



**UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO**

**Escuela de Trabajo Social**

**CONSEJOS DE SALUD**

**PARTICIPACIÓN EN LA GESTIÓN PÚBLICA**

Marcela Naranjo Foncea

Flavia Torres Zúñiga

Profesor Guía: Nora Donoso Valenzuela

Tesis para optar al grado de Licenciado en Trabajo Social

Tesis para optar al título de Asistente Social

Santiago de Chile 2008

# INDICE

|                                          |                                                                                    |          |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>INTRODUCCION</b>                      |                                                                                    | <b>6</b> |
| 1. Planteamiento del Problema            |                                                                                    | 14       |
| 2. Pregunta de Investigación             |                                                                                    | 17       |
| 3. Objetivos de Investigación            |                                                                                    | 18       |
| 4. Hipótesis de Investigación            |                                                                                    | 19       |
| 5. Estrategia Metodológica               |                                                                                    | 21       |
| 5.1 Tipo de Estudio                      |                                                                                    | 21       |
| 5.2 Unidad de Análisis                   |                                                                                    | 22       |
| 5.3 Universo                             |                                                                                    | 22       |
| 5.4 Muestra                              |                                                                                    | 22       |
| 5.5 Técnicas de Recolección de los Datos |                                                                                    | 24       |
| 5.6 Técnicas de Análisis de los Datos    |                                                                                    | 26       |
| 6. Variable de la Investigación          |                                                                                    | 30       |
| <br><b>I PARTE</b>                       | <br><b>MARCO TEORICO</b>                                                           |          |
| Capitulo I                               | La Gestión Pública                                                                 | 32       |
|                                          | 1. Breve Reseña del Estado Chileno                                                 | 37       |
|                                          | 2. Elementos constitutivos del concepto de Estado                                  | 40       |
|                                          | 3. La Gestión Pública: desde la gestión tradicional hacia la nueva gestión pública | 50       |

|                 |                                                                      |     |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------|-----|
| Capítulo II     | Sociedad Civil y Ciudadanía                                          | 56  |
|                 | 1. Sociedad Civil                                                    | 56  |
|                 | 2. Ciudadanía                                                        | 68  |
| Capítulo III    | Enfoques Conceptuales de la Participación Social                     | 75  |
|                 | 1. En concepto de la Participación Social                            | 75  |
|                 | 2. Aspectos de la Participación Social                               | 86  |
|                 | 3. Perspectivas teóricas de la Participación Social                  | 90  |
| Capítulo IV     | La Salud: un concepto en desarrollo                                  | 94  |
|                 | 1. Evolución histórica de la medicina occidental                     | 95  |
|                 | 2. El abordaje de la medicina por medio del paradigma biomédico      | 99  |
|                 | 3. El abordaje de la medicina por medio del paradigma biopsicosocial | 100 |
|                 | 4. Conferencia de Alma – Ata, Atención Primaria de Salud 1978        | 102 |
|                 | 5. Carta de Ottawa, para la Promoción de la Salud 1986               | 104 |
|                 | 6. En concepto actual del proceso salud – enfermedad                 | 106 |
| <b>II PARTE</b> | <b>MARCO REFERENCIAL</b>                                             |     |
| Capítulo V      | Modernización de la Gestión Pública en Chile                         | 109 |
|                 | 1. El contexto de la modernización de la gestión pública en Chile    | 109 |
|                 | 2. Antecedentes recientes de la modernización del Estado chileno     | 112 |

|                  |                                                                                                |     |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|                  | 3. Modernización del Estado chileno:<br>empresarial – gerencial                                | 114 |
|                  | 4. La continuidad del proceso: el Proyecto<br>de Reforma y Modernización del Estado            | 121 |
|                  | 5. Las Reformas del Estado                                                                     | 124 |
|                  | 6. Reforma y modernización del Estado:<br>situación actual                                     | 128 |
| Capítulo VI      | Salud Pública y la Reforma de la Salud en<br>Chile                                             | 131 |
|                  | 1. La Salud Pública en Chile                                                                   | 131 |
|                  | 2. Reforma de Salud en Chile                                                                   | 141 |
|                  | 3. Modelo de Atención Integral en Salud                                                        | 156 |
| Capítulo VII     | Participación Social en salud en Chile                                                         | 161 |
|                  | 1. Participación en Salud según la<br>Organización Panamericana de la<br>Salud                 | 161 |
|                  | 2. Políticas de Participación de Salud en<br>Chile                                             | 163 |
|                  | 3. Políticas de Participación en salud en la<br>actualidad                                     | 171 |
|                  | 4. Consejos de Desarrollo Local en Salud                                                       | 176 |
| <b>III PARTE</b> | <b>ANÁLISIS DE LOS DATOS</b>                                                                   |     |
| Capítulo VIII    | Una mirada desde la potencialidad de los<br>Consejos de Salud como espacio de<br>participación | 181 |
|                  | 1. Percepción de roles y funciones de los<br>Consejos de Salud                                 | 181 |
|                  | 2. Ámbitos de la gestión que abordan los<br>Consejos de Salud                                  | 189 |
|                  | 3. Fortalezas de los Consejos de Salud                                                         | 196 |

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|             | 4. Debilidades de los Consejos de Salud                                                                                                                                                                                                                          | 200 |
| Capítulo IX | Los actores del Consejo de Salud en el ejercicio de la participación                                                                                                                                                                                             | 211 |
|             | 1. Percepción del rol de los Directivos en relación a los Consejos de Salud                                                                                                                                                                                      | 212 |
|             | 2. Percepción del rol de Encargado de Participación del Establecimiento                                                                                                                                                                                          | 220 |
|             | 3. Percepción del rol de los Consejeros representantes de la Comunidad usuaria                                                                                                                                                                                   | 228 |
|             | 4. Percepción de la actitud del Funcionario en relación al Consejo de Salud                                                                                                                                                                                      | 234 |
| Capítulo X  | Los Consejos de Salud ¿Una instancia de participación efectiva?                                                                                                                                                                                                  | 244 |
|             | 1. Importancia de la participación en salud                                                                                                                                                                                                                      | 244 |
|             | 2. Incidencia del Consejo de Salud, en toma de decisiones del Establecimiento                                                                                                                                                                                    | 256 |
|             | Conclusiones                                                                                                                                                                                                                                                     | 265 |
|             | <b>BIBLIOGRAFÍA</b>                                                                                                                                                                                                                                              | 285 |
|             | <b>ANEXOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                    | 300 |
|             | 1. Matriz Operacionalización de la Variable                                                                                                                                                                                                                      |     |
|             | 2. Pauta de entrevista semi-estructurada. Directores de establecimiento.<br>Pauta de entrevista semi-estructurada. Encargados de Participación de establecimientos.<br>Pauta de entrevista semi-estructurada. Encargados de Participación de Servicios de Salud. |     |
|             | 3. Pauta de Focus Group. Presidentes o representantes de Consejos de Salud.                                                                                                                                                                                      |     |
|             | 4. Pauta de entrevista grupal. Consejos de Salud                                                                                                                                                                                                                 |     |

## INTRODUCCIÓN

Las importantes transformaciones experimentadas por el Estado chileno en las últimas décadas, no estuvieron acompañadas de cambios en la forma de conducir, administrar y gestionar el aparato estatal. Los elementos – institucionalización, centralismo y jerarquía – que quedaron como herencia de la dictadura, hacen que sea un consenso nacional el realizar ciertas transformaciones al Estado de Chile, transitando hacia un nuevo tipo de institución, más acorde con los problemas y prioridades actuales de la ciudadanía.

Es así que la idea de modernizar el Estado surge en la agenda concertacionista a partir del advenimiento de la democracia.

La modernización del Estado se orienta a dar satisfacción a las necesidades sentidas que posee la población, optimizando la calidad de la atención al usuario, adaptando las políticas en función de mejorar la gestión, como así también, la capacidad de los recursos humanos, la organización de la institucionalidad, la oportunidad de la información, en todos los ámbitos de acción pública como son educación, salud, vivienda, previsión, medio ambiente, etc.

Esta reforma y modernización posee como eje central la participación ciudadana, la cual es considerada como una condición indispensable para fortalecer el carácter democrático del Estado chileno.

Se reconoce que es impensable la existencia de una real participación, si no se promueven desde el Estado los mecanismos que lo hagan posible y no genera una sociedad civil organizada e interesada en las cuestiones públicas.

En este contexto de democratización del país se han desarrollado iniciativas tendientes a lograr la incorporación de la sociedad civil en los procesos de construcción de la salud, siendo éste un sector estratégico en el proceso de modernización del Estado.

Así durante la década de los noventa, los gobiernos de la Concertación decidieron reforzar el sistema de salud pública, de manera de recuperar la calidad de este servicio, desarrollando ajustes parciales al modelo de salud, todo esto como una forma de preparar las condiciones para cambios más profundos en la forma de entender y gestionar la salud.

A partir del año 2000 surge la necesidad de realizar una reforma profunda e integral del sistema de salud chileno. Así, en el año 2004, el Congreso de la República aprueba el Proyecto de Reforma de la Salud que se encuentra en vigencia en nuestros días.

