el consultorio.

___ Mala calidad en la atencion de los Consultorios, impidiendo la continuidad de los controles y tratamientos en la poblacion.

___ Problemas y necesidades internas. ¿Cómo Cuáles? _____

___ El Consejo no se basa en los problemas y necesidades de la poblacion.

___ Otros problemas y/o necesidades _____

3. Si su Consejo de Salud identifica estos problemas ¿Realiza algún tipo de actividades para prevenirlos?

___ Si ¿Como cuáles? _____

___ No _____

POR SU COOPERACION
MUCHAS GRACIAS

PAUTA DE ENTREVISTA

I.- IDENTIFICACION DEL ENTREVISTADO.

Nombre del Consejo Local: _____

Consultorio que representa _____

Comuna: _____

Lugar habitual de funcionamiento _____

Nombre del integrante _____

Edad: _____

Cargo al interior del Consejo: _____

Tiempo que ocupa el cargo: _____

Organización comunitaria que representa Ud: _____

Tiempo de permanencia en esta organización: _____

II.- CONSEJO DE SALUD Y PROMOCION

1.- ¿Cómo se formó su Consejo Local de Salud? ¿Quiénes pueden formarlo?

2. - ¿ Que es para Ud. un Consejo de Salud?

II. INTERVISTA A LOS INTEGRANTES.

Nombre del participante: _____

2.- ¿Por que Ud. decidió participar de este Consejo?

3.- ¿Cuáles son los temas de interés en su Consejo Local de Salud? ¿Los trabajan durante el año?

4.- ¿Cuáles son sus expectativas respecto del Consejo Local?

III. RESPONSABILIDAD SOCIAL EN SALUD DE LA ORGANIZACIÓN Y SUS MIEMBROS.

SUS MIEMBROS.

1.- ¿Qué factores de riesgo para la salud conoce Ud.?

2.- ¿Cómo aborda su Consejo Local estos problemas?

3.- ¿Cómo se toman las decisiones en su Consejo?

IV-AREAS Y TEMAS DE INTERES

1 - ¿Qué problemas y necesidades se ven en salud de los habitantes en su comunidad?

2 - ¿El trabajo realizado en su Consejo de salud se basa en problemas de la comunidad o en problemas y necesidades internas?

3 - ¿Conoce Ud a otros Consejos Locales de su comuna o sector?

Si ____ ¿Cuál (es)? _____

No ____ ¿Porqué? _____

CALCULO
DE LA
MUESTRA

CÁLCULO DE LA MUESTRA:

UNIVERSO Y MUESTRA N°1:

Total universo N°1: 98 miembros de Consejos de Salud del Sector Sur Oriente.

N° de Consejos del Sector Sur Oriente:

- A.- Consejo La Bandera: 19 integrantes.
- B.- Cons. San Ramón: 15 integrantes.
- C.- Cons. La Granja: 16 integrantes.
- D.- Cons. Villa O'Higgins: 15 integrantes.
- E.- Cons. Maffioletti: En proceso de reorganización.
- F.- Cons. Bellavista: 11 integrantes.
- G.- Cons. Los Quillayes: 7 integrantes.
- H.- Cons. Los Castaños: 15 integrantes.

TAMAÑO DE LA MUESTRA N°1:

- Tamaño del Universo: 98 miembros.
- Error máximo aceptable: 5%.
- Porcentaje estimado de la muestra: 5% - 95%.
- Nivel de confianza: 99%.

Tamaño de la muestra: **55,21508 (55 miembros)**

ERROR ESTÁNDAR MUESTRA N°1:

- Tamaño del universo: 98 miembros.
- Tamaño de la muestra: 55 miembros.
- Porcentaje estimado de la muestra: 5% - 95%.
- Nivel deseado de confianza: 99%.

Error Estándar: 5.0947.

Total muestra N°1: 55 integrantes divididos por Consejo y estratificación.