Los elementos que fundamentan la Reforma de salud son, por un lado, la profundización de la inequidad social, los cambios demográficos y epidemiológicos de la población, el desarrollo creciente de las expectativas de la población en relación con la satisfacción de las necesidades y una sistema de salud rígido, centralizado y poco eficiente.

La inequidad social se puede evidenciar en los indicadores de pobreza presentes al momento de iniciar la Reforma de Salud. Así, para el año 2003 los resultados de la Encuesta CASEN muestran que un 18,8% de la población es pobre, de los cuales un 4,7% se encuentra en situación de indigencia. (MINSAL, 2004;a). Por otro lado, si analizamos los datos de distribución del ingreso podemos ver una persistente desigualdad e inequidad, observando que el decil más rico tiene un Ingreso Autónomo familiar hasta treinta veces superior al más pobre (CASEN, 2006)

En el ámbito de la salud, la inequidad social se puede analizar al constatar que en el Sistema Público de salud se atiende un 68,3% de la población, lo que incluye tanto a población cotizante como aquellos que no cotizan por su situación de pobreza o desempleo, mientras que en el Sistema Privado se cubre a un 17,6% de la población, *“las personas más jóvenes, más sanas y las de mayores ingresos pertenecen en mayor proporción, al subsistema privado”* (MINSAL Op.cit (a): 9). Otro

antecedente que da cuenta de la situación de desigualdad en salud es la disposición de cama hospitalaria; mientras el Sistema Público contaba, en 2004, con 31.804 camas hospitalarias, el Sistema Privado tenía 11.208.

La inequidad en salud también puede ser analizada desde indicadores biomédicos: *“diversos estudios demuestran que las personas de estratos socioeconómicos más bajos tienen tasas mayores de enfermedad y muerte, ya sea cuando se mide en términos de ingreso, nivel educacional u ocupación” y agrega” el estigma de la desigualdad está presente en la mayoría de las enfermedades, con diferencias significativas entre ricos y pobres”* (Ibid: 22)

En relación con los cambios demográficos experimentados en la población chilena en el siglo XX, podemos decir que la pirámide poblacional evidencia un envejecimiento progresivo de la población, *“si en el año 1950 las personas de 65 años y más correspondían al 4,3% de la población, la proyección es que en 2010 serán el 9% de la población”* (Ibid: 16). Este cambio producirá un incremento de la demanda sobre los Servicios Sanitarios por el aumento de enfermedades degenerativas, crónicas y progresivas, propias de los adultos mayores.

Junto con los cambios demográficos, se ha producido un importante cambio epidemiológico en el país. Durante la primera mitad del siglo XX los principales problemas de salud estaban asociados a enfermedades infecciosas y a la alta mortalidad materno infantil. Hoy en día los problemas de salud que producen un mayor número de muerte y pérdida de calidad de vida son las enfermedades de salud mental, degenerativas y crónicas no transmisibles, como así también los accidentes y violencias, el abuso de sustancias adictivas, el cáncer y el SIDA. (Donoso (a), 2005)

El aumento de las expectativas de la población en relación con calidad de los servicios públicos, en especial Salud, es un fenómeno reciente que tiene su origen en una población más educada e informada y con mayor acceso a la tecnología de



las comunicaciones, la cual exige ser tratada con dignidad, acceder a información y tener oportunidad de decidir sobre su situación de salud.

Otro elemento que fundamenta la Reforma de Salud, es la existencia, previo a la Reforma, de un marco organizacional que enfrentaba insuficiencias que dificultaban seriamente su capacidad operacional. Lo anterior se traduce en una *“organización excesivamente centralizada, cuyas funciones normativas y de supervisión, se entremezclan con otras de rango operativo sin un plan que lo justifique. Además, un sistema de recursos humanos rígido y carente de incentivos con una modalidad de gestión autoritaria, poco dispuesta a la participación del personal del sector y de los propios usuarios en el diseño e implementación creativa de acciones, y por último, una modalidad de asignación de recursos fundada en variables históricas, más que en enfoques de resultado o de priorización social de pobreza.”* (Massad; 1995:13)

A través de la Reforma de Salud se reorganiza el sistema de seguridad social en salud, buscando que los recursos sean asignados en función de las necesidades sanitarias de la población y generando nuevas estrategias de acción basadas en un cambio en el modelo de atención desde un énfasis en lo curativo hacia el fomento de la salud y la prevención de la enfermedad. A su vez la incorporación de criterios de equidad mediante el establecimiento de garantías exigibles para toda la población, de acceso, calidad, oportunidad de atención y de protección financiera frente a las urgencias y problemas de salud que tienen un mayor impacto en la calidad de vida de las personas y sus familias. Y por último un cambio en el modelo de regulación y gestión del sistema.

En lo medular, la Reforma se ha construido sobre la base de tres principios orientadores: equidad, descentralización y participación.

Una salud con *“equidad es un imperativo moral que está en la raíz de la voluntad de la reforma. La Reforma de Salud propone reducir las desigualdades evitables e injustas, por la vía de otorgar mayores niveles de protección social y*

*acceso universal a la atención de salud*". (MINSAL(a); op.cit: 22). Es el resultado de una acción intencionada para identificar y disminuir los factores o condiciones que generan las desigualdades.

Un requisito para alcanzar la equidad es la necesidad de desarrollar un proceso descentralizador, que posibilite acercar las decisiones a las personas, de esta forma las políticas diseñadas reconocen la diversidad de nuestra nueva realidad epidemiológica, demográfica, social y cultural.

*"Así como no hay equidad sin descentralización, ésta última tampoco es posible sin participación. La evidencia disponible señala, con poderosa certeza, que la participación social constituye un elemento clave en la definición del éxito o el fracaso de los procesos de cambio."* (Massad; Op.cit: 16)

La participación en la elaboración, implementación y evaluación de las políticas y programas sectoriales, significa reconocer a las personas como usuarios y ciudadanos a los cuales el sistema de salud debe brindar un servicio de calidad, efectivo y oportuno, al mismo tiempo debe permitir que los ciudadanos expresen sus preferencias y expectativas respecto del sistema de salud y las correspondientes políticas públicas. (Ibid)

De esta manera, el MINSAL, define dos líneas orientadoras de la política ministerial en participación, por un lado, se desarrolla una línea relacionada con el Cuidado, Prevención y Promoción de la Salud, la cual entiende la salud desde una perspectiva amplia, incluyendo los factores biológicos, psicológicos y sociales.

Por otro lado, una línea relacionada con la gestión del Sistema Público de Salud, la cual se orienta a incorporar al usuario como centro del quehacer del servicio público; lo que se traduce en la generación de espacios para que éstos tengan opinión y decisión en los programas y acciones que desarrolla cada servicio.

La experiencia de participación en salud en nuestro país tiene una larga data, como antecedentes cercanos podemos mencionar, el proceso de apertura y democratización del Sistema de Salud durante el Gobierno de la Unidad Popular, donde se convoca a la conformación de instancias de participación de la comunidad, los trabajadores y la institución de salud. A partir del año 1973, toda esta experiencia fue bruscamente suprimida, con la toma del poder por parte del gobierno dictatorial, en este contexto se desarrollaron una serie de iniciativas en el ámbito de la salud poblacional que tuvieron como protagonista a las Iglesias, las ONG y las organizaciones sociales.

Frente a la reducción del sistema de salud y la problemática de pobreza existente en nuestro país durante la Dictadura, estas instituciones orientaron su quehacer a la creación de espacios alternativos de atención de salud, a la generación de capacidades en los pobladores para enfrentar la problemática de salud local y al desarrollo de metodologías de educación popular en salud.

En 1990, con la restauración democrática, se recogen las experiencias de participación en salud desarrollada por Organismos no Gubernamentales y las Iglesias, lo que se traduce en la incorporación de metodologías activo participativas en la salud comunitaria. Así, la estrategia de atención primaria, que dio prioridad a la incorporación de la comunidad organizada en proyectos locales de salud, se vio enriquecida con los aportes del periodo anterior. En este contexto se desarrollaron trabajos comunitarios como son: formación de monitores, participación de líderes comunitarios en campañas de prevención, generación de instancias de participación, etc. (MINSAL: 2006; b)

A partir del año 1995 surge el concepto que asocia la participación social a la corresponsabilidad de la comunidad en las decisiones de la gestión de salud local. (Massad; op.cit). Como orientación ministerial, se propicia la creación de instancias de participación denominadas genéricamente Consejos de Desarrollo en los Establecimientos de Salud, conocidos también como Comités de Participación, Comité o Consejo de Participación Social, Consejos Consultivos de Hospitales,

Comité o Consejo de Salud Local o Comunal, Comité de Usuarios o Comité o Consejo de Participación. Estas instancias tienen un carácter asesor a la dirección del establecimiento o servicios de salud y pueden realizar funciones de carácter informativo, propositivo, evaluativo, promotor y/o consultivo.

Desde el año 1997, se fortalecen las estrategias de Promoción de la Salud orientada a mantener al individuo, a la comunidad y a la sociedad sana en un ambiente saludable. Esta estrategia se orienta a trabajar con la gente en forma participativa e intersectorial, incorporando a la comunidad en el desarrollo de iniciativas locales.

A partir de 2003, en el proceso de instalación de la Reforma, *“se definen líneas estratégicas para avanzar en la democratización de la información y conocimiento en salud, control social sobre la gestión, transparencia en la gestión pública de salud y corresponsabilidad en la mantención y control sobre la salud y la calidad de los servicios”*. (MINSAL (b); op.cit: 53)

En estos 17 años de historia, se han creado Consejos de Desarrollo adscritos a Servicios y Establecimientos de Salud de diverso tipo. Estas Organizaciones, que son la institucionalización de la participación en salud, tienen diferente grado de desarrollo dependiendo de las particularidades locales y de su fecha de creación.

En síntesis, la experiencia desarrollada en la última década muestra señales claras y explícitas de la prioridad otorgada a la participación social en salud en sus distintas modalidades de expresión. El control social sobre los determinantes de la salud; la participación en el diseño, implementación y evaluación de las políticas de salud; el control social sobre la gestión de salud y el ejercicio de los derechos ciudadanos en salud, como la corresponsabilidad en la mantención y control de la salud individual y comunitaria son distintas dimensiones que hoy adquiere la participación social en salud. (Donoso (a), op.cit)

A partir de los antecedentes expuestos, es relevante reflexionar, al día de hoy, la potencialidad y capacidad real de la participación que se desarrolla en el ámbito de la salud, específicamente en los Consejos de Salud, como estrategia que aporta a la gestión de la política pública de salud orientada al desarrollo de los objetivos sanitarios para el presente decenio.

La realización de esta investigación busca conocer aspectos relevantes que ayuden a comprender el significado de las acciones implementadas desde el Ministerio de Salud en lo que concierne a Consejos de Salud. La información recogida en el presente estudio retroalimentará y potenciará los lineamientos establecidos desde la Unidad de Participación de la Subsecretaría de Redes del Ministerio de Salud.

La primera parte de este estudio, adentrará a los lectores a la temática en cuestión, por medio del Planteamiento del Problema, el que concluye con la Pregunta de Investigación, los Objetivos generales y específicos planteados y la Estrategia Metodológica.

A continuación se presenta el primer apartado de la investigación, el Marco Teórico, el que se divide en cuatro capítulos. En el primero nos adentraremos en el concepto de Gestión Pública. En el segundo profundizaremos en la significación de la Sociedad civil y ciudadanía. En el tercer capítulo analizaremos los distintos enfoques conceptuales de la Participación y un cuarto capítulo que nos adentrará en la temática de la Salud.

El segundo apartado contiene el Marco Referencial, el que se encuentra dividido en tres capítulos, los que dan cuenta de la realidad actual en que se inserta los procesos de participación en salud.

Para seguir se presenta un tercer apartado, el que cuenta con el análisis de los datos obtenidos desde la sistematización de los instrumentos aplicados para la obtención de los mismos, por medio de Análisis de Contenido.

Por último, este estudio finaliza con la presentación de las conclusiones finales de la investigación, la que incorpora aquellos elementos derivados de los hallazgos encontrados durante el proceso y los aportes que se generan desde la disciplina del Trabajo Social.

## **1.- Planteamiento del Problema.**

La definición de las políticas públicas y su regulación son de responsabilidad del Estado, el cual ejerce la función normativa del sistema. A pesar de ello, esta función no debe ser ejercida sin la participación ciudadana.

La incorporación de los actores sociales afectados por la política pública en el proceso de definición de las mismas, garantiza no sólo un ejercicio real de democracia política, si no que también condiciones que favorecen la efectividad y la sostenibilidad técnica y política.

En el ámbito de la salud, podemos observar que las ventajas de la incorporación de los actores en este proceso de diseño de políticas, permite dar una mejor respuesta a las necesidades de la ciudadanía, posibilitando una mejor definición técnica de las normas y facilitando su aplicación. Por otra parte, se constituye en un proceso de habilitación de las personas como ciudadanos conscientes de sus derechos, facilitando el ejercicio efectivo de control social sobre el sistema de salud, lo que a su vez incrementa el capital social, la solidaridad y la interlocución entre los diferentes actores.

Lo anterior da cuenta de un ideal, pero cabría preguntarse, a más de quince años de iniciadas estas experiencias, por la calidad de los procesos de participación generada por los Consejos de Salud, a partir de las percepciones de los distintos actores involucrados en la temática, es decir los Directivos y Encargados de Participación de los Establecimientos, como así también la comunidad usuaria representada en los Consejos.

La participación social es un proceso diverso en que se manifiestan distintos grados de influencia en las decisiones. Así Orrego citado en Noé (1997), identifica niveles de participación que van desde una inexistencia de influencia en las decisiones, como son la manipulación, información y consulta, pasando por un nivel intermedio, que implica algún grado de influencia a través de la inclusión de los ciudadanos, como son la conciliación y asociación. Para terminar, identifica un nivel superior de participación donde los ciudadanos dominan las decisiones sobre asuntos de política pública, pero además controlan las instituciones, como son poder delegado y control ciudadano.

Si consideramos la participación efectiva como un proceso de influencia, de la comunidad usuaria representada en los Consejos, en la toma de decisiones de la gestión de los establecimientos, es necesario conocer si dicha participación desarrollada por los Consejos de Salud incide en el proceso de la política pública, es decir, si los consejeros usuarios participan en la elaboración, ejecución y evaluación de los planes y programas de los establecimientos.

Del mismo modo cabría analizar si los consejos realizan el ejercicio de una serie de funciones orientadas a la incidencia en la toma de decisión como son; el acceso y retroalimentación de la información, la capacidad de generar opinión y propuestas sobre distintos ámbitos de la gestión, así como la capacidad de evaluar dicha gestión, o bien los Consejos sólo ejercen funciones de colaboración y asesoría de la gestión sin generar mayor influencia en las decisiones del establecimiento.

A partir de la experiencia de participación en salud podríamos suponer la generación de un proceso de habilitación de la comunidad usuaria perteneciente a los Consejos de Salud, así como también de la comunidad interna de los establecimientos, lo que permitiría que los involucrados desarrollaran una serie de capacidades y habilidades orientadas al ejercicio de la participación.

Por parte de los directivos y funcionarios podríamos esperar el desarrollo de las habilidades de escucha, respeto y valoración de los saberes populares que están presentes en la comunidad. En la comunidad, por su parte, podríamos esperar el desarrollo de habilidades de reconocerse como un legítimo portador de derechos y deberes que deben ser ejercidos. Entonces cabría analizar la percepción que poseen los distintos actores sobre su proceso de habilitación en el ejercicio de la participación, específicamente cuales han sido las habilidades y competencias adquiridas y cuales son percibidas como necesarias.

Del mismo modo es pertinente conocer la percepción que poseen los distintos actores de los roles que desempeñan dentro del Consejo de Salud. De manera especial profundizar en el autoreconocimiento de los consejeros usuarios en relación a su rol en el proceso de participación, es decir si se autoreconocen como colaboradores de la gestión del establecimiento o como representantes de la comunidad que ejercen el derecho de incidir en las decisiones de los distintos niveles de implementación de los planes y programas de los establecimientos.

Del mismo modo es necesario conocer la percepción que poseen los directivos y funcionarios en torno a la participación ejercida por los Consejos de Salud, es decir, como se incorpora en la práctica el concepto de participación definido por el nuevo Modelo de Atención Integral al Usuario, circunscrito en las bases de la Reforma de Salud. En este sentido es relevante conocer la valoración que poseen los distintos actores en torno a la participación, es decir, si se visualiza como un eje central de la gestión impulsada por los establecimientos o si es considerada como una estrategia instrumental y funcional a los requerimientos del mismo.

Si la participación no implica un acceso creciente de la comunidad a los procesos de toma de decisiones de la gestión de salud, ésta no podrá corresponsabilizarse de la misma. Por otro lado, si la corresponsabilidad no se desarrolla no será posible alcanzar una comunidad más sana y protagonista de su



proceso de salud. Por último, sin una comunidad empoderada no avanzaremos en mejorar la calidad de salud y de vida de los chilenos.

De esta forma, es importante conocer la percepción de los actores involucrados en los Consejos de Salud respecto a: las principales funciones que desarrollan, ámbitos de la gestión que abordan, el nivel de influencia que ejercen sobre la toma de decisiones de la gestión de los Establecimientos y el rol que desempeñan cada estamento representado en el Consejo, es decir la Dirección, los Funcionarios y la Comunidad Usuaria.

A partir de los cuestionamientos anteriores, podremos reconocer la calidad del proceso de participación de los Consejos de Salud en perspectiva de constituirse en espacios efectivos de participación en salud.

## **2. Pregunta de Investigación**

¿Los Consejos de Salud son una instancia de participación efectiva en la gestión de los Establecimientos de Salud?