Calculo de la muestra N°1:

A.- Porcentajes:

A1.- Consejo La Bandera. 17 integrantes:

$$\frac{98}{19} = \frac{100\%}{19} = 19,38\%$$

19 X

A2.- Consejo San Ramon. 15 integrantes:

$$\frac{98}{15} = \frac{100\%}{15} = 15,30\%$$

15 X

A3.- Consejo La Granja. 18 integrantes:

$$\frac{98}{16} = \frac{100\%}{16} = 16,36\%$$

16 X

A4.- Consejo Villa O'Higgins. 15 integrantes:

$$\frac{98}{15} = \frac{100\%}{15} = 15,35\%$$

15 X

A5.- Consejo Maffioletti. En proceso de reorganización.

A6.- Consejo Bellavista. 11 integrantes:

$$\frac{98}{11} = \frac{100\%}{11} = 11,22\%$$

11 X

A7.- Consejo Los Quillayes. 15 integrantes:

$$\frac{98}{7} = \frac{100\%}{7} = 7,14\%$$

7 X

A8.- Consejo Los Castaños. 15 integrantes:

$$\frac{98}{15} = \frac{100\%}{X} = 15,30\%$$

$$X = 15,30\%$$

B.- Estratificación por racimos:

B1.- Consejo La Bandera

$$\frac{55}{X} = \frac{100\%}{19,38\%} = 10,65$$

$$X = 19,38\%$$

B2.- Consejo San Ramón

$$\frac{55}{X} = \frac{100\%}{15,30\%} = 8,41$$

$$X = 15,30\%$$

B3.- Consejo La Granja

$$\frac{55}{X} = \frac{100\%}{16,32\%} = 8,97$$

$$X = 16,32\%$$

B4.- Consejo Villa O'Higgins:

$$\frac{55}{X} = \frac{100\%}{15,30\%} = 8,41$$

$$X = 15,30\%$$

B5.- Consejo Maffioletti:

En proceso de reorganización.

B6.- Consejo Bellavista:

$$\frac{55}{X} = \frac{100\%}{11,22\%} = 5,63$$

$$X = 11,22\%$$

B7.- Consejo Los Quillayes:

$$\frac{55}{X} = \frac{100\%}{7,14\%} = 3,92$$

$$X = 7,14\%$$

B8.- Consejo Los Castaños:

$$\frac{55}{X} = \frac{100\%}{15,30\%} = 8,41$$

$$X = 15,30\%$$

De acuerdo a la muestra estratificada por racimos y de acuerdo de la misma, se aplicaron las encuestas a número de miembros por Consejo que se indica a continuación:

CONSEJO LOCAL DE SALUD	<u>COMUNA</u>	Nº DE MIEMBROS (estratificación por racimos)
A.- Consejo La Bandera	San Ramón	10 miembros (10,65)
B.- Cons. San Ramón	San Ramón	8 miembros (8,41)
C.- Cons. La Granja	La Granja	9 miembros (9,97)
D.- Cons. Villa O'Higgins	La Florida	8 miembros (8,41)
E.- Cons. Maffioletti	La Florida	EN PROCESO DE REORGANIZACIÓN.
F.- Cons. Bellavista	La Florida	6 miembros (6,17)
G.- Cons. Los Quillayes	La Florida	4 miembros (3,92)
H.- Cons. Los Castaños	La Florida	8 miembros (8,41)
Nº Consejos Locales Sector Sur Oriente: - 7 Consejos Locales en funcionamiento.	Nº Consejos Locales por Comuna: - La Granja: 1 Consejo. - San Ramón: 2 Consejos. - La Florida: 4 en funcionamiento.	Total Muestra: 55 MIEMBROS DE CONSEJOS LOCALES DEL SECTOR SUR ORIENTE.

UNIVERSO Y MUESTRA N°2:

Total universo y muestra N°2: 25 miembros que forman parte de las directivas de los CLS del sector sur oriente.

<u>UNIVERSO</u>	<u>MUESTRA</u>	<u>TIPO DE MUESTRA</u>	<u>INSTRUMENTO</u>
Universo N°1: 98 integrantes de consejos locales.	Muestra N°1: 55 integrantes de CLS del sector sur Oriente (La Granja, San Ramón y La Florida)	Muestra probabilística estratificada por racimos.	Encuesta.
Universo N°2: 25 integrantes de los consejos que son miembros de la directiva.	Muestra N°2: Directiva de cada CLS del sector.	Muestra no probabilística.	Entrevista.

UNIVERSIDAD
ACADEMIA
HUMANISMO CRISTIANO
BIBLIOTECA