### **Sub-preguntas**

1. ¿Cuáles son las principales funciones y ámbitos temáticos que desarrollan los Consejos de Salud?
2. ¿Los Consejos de Salud acceden a la información sobre la gestión que desarrolla el establecimiento de Salud?
3. ¿Los Consejos de Salud entregan sus opiniones, sugerencias y propuestas sobre la gestión de salud a la Dirección de los Establecimientos?
4. ¿Los Consejos de Salud realizan evaluaciones de la gestión impulsada por los Establecimientos de Salud?

5. ¿Los Consejos de Salud inciden en la toma de decisión en la gestión de los establecimientos?
6. ¿Sobre que ámbitos de la gestión del Establecimiento los Consejos de Salud inciden en la toma de decisión?
7. ¿La dirección del establecimiento reconoce al Consejo de Salud como una instancia de participación efectiva que aporta a la gestión de salud?
8. ¿Los Consejeros de Salud, representantes de la comunidad usuaria, se auto reconocen como una instancia de participación efectiva que aporta al desarrollo de la gestión del Establecimiento?

### **3.- Objetivos de investigación**

#### **Objetivo General 1**

Identificar las condiciones y capacidades de los Consejos de Salud para el ejercicio de la participación efectiva en la gestión de los Establecimientos de Salud.

#### **Objetivos específicos**

- 1.1.- Describir las **funciones** que desarrolla el Consejo de Salud en los Establecimientos de salud.
- 1.2.- Determinar los **ámbitos de la gestión** de los Establecimientos abordados por los Consejos de Salud.
- 1.3.- Determinar la incidencia de la participación que desarrollan los Consejos de Salud en la **toma de decisiones sobre la gestión** de los Establecimientos.

## Objetivo General 2

Identificar la percepción que poseen los miembros del Consejo de Salud sobre la participación que ejercen en la gestión de los establecimientos de salud.

### Objetivos específicos

**2.1.-** Identificar la percepción que poseen los **consejeros usuarios** sobre la participación que ejerce el Consejo de Salud en la gestión de los establecimientos.

**2.2.-** Identificar la percepción que poseen los **Encargados de Participación** del Establecimiento sobre la participación que ejerce el Consejo de Salud en la gestión de los establecimientos.

**2.3.-** Identificar la percepción que posee la **Dirección** del establecimiento sobre la participación que ejerce el Consejo de Salud en la gestión de los establecimientos.

### 4.- Hipótesis.

Para llevar a cabo esta investigación se hace necesario postular diferentes hipótesis de investigación las cuales guiarán el presente estudio.

#### Hipótesis 1.

Hi. Los Consejos son una instancia de participación efectiva en los establecimientos de salud

Ho. Los Consejos no son una instancia de participación efectiva en los establecimientos de salud

#### Hipótesis 2.

Hi. Los Consejos de Salud acceden a la información sobre la gestión que desarrolla el establecimiento de Salud

Ho. Los Consejos de Salud no acceden a la información sobre la gestión que desarrolla el establecimiento de Salud

**Hipótesis 3.**

Hi. Los Consejos de Salud entregan opiniones, sugerencias y propuestas sobre la gestión de salud a la Dirección de los Establecimientos

Ho. Los Consejos de Salud no entregan opiniones, sugerencias y propuestas sobre la gestión de salud a la Dirección de los Establecimientos

**Hipótesis 4.**

Hi. Los Consejos de Salud realizan evaluaciones de la gestión impulsada por los Establecimientos

Ho. Los Consejos de Salud no realizan evaluaciones de la gestión impulsada por los Establecimientos

**Hipótesis 5.**

Hi. Los Consejos de Salud inciden en la toma de decisiones de la gestión de los Establecimientos

Ho. Los Consejos de Salud no inciden en la toma de decisiones de la gestión de los Establecimientos

**Hipótesis 6.**

Hi. Los Consejos de Salud son reconocidos por la Dirección del Establecimiento como una instancia de participación efectiva que aporta a la gestión en Salud

Ho. Los Consejos de Salud no son reconocidos por la Dirección del Establecimiento como una instancia de participación efectiva que aporta a la gestión en Salud

**Hipótesis 7.**

Hi. Los Consejeros de Salud, representantes de la comunidad usuaria, se auto reconocen como una instancia de participación efectiva que aporta al desarrollo de la gestión del Establecimiento

Ho. Los Consejeros de Salud, representantes de la comunidad usuaria, no se auto reconocen como una instancia de participación efectiva que aporta al desarrollo de la gestión del Establecimiento

## **5.- Estrategia Metodológica.**

### **5.1 Tipo de estudio**

El estudio que se llevará a cabo en esta investigación es de tipo exploratorio-descriptivo. Es exploratorio porque no existen estudios previos que den cuenta de resultados cualitativos de la participación usuaria en los Consejos de Salud. Es descriptivo, ya que se orienta a caracterizar los Consejos de Salud y sus mecanismos de participación en la gestión pública que desarrollan los establecimientos de salud de la red del Servicio de Salud de la Región Metropolitana.

Este estudio es de carácter no experimental, por cuanto se observa y analiza el fenómeno tal y como se presenta en la realidad. Esto se realiza sin manipular deliberadamente la variable independiente, producto de que se observará el fenómeno tal y como se presenta en la realidad, para posteriormente analizarlo.

Esta investigación será transeccional o transversal, ya que se recabaran los datos en un solo momento y en un tiempo único.

A su vez el estudio es de carácter cualitativo, porque se analizará la opinión de los usuarios, los funcionarios y los directivos de los Establecimientos de los Servicios de Salud de la Región Metropolitana en relación a los Consejos de Salud de los establecimientos que forman parte de él.

La metodología cualitativa, tiene como objetivo la descripción de las cualidades, de un fenómeno a partir de las observaciones del mismo, desde las cuales inductivamente, finalmente podemos deducir un concepto del fenómeno.

## **5.2 Unidad de Análisis**

Nuestros sujetos de estudio serán los miembros de los Consejos de Salud, los que están conformados por representantes de usuarios, funcionarios y los directivos de los Establecimientos de los Servicios de Salud de la Región Metropolitana.

## **5.3 Universo**

El universo de nuestro estudio es el sector salud de la Región Metropolitana, la cual se divide geográficamente en seis Servicios de Salud, de los que a su vez, se desprenden los Establecimientos Hospitalarios, Centros de Salud o Consultorios, Centros de Diagnósticos y de Referencia y Postas Rurales.

## **5.4 Muestra**

Servicios de Salud Metropolitanos- Sur Oriente, Oriente y Occidente.

Se decidió trabajar con estos Servicios, producto de las características que cada uno de ellos posee, dada la población que atienden, para cumplir con el criterio de heterogeneidad del estudio.

El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, atiende dos Provincias con un total de 1.306.041 usuarios. En la Provincia de Santiago se encuentran las siguientes comunas La Florida, La Granja, La Pintana y San Ramón y la Provincia Cordillera, la que abarca las comunas de Puente Alto, San José de Maipo y Pirque

El Servicio de Salud Metropolitano Oriente, atiende un total de 1.115.883 usuarios, el que abarca las siguientes comunas Providencia, Vitacura, Lo Barnechea, Las Condes, Ñuñoa, La Reina, Macul y Peñalolén.

El Servicio de Salud Metropolitano Occidente, atiende tres provincias con un total de 1.044.425 usuarios. En la Provincia de Santiago, se encuentran las Comunas

de Santiago, Quinta Normal, Pudahuel, Lo Prado, Cerro Navia y Renca. La Provincia de Talagante con sus cinco comunas, Talagante, Peñaflor, Padre Hurtado, Isla de Maipo y El Monte. Y por último la Provincia de Melipilla, con sus cinco comunas de Melipilla, Alhué, María Pinto, Curacaví y San Pedro.

La muestra está conformada por 17 establecimientos de diversa complejidad de la red de los Servicios de Salud ya señalados.

Nuestra muestra es no probabilística de sujetos tipos, ya que *“la elección de los elementos no dependen de la probabilidad, sino de la causa relacionada con las características del investigador o del que hace la muestra.”*, (Hernández, Fernández, Baptista; 1998: 207) y a su vez, *“lo que se busca es la riqueza de la información, profundidad y calidad de ésta, no la cantidad ni la estandarización”* (Ibid: 227)

Es así que los establecimientos, de diversa complejidad seleccionados fueron: Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

- Centro de Salud de Atención Primaria La Granja Sur
- Centro de Salud de Atención Primaria Pablo de Rocka
- Centro de Referencia de Salud La Florida
- Centro de Referencia de Salud Hospital Padre Hurtado
- Hospital San José de Maipo
- Complejo Hospitalario Dr. Sotero del Río

Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

- Centro de Salud de Atención Primaria San Luis de Macul
- Centro de Salud de Atención Primaria Lo Barnechea
- Centro de Salud de Atención Primaria Vitacura
- Centro de Referencia de Salud Cordillera de Peñalolén
- Hospital Pediátrico Dr. Luis Calvo Mackena
- Hospital del Salvador

Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

- Centro de Salud de Atención Primaria Lo Franco
- Centro de Salud de Atención Primaria Albertz
- Centro de Referencia de Salud Salvador Allende
- Hospital de Talagante
- Hospital San Juan de Dios

## **5.5 Técnicas de Recolección de los Datos**

En función de realizar una recolección de antecedentes pertinente para esta investigación, se implementaron los siguientes instrumentos.

- a) Entrevistas semi-estructuradas a sujetos tipos: (se adjunta pauta de entrevista anexo N° 2)

Directores de los establecimientos:

- ✓ Centro de Salud de Atención Primaria Pablo de Rocka
- ✓ Centro de Salud de Atención Primaria Vitacura
- ✓ Centro de Salud de Atención Primaria Lo Franco
- ✓ Hospital Pediátrico Dr. Luis Calvo Mackena

Encargados de Participación de Establecimientos:

- ✓ Centro de Salud de Atención Primaria La Granja Sur
- ✓ Centro de Referencia de Salud La Florida
- ✓ Centro de Referencia de Salud Hospital Padre Hurtado
- ✓ Hospital San José de Maipo
- ✓ Complejo Hospitalario Dr. Sotero del Río
- ✓ Centro de Salud de Atención Primaria San Luis de Macul
- ✓ Centro de Salud de Atención Primaria Lo Barnechea
- ✓ Centro de Salud de Atención Primaria Vitacura
- ✓ Centro de Referencia de Salud Cordillera de Peñalolén
- ✓ Hospital Pediátrico Dr. Luis Calvo Mackena
- ✓ Hospital del Salvador



- ✓ Centro de Salud de Atención Primaria Lo Franco
- ✓ Centro de Salud de Atención Primaria Albertz
- ✓ Centro de Referencia de Salud Salvador Allende
- ✓ Hospital de Talagante
- ✓ Hospital San Juan de Dios

Encargados de Participación de Servicios de Salud.

- ✓ Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
- ✓ Servicio de Salud Metropolitano Oriente
- ✓ Servicio de Salud Metropolitano Occidente

b) Focus Group con sujetos tipos: presidentes o representantes de Consejo de Salud. (se adjunta pauta de discusión anexo N° 3)

Presidentes o representantes de los Consejos de los siguientes establecimientos:

- ✓ Centro de Referencia de Salud Cordillera de Peñalolén
- ✓ Hospital Pediátrico Dr. Luis Calvo Mackena
- ✓ Centro de Salud de Atención Primaria Lo Franco
- ✓ Centro de Referencia de Salud Hospital Padre Hurtado

c) Entrevista Grupal con sujetos tipos: Consejos de Salud. (se adjunta pauta de entrevista anexo N° 4)

Consejos de Salud de los siguientes establecimientos:

- ✓ Centro de Referencia de Salud Cordillera de Peñalolén
- ✓ Centro de Salud de Atención Primaria Pablo de Rocka

## 5.6 Técnicas de Análisis de los Datos

Metodológicamente, el levantamiento de información prediseñado para esta investigación, supone el análisis de contenido emanado de los diversos actores que expresaron sus opiniones en torno a la temática Consejos de Salud.

*“Es una técnica que suele utilizar para el análisis sistémico de documentos escritos, notas de campo, entrevistas registradas, diarios, memorias, planes de centros, et. Tiene aplicación diversa al campo e la educación y se muestra cada vez más sugerente para el estudio de las comunicaciones tanto a nivel latente como manifiesto.”* (Pérez; 1994:116). El análisis de contenido se sitúa en el ámbito de la investigación descriptiva, pretende sobre todo, descubrir los componentes básicos de un fenómeno determinado, extrayéndolos de un contenido dado a través de un proceso que se caracteriza por el intento de rigor de medición. (Ibid: 142)

El análisis de datos es la búsqueda reflexiva y sistemática de información a través de los instrumentos, constituye uno de los momentos más importantes del proceso de investigación e implica trabajar los datos, recopilarlos, organizarlos en unidades manejables, sistematizarlos, buscar regularidades, descubrir que es importante y qué va a aportar a la investigación. (Ibid)

Nos parece importante considerar que “en la metodología cualitativa el análisis de datos no se atiene a unas directrices fijas y concretas, pudiendo existir diversos enfoques, perspectivas y orientaciones.” (Ibid: 102)

La orientación común del análisis de datos en la investigación cualitativa incorpora el trabajar los datos buscando reducir, categorizar, clarificar, sintetizar y comparar la información, de esta forma se puede obtener una visión lo más completa posible de la realidad objeto de estudio. La reducción de los datos facilita su tratamiento y la comprensión.

En la investigación cualitativa existen diversas estrategias de tratamiento y análisis de datos, por lo tanto el modelo puede ser muy variado y dependerá del objeto de estudio, se busca la objetividad no en cuanto a la cuantificación de los datos, sino en el significado intersubjetivo. Tampoco busca una homogeneidad, sino que se orienta a comprender la realidad como un todo unificado. (ibid)

Proceso de análisis de datos, no es lineal como la metodología cuantitativa, sino que tienen un carácter interactivo y cíclico. Este carácter interactivo de la metodología cualitativa nos obliga a volver sobre los datos, analizarlos y replantear el proceso.

“Los expertos en metodología cualitativa... ofrecen diversidad de matices en relación al proceso a seguir en el análisis de la investigación cualitativa. No obstante presenta una serie de puntos comunes en el proceso seguido para el análisis.” (ibid: 105)

Para este estudio utilizaremos como base el modelo de proceso de análisis de datos en la metodología cualitativa desarrollado por Tesh (1987) citado por Pérez (ibid) que define tres grandes momentos: análisis exploratorio, la descripción y la interpretación.

El análisis exploratorio implica al análisis del contexto con un marco conceptual previo. Recogidos los datos a través de los instrumentos se da comienzo al primer nivel de reducción de datos. Para esto debemos considerar la finalidad del análisis, es decir los objetivos del estudio y se debe hacer un proceso de selección frente al gran volumen de datos. En este momento se desarrollan las categorías desde los datos.

Para el análisis exploratorio del estudio realizará tres etapas. La primera es una lectura ligera de las transcripciones de las 26 entrevistas, para identificar los conceptos básicos que darán cuerpo a las categorías presentes en el contenido. Luego tenemos una segunda lectura que se orienta a seleccionar aquellos

elementos o citas que dan respuesta a una categoría específica. Por último tenemos el ordenamiento de las citas de acuerdo a dos parámetros, por un lado, el actor que la expresa y por otro la categoría de contenido que aborda. Para una mejor síntesis y ordenamientos de los datos, estos se transcriben en una matriz que permite la reducción de la información.

Las categorías propuestas en nuestro estudio, definidas a partir de la primera aproximación a los datos, son las siguientes:

- Potencialidades de los Consejos para la participación, que se orienta a reconocer, desde la perspectiva de los distintos actores las condiciones de ejercicio de la participación en los Consejos.

Esta categoría se ha subdividido en cuatro subcategorías:

- o Percepción de los roles y funciones del Consejo de Salud.
  - o Ámbitos de la gestión que abordan.
  - o Fortalezas de los Consejos de salud.
  - o Debilidades de los Consejos de Salud.
- Rol de los actores en el ejercicio de la participación en los Consejos de Salud, orientados a reconocer el aporte que realizan los distintos actores al ejercicio de la participación y la relación entre ellos.

A su vez esta categoría se ha dividido en cuatro subcategorías:

- o Percepción del rol de los Directivos.
- o Percepción del rol de los Encargados de Participación de los establecimientos.
- o Percepción del rol de los Consejeros representantes de la comunidad usuaria.
- o Percepción de la actitud de los funcionarios de salud de los establecimientos.

- La efectividad de la participación de los Consejos, orientada a reconocer los alcances y ámbitos del ejercicio de la participación.

A su vez esta categoría se ha dividido en dos subcategorías:

- o Incidencia del Consejo de Salud en la toma de decisiones de los establecimientos de salud.
- o Importancia de la participación en salud.

Sin olvidar que, el objetivo del análisis de datos cualitativos es la búsqueda de tendencias, regularidades o patrones y la obtención de datos únicos de carácter idiográfico, pasamos al segundo momento del análisis cual es, según Tesh, la descripción. (ibid)

“La descripción nos lleva al examen de todos los segmentos de cada categoría con el fin de establecer patrones en los datos, lo que implica un nivel de reducción de los mismos” (ibid: 107) Al examinar y “hacerles preguntas” a los datos en proceso podemos relevar los aspectos más destacados de la categorización, encontrar las asociaciones y tendencias del fenómeno. Esta etapa de reflexión es interactiva, es decir, se realiza un proceso de retroalimentación donde interrogamos la realidad y nos dejamos interrogar por ella.

El tercer y último momentos del análisis de datos, es la interpretación, esto se realizó a través de la integración, relación y el establecimiento de conexiones entre las diferentes categorías. La interpretación de los datos a partir de la realidad reflexionada nos posibilita sugerir nuevas relaciones y u consideraciones sobre la plausibilidad de las relaciones.

Considerando la confidencialidad establecida con los distintos entrevistados, se mantendrá en el anonimato las declaraciones emitidas, sólo se señalará el cargo del actor.

## **6.- Variables.**

Las variables en estudio son el Funcionamiento de los Consejos de Salud y la Percepción de los miembros de los Consejos. (Véase Matriz de Operacionalización de la variable, anexo N° 1)

**PRIMERA PARTE**

**MARCO TEORICO**

## **CAPITULO I**

### **LA GESTIÓN PÚBLICA.**

Para poder introducirnos en el concepto de la Gestión Pública es necesario precisar que ésta es entendida como la forma en que se organizan y administran los recursos para llevar a cabo las Políticas Públicas que se desarrollan desde la estructura del Estado. Aun cuando se hace difícil dividir los componentes concatenados del concepto Gestión Pública, metodológicamente los desarrollaremos en forma parcelada, por un lado la estructura desde donde se desarrolla la política pública, es decir, el Estado, por otro lado el contenido propiamente tal de la Política Pública, y por último, la forma que ésta se lleva a cabo, es decir, la forma de implementación de la política.

#### **1. El Estado como estructura de la Gestión Pública.**

##### **El concepto de Estado y su desarrollo histórico.**

El origen del Estado, como concepto jurídico político, es difícil precisar con exactitud. Antecedentes hay en el concepto de Polis o ciudad Estado de la antigua cultura Grecia, los que constituyeron una organización territorial institucionalizada, donde se representan las instituciones que constituyen los poderes del Estado moderno. En la antigua Grecia el poder ejecutivo, el Arcontes, estaba formada por la clase aristocrática que ejercía el rol de gobernar, luego tenemos los Areópagos que era un tribunal que juzgaba causas civiles y militares, además tenemos el Bulé institución de carácter legislativo que era electa anualmente y, por último, el Ecclesia formado por todo los ciudadanos que votaban las leyes propuestas por el Bulé. Si bien es cierto el concepto de ciudadano está restringido, los antecedentes de la ciudad Estado de la cultura griega constituyen el primer ejercicio de un modelo de democracia limitada, al tiempo que es la base de la cultura occidental moderna.



Históricamente, el término Estado reaparece en la Edad Media, a partir del siglo XV. En este Estado denominado absolutista monárquico, el Rey tenía poder absoluto sobre la vida de sus súbditos y sus pertenencias. El sistema económico era el mercantilismo donde existía una relación vinculante entre las riquezas de las naciones y el poder el Estado que la sustentaba. En este sistema el Estado tenía el ejercicio de la soberanía, es decir, *“la capacidad de crear el derecho e imponer la obediencia a las leyes”* (Díaz; 2007:64)

A partir del siglo XV se van generando las instituciones políticas que darán origen a los Estados modernos, alcanzando un nivel de maduración con la Revolución Francesa en 1789, hito histórico que marca el inicio de nuestra época.

El desarrollo y ascenso de una nueva clase, la burguesía, generó la necesidad de crear un nuevo orden que recogiera los planteamientos político ideológico plasmados en las demandas por participación, igualdad jurídica, libertades individuales y derecho de propiedad.

*“Nuevas teorías políticas contribuyeron a conformar la ideología de la burguesía revolucionaria. Thomas Hobbes, defensor aún del Estado absolutista, introdujo el individualismo radical en el pensamiento político y estableció las bases teóricas del concepto moderno del contrato social, que posteriormente sería desarrollado por Jean-Jacques Rousseau. John Locke expuso el carácter natural del derecho a la vida y a la propiedad y defendió una división de poderes orientada a combatir el centralismo absolutista. Montesquieu definió la configuración clásica de esta división de poderes en ejecutivo, legislativo y judicial.”*(Ibid: 65)

La Revolución Francesa dio paso a nuevas formas de organización y acción del poder en los Estados. El aporte relevante de la Revolución se expresó en la Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano, que inspiró y fundamentó el surgimiento de los Estados modernos en el mundo occidental, quedando plasmados sus postulados en las Constituciones de muchos países.

La fuente de inspiración en el plano ideológico fue la teoría de Jean Jacob Rosseau, que escribió en su obra "El Contrato Social", que abrió paso a una nueva

concepción del hombre con derechos y deberes, donde los clamores de igualdad, libertad y fraternidad son líneas orientadoras del desarrollo de la sociedad moderna que hasta el día de hoy son válidas.

En esta nueva sociedad, que rompe con el absolutismo retardador de los cambios sociales, se desarrolla la Revolución Industrial, con lo que se consolida una sociedad capitalista y se abre paso al Estado liberal.

*“El **Estado Liberal de Derecho** hizo su aporte más importante en la dimensión política al sostener que -la soberanía reside en el pueblo-, son suyas las ideas del derecho a voto, la democracia representativa, la creación del Estado de derecho, es decir un Estado no arbitrario ni absolutista que respete los derechos humanos individuales y la ley.” (Ibid: 66)*

Se denomina Estado liberal ya que reconoce y protege, a través de un sistema de leyes, el derecho universal del hombre a la libertad. Al mismo tiempo es un Estado democrático, es el pueblo quien ejerce el poder por medio de la elección libre de sus representantes quienes ocupan cargos de poder, en el poder ejecutivo, el legislativo y el judicial. Los ciudadanos otorgan autoridad para dictar las leyes que regulan todos los aspectos de la vida pública del Estado.

Al calor de estos procesos, y en el seno de la revolución industrial se cimientan los idearios socialistas que postulan la conquista del poder por parte de la clase trabajadora y la abolición de la propiedad privada y por ende de las clases sociales. En esta perspectiva el Estado es visto como una estructura de dominación de clase y es concebido como un instrumento necesario en el proceso revolucionario en la etapa del socialismo, ya que el comunismo implica la natural extinción del Estado al no existir las clases sociales.

El **Estado Social de Derecho** es una concepción del Estado concebida desde los Partidos Socialdemócratas y Demócrata Cristianos de Europa occidental, en el periodo post 2ª Guerra Mundial.

El Estado Social de Derecho también conocido como Estado de Bienestar es una forma de Estado que se postula como una alternativa al Estado liberal de Derecho, haciendo posible una realización más acabada de la ciudadanía política. Es decir, asegura una “ciudadanía social” junto con una ciudadanía política plena.

El Estado Social de Derecho es un Estado democrático tanto desde la perspectiva política, como método de designación de los gobernantes; como de la perspectiva social, como la realización del principio de igualdad en la sociedad.

Petrella (citado en Díaz; op. cit: 66) expresa que “El Estado de Bienestar es un sistema basado en un contrato social escrito y tácito que garantiza la seguridad social, individual y colectiva, que promueve la justicia social y que propone fórmulas eficaces de solidaridad entre los hombres y las generaciones.”

En el Estado Social de Derecho el Estado persigue un desarrollo integral de la sociedad, incorporando las variables económica, política, social y cultural. *“Este fin del Estado tiene ya rango constitucional en la mayoría de los países. Es el Estado que procura satisfacer, por intermedio de su brazo administrativo, las necesidades vitales básicas de los individuos, sobre todo de los más débiles.”* (Ibid: 69)

En la perspectiva de satisfacer un desarrollo integral, el rol del Estado es la distribución de bienes y servicios que permiten el logro de un nivel de vida más elevado, convirtiendo a los derechos económicos y sociales en conquistas en permanente realización y perfeccionamiento.

Por otro lado, es un Estado integrador socialmente ya que pretende conciliar los intereses de la sociedad en su conjunto.

En el Estado Social de Derecho hay una la interacción Estado Sociedad, donde ambas se intervienen mutuamente, así el Estado interviene en la sociedad, coadyuvando a su configuración, y la sociedad interviene en el Estado, convirtiendo

los poderes de la sociedad en inmediatamente políticos. De esta forma se entiende Estado y Sociedad como subsistemas interconectados, con límites poco definidos, dentro de una misma totalidad, estableciendo una relación simbiótica entre ellas.

Para la socialdemocracia el Estado es el promotor del desarrollo, por lo tanto su programa plantea la lucha por construir sociedades donde haya democracia política y democracia económica. Se trata de desarrollar y extender la propiedad pública, sobre todo en las áreas o sectores estratégicos y desarrollar formas de propiedad social tales como cooperativas de producción y de consumo. En este contexto se fortalece el poder administrativo del Estado.

El Estado social de derecho, hace una unión entre los derechos fundamentales individuales con los derechos económicos y sociales, los que se convierten, de alguna manera, en programas de acción.

Algunos autores han proyectado lo que será el Estado del siglo XX, Bresser-Pereyra (citado en Díaz, *ibid*; 67) dice que “el Estado del capitalismo globalizado del siglo veintiuno será un **Estado social-liberal**. Será social, porque seguirá siendo responsable de la protección de los derechos sociales en materia de educación, salud y previsión básica. Y porque, aun reduciendo su acción en esta área, continuará promoviendo el desarrollo económico”.

*“El Estado social-liberal será financiador y no productor de los servicios sociales no exclusivos del Estado, que el mercado no puede remunerar adecuadamente en función de las economías externas que generan, como en el caso de la educación, de la salud, de la cultura, de la protección del medio ambiente y del desarrollo científico y tecnológico. Será complementario del mercado y no sustituto del mercado. No producirá bienes ni servicios, ni concentrará su política económica en proteger el mercado nacional, pero desempeñará un papel importante en la promoción de la competitividad externa del país.”* (Ibid: 70)

## Breve reseña del Estado chileno.

Cabe aquí precisar algunos elementos particulares del Estado de Chile desde su origen histórico. La primera constatación surge de la afirmación *“el Estado no es producto de la nación, sino que la antecede y es el actor relevante en la constitución de un espacio nacional... surgió independiente en lo político pero no en lo económico y estructurado políticamente de acuerdo a un modelo liberal europeo, al margen de las tradiciones culturales previas, tanto hispánicas como indígenas.”* (De La Maza; 2005(a): 33)

El Estado ha sido el principal actor de la constitución de la sociedad, de sus crisis y desarrollo. La orientación y organización del Estado determina la conformación de las relaciones sociales y su evolución histórica de nuestro país.

En Chile el Estado tuvo un rol referencial en la mayoría de las acciones colectivas como en: el desarrollo, la movilización social, la re-distribución y la integración de los sectores populares.

La interpretación entre Estado y Sociedad le daba a la política un papel central. Los partidos políticos, sobre todo los que se consolidaban antes de los movimientos sociales y la diversificación de institucionalidad pública, tendieron a ser los intermediarios más importantes entre sociedad civil y Estado.

Desde los inicios, en nuestro país, la política se desarrolló con un doble sentido:

1. Manera de acceder a los recursos estatales.
2. Otorgar sentido a la vida social a través de proyectos ideológicos de cambios de modelo de sociedad.

Desde esa perspectiva el Estado era el motor del desarrollo y de la integración social ya que las formas de integración se asocian a la industrialización, urbanización, a expansión de los servicios públicos y la movilización política.

Esto se dió especialmente en la segunda mitad del siglo XX, de ahí el carácter de la sociedad más movilizadora, abarcante, ideológica y confrontacional característica de esa época.

Desde inicio del siglo pasado se desarrolla un proceso, liderado por el Estado y movido por la participación social de los sectores más pobres, tendiente a mejorar las condiciones de vida de los sectores medio y obreros.

El modelo de integración social privado se hace insuficiente, tensando al Estado quien, hasta ese entonces, tenía un rol inactivo en materias sociales. La beneficencia filantrópica y la autogestión de los trabajadores, por si solo, no son capaces de contener las nuevas demandas sociales. Surge así una ruptura entre la elite política y los sectores populares, generándose un periodo de inestabilidad que dura hasta 1938.

Desde el gobierno del Frente Popular, hasta 1973 se generó *“un sistema de relaciones laborales institucionalizadas y un sistema político de alta exclusividad”* que caracterizó la relación Estado y sociedad”. (Ibid: 35)

Se expande el Estado desarrollándose un modelo de economía basado en la sustitución de las exportaciones a partir del fuerte desarrollo de la industria nacional.

En este contexto se desarrolla el Estado de Bienestar poniendo énfasis en el desarrollo de las políticas sociales: siendo inicialmente la regulación legal del trabajo y la relación empleador y trabajador, en los años 30 el énfasis fue en la Educación, en los 50 en la salud y la vivienda y Reforma Agraria en los años 60. El Estado asumió un rol gravitante en la economía, fomentando a través de distintos instrumentos la industria nacional y la empresa estatal.

Al mismo tiempo se desarrolla y consolida en el país un sistema partidario de amplia representatividad, el que abarca a los diversos sectores e intereses de clase.

Siendo este sistema político el eje articulador entre los actores de la sociedad y el Estado.

Con el golpe militar de 1973 los procesos de ampliación y politización de la sociedad chilena se vieron bruscamente interrumpidos junto con las pautas de desarrollo económico que predominaron los últimos 40 años.

A partir de 1975 se impuso un nuevo modelo económico centrado en la privatización de gran parte de las empresas públicas, apertura al comercio exterior y a la inversión extranjera y desregulación en el plano económico. Se trató de poner al mercado como único motor del desarrollo desprotegiendo a amplios sectores sociales. Lo anterior provocó un aumento en la concentración de la propiedad y la riqueza en pocas manos.

La legislación laboral se rediseñó orientándola a cautelar los intereses del capital y se privatizaron los servicios públicos de salud, educación y previsión.

El Estado disminuyó el gasto social en todas los ámbitos, de esta forma se reduce su rol y su estructura. Instalándose un Estado Subsidiario que “subcontrata” servicios a privados subsidiando la oferta de dichos servicios. Todo lo anterior se consolidó en un marco de gobierno autoritario y brutal represión y eliminación de los vestigios de participación social que contribuyeron a generar el país. (Godoy, 1992)

En el año 1990 se concreta la recuperación de la democracia en el país, la salida de la dictadura fue pactada, por lo tanto la transición se realizó dentro de los marcos establecidos previamente por la dictadura, lo anterior posibilitó que las fuerzas que respaldaban a la dictadura se incorporaran en el nuevo escenario con gran poder de influencia, tanto en el plano económico como político.

Las principales trasformaciones desarrolladas con la recuperación de la democracia fueron: recuperación parcial de los procesos de la institucionalidad democrática, ingreso de una nueva elite política a la administración del Estado

formada por una amplia coalición de partidos y la dinamización de las políticas públicas con énfasis en el área social.

En lo económico se ha mantenido y profundizado el modelo neoliberal, existiendo una continuidad de las principales políticas orientadas a garantizar el control de la inflación y la apertura externa de la economía. Esta política se ha traducido en el crecimiento económico sostenido, aun cuando se han profundizado las desigualdades sociales.

Frente a esto, el Estado ha adoptado una política social activa, centrada en la inversión en infraestructura social básica (educación, salud, vivienda y obras públicas). El carácter de la política es focalizado en aquellos sectores de la población más vulnerables, perdiendo así su condición de universalidad. Si bien ha habido un aumento de la estructura y la inversión del Estado, esto no ha recuperado los niveles del periodo anterior. (Ibid)

En su modalidad de acción el Estado externaliza una serie de servicios, por medio de franquicias, subvención y subsidios a la oferta privada, no siendo el propio Estado quien directamente realiza las acciones.

### **Elementos constitutivos del concepto Estado.**

Tradicionalmente se considera que los elementos integrados en el concepto Estado son: territorio, pueblo y poder, es decir, un Estado está constituido por un territorio definido, una población con ciertas características culturales comunes y un gobierno que lo rige.

De estos elementos, el distintivo es el agrupamiento humano que comparte una cultura y poseen características físicas similares. En este sentido, un Estado puede albergar varias naciones en su territorio y una nación puede estar dispersa en distintos Estados.



Con la Revolución Francesa se empieza a reducir, drásticamente los poderes feudales, incluso el propio poder de la Iglesia, vinculada a lo actualmente denominado Estado Nación.

Por poder del Estado entenderemos la autoridad y capacidad de dominio que tiene el Estado, además del freno y control de las personas, con el propósito de reglamentar las actividades y limitar las libertades. Lo anterior supone una subordinación al orden jerárquico, de cooperación y competencia.

Por otro lado el ejercicio del poder jerárquico puede ser ejercido por la fuerza, la coerción o ser asumido en forma voluntaria.

La sociedad necesita un sistema de poderes que le permita orientar su quehacer a la obtención de los propósitos propuestos.

Junto con el poder, los Estados Modernos, requieren de una infraestructura administrativa, financiera, militar y diplomática. Así se da forma a una burocracia que trabaja para el Estado. La estructura financiera se dirige a la satisfacción de las necesidades de ejercicio de la burocracia y, al mismo tiempo, de las políticas que desarrollan los gobiernos que administran el Estado. Por último, la estructura militar ejerce funciones de persuasión y coerción externo e interno.

El territorio es un elemento importante para definir Estado, aunque no absoluto. El espacio físico es donde se realiza el ejercicio del poder estatal, imperando este poder en todo el territorio. La delimitación espacial define la independencia de un Estado frente a otro.

Otro elemento constitutivo del Estado moderno es la existencia de una unidad económica. El Estado debe ser capaz de regular y dirigir la economía y con el exterior, implantar un sistema aduanal que controlen la entrada y salida de bienes.

El Estado genera un sistema legal bajo el cual las personas se subordinan, éste es un sistema de derecho uniforme en todo el territorio y que rige por igual a todos los habitantes (igualdad de derechos y deberes). De esta forma el Estado por

medio de un conjunto de instituciones, que poseen la autoridad para establecer las normas que regulan una sociedad, tienen soberanía interna y externa sobre un territorio definido.

El Estado es una institución a la cual la ciudadanía le confiere el poder de normar el quehacer nacional y de llevar a cabo, a través del gobierno, las políticas que se dirijan al desarrollo y bienestar de todos sus habitantes.

## **2. La Política Pública como contenido de la Gestión Pública.**

### **Concepto de Política Pública.**

Por Política Pública, se entiende a los lineamientos estratégicos emanados desde el Estado, lineamientos que tienen una intencionalidad o dirección determinada, que pueden ser planificados para resolver problemas o necesidades de la población. Al mismo tiempo, pueden ser acciones desarrolladas por entes públicos o privados orientadas. (Lahera; 2004)

Las políticas públicas abordan tanto el ámbito interno de un país como sus relaciones externas. Éstas se dirigen a toda la población, pudiendo focalizarse algunas iniciativas según diagnóstico de necesidad. La política se debe orientar al bien común del los habitantes y debe primar el concepto de desarrollo de país.

La política pública se puede subdividir en política de Estado y política de gobiernos, siendo la primera, aquella que se encuentra respaldada por la Ley de la Nación y siendo la segunda aquella que emana de la dirección política del Gobierno en ejercicio. Si la primera tiene carácter de obligatoriedad al ser Ley la segunda puede depender de los múltiples factores que determinan la implementación de la política, partiendo por la orientación política del Partido que detenta el poder ejecutivo del país. (Ibid)

La implementación de la política se realiza a través de las estructuras del Estado que se despliega en todo el territorio, es decir, a través de los distintos Ministerios y Subsecretarías, Secretarías Regionales Ministeriales, Gobernaciones, etc. (Godoy; op.cit)

La Política Social es parte de la Política Pública, aborda un espectro específico de las necesidades.

Los ámbitos que aborda la política social los entendemos como problemas presentes en la sociedad, orientados a un sector desposeído, su magnitud es de envergadura, el desarrollo de la problemática implica relaciones sociales entre personas y pueden ser o no acontecimientos sociales de realce público. (Ibid)

### **Las Políticas Sociales como parte de las políticas públicas.**

La acción pública tiene sus antecedentes históricos en el siglo XVIII, cuando parecen iniciativas ligadas a organizaciones o congregaciones de carácter religioso y filantrópico. La característica de estas acciones eran caritativas y se orientaban al sector más desprotegido. (Ibid)

Posteriormente, con el surgimiento del Estado, surge la iniciativa desde esta estructura, quien debe asumir las necesidades de los sectores más desposeídos, incorporándose el concepto de desarrollo social asociado a la marginalidad.

Las Políticas Públicas y Sociales, en particular, surgen desde las presiones de los sectores trabajadores por mejores condiciones de trabajo y de vida, pero también es visto como una necesidad para el desarrollo del capital. Es decir, son acciones emanadas del Estado, orientadas a satisfacer las necesidades básicas de una fuerza de trabajo emergente, en pro de objetivos económicos y políticos. (Ibid)

Las Políticas Públicas en Chile han sido marcadas por un carácter centralista, potenciando el desarrollo de núcleos urbanos por sobre los rurales y el centro del

país por sobre las regiones. En específico las políticas sociales tradicionales en Chile han sido, históricamente, homogeneizantes, es decir, no se hace diferencia entre localidades y sectores sociales. Además no han sido de carácter permanente, ya que se diseñaban para dar respuesta a problemáticas a corto plazo, estando su continuidad supeditada a los cambios que operaban en el mercado. Por lo mismo no fueron planificadas estratégicamente, por lo tanto no contaron con un respaldo económico permanente o fijo. La falta de un financiamiento estable producía que la política variara según la contingencia económica y política del país.

### **Tipos de Políticas Sociales.**

A partir de la clasificación expuesta por Leblanc (2005) podemos decir que hay cuatro tipos de políticas sociales. La primera son las de carácter universal, dirigidas a toda la población. Ej.: Educación básica y media obligatoria, Derecho a pre y post natal, Derecho a Salas cunas.

La segunda de tipo compensatorio, dirigido, como su nombre lo dice a compensar insuficiencias de la Política Social. Son dirigidas a grupos especiales, Ej.: exonerados políticos, discapacitados, infancia, adulto mayor. La finalidad de estas políticas es la integración de estos sectores para dejarlos en igualdad de condiciones.

El otro tipo de política es la denominada asistencial, ésta es un apoyo que no tiene fines integrativos, no tiene una finalidad de cambio. Es un parche a una situación determinada (palear necesidades), ayuda a resolver necesidades inmediatas, no resuelve el problema. Es una política auxiliar, EJ.: Almuerzo para los niños (JUNAEB), en los Municipios a través del Departamento de Acción Social. Son Políticas de apoyo a otras, para que se puedan hacer realizables y que estén orientadas a mejorar la calidad de vida de la población. El Asistencialismo tiene como objetivo el palear y no resolver la situación, ni transformar la realidad.

El último tipo son las políticas subsidiarias que se enmarcan dentro del concepto de Modelo Residual. Son las Políticas que hace el Estado hacia sectores que quedan al margen de otras políticas sociales o del Mercado. El Estado las subsidia, están dirigidas a la extrema pobreza.

### **Modelos de Política Sociales:**

Según Leblanc (Ibid) se pueden distinguir tres modelos de Políticas Sociales. El primer modelo denominado residual, está ligado a un determinado período histórico, asociado a la economía liberal de mercado, cuando el mercado regula va a incidir residualmente en la protección social. La primera función del Estado fue la regulación, es un ente político – administrativo. Se parte de la base que el Estado participa sólo cuando un mecanismo falla, cuando las familias fallan en sus funciones, mecanismos naturales protectores. Esta concepción es propia del Estado Liberal.

El otro modelo es aquel Funcional al proceso productivo, en esta acepción Política es auxiliar a la producción. Se inspira en que debería actuar sobre la clase trabajadora. En el sentido de salud, educación, acción social a los sectores más desprotegidos, para que sean más productivos. La finalidad es la producción y la acumulación de riquezas y no el desarrollo integral del ser humano.

Por último, tenemos el denominado modelo Redistributivo, éste se aplicó entre los años 30' y 73', estaba orientada a redistribuir los ingresos a través de la Política implementada, tiende a corregir las desigualdades. Su finalidad es corregir las diferencias producidas en la libre relación de los factores productivos en el mercado.

Del modelo de políticas sociales que se implemente va a depender el desarrollo y dirección en la implementación de las mismas.

En el desarrollo de las políticas públicas y en especial de las sociales hay una serie de factores que interactúan y condicionan la política, entre los que destaca: rol

del Estado en un período histórico, tipo de gobierno, modelo de Desarrollo Económico, rol del sector privado, rol de los trabajadores y trabajadoras, rol de Partidos Políticos, cambios demográficos y desarrollo de los procesos económicos y político a nivel internacional.

### **Desarrollo histórico de las políticas sociales.**

Considerando los antecedentes anteriores, en Chile, el periodo comprendido desde la colonia hasta 1870 el rol Estado se centra en crear la conciencia de Nación al tiempo que es garante de la relación capital – trabajo, no cumple un rol en políticas sociales.

A partir de la mitad del siglo XIX hasta 1920 el Estado se empieza a preocupar por las políticas sociales, ligadas a otorgar y regular las relaciones capital – trabajo. La cuestión social, surgida a partir de las demandas de los trabajadores empobrecidos, los que comienzan a formar la conciencia de clase, surgen los primeros movimientos de trabajadores, ahorran para su previsión y surgieron las primeras mutuales. (Ibid)

La movilización de trabajadores posicionó en el debate político de la época lo que se denominó como *la cuestión social*, en todas las esferas se comenzó a discutir este tema y desde el Estado surgen las primeras regulaciones, dentro de las que se destaca: definición de la jornada de trabajo, definición de salario, etc. surgen así las primeras legislaciones del trabajo.

Desde 1920 a 1930 tenemos un Estado Protector, consolidando su rol protector de los trabajadores. Se crea una institucionalidad Pública, lo que culmina en 1931 con la dictación del Código del Trabajo. En este periodo el modelo de desarrollo económico está orientado hacia fuera, es decir Liberalismo económico. (Ibid)

Se destaca la dictación de las primeras leyes de Previsión Social, como fueron: Pensión de vejez, jubilaciones, pensiones de viudez, orfandad y de invalidez. Todas estas leyes se orientaban a resguardar los intereses de los trabajadores ante eventualidades.

Otros aspectos que caracterizaron éste periodo fueron la creación de las primeras iniciativas de atención de salud dirigida exclusivamente a los trabajadores (sindicatos), Aparecen las primeras instituciones y oficinas de carácter público. En el plano político se forman los partidos políticos, expresiones de los intereses de clases, lo que será la base de consolidación de un sistema político en el país. Por su parte los trabajadores organizados a través de sindicatos se fortalecen como organizaciones interlocutoras frente a la clase empresarial y al Estado. (Donoso: 2006 (b))

Entre los años 1932 y 1973 el país se caracterizó por la preeminencia del Estado Benefactor. En lo económico el país se caracterizó por el desarrollo del Modelo Económico de sustitución por importación, donde se fomenta la creación de la industria nacional. (Godoy; opt.cit)

Las Políticas Sociales de esta época fueron afectadas por las inestabilidades y crisis económicas, por lo tanto no tuvieron un financiamiento estable, con lo cual no se proyectaban en el tiempo y eran susceptibles de variación o suspensión improvisadamente.

En este período sube el costo de la vida, no se reajustan pensiones y salarios, se produce un empobrecimiento, aumenta la cesantía. Esto obliga al Estado a interceder en lo económico y promueve el proceso de industrialización, elabora la materia prima. Se desarrolla la industria metalúrgica, la industria textil, industria alimenticia de la población.

Se produce un proceso de urbanización, por grandes migraciones, surge una clase media compuesta por empleados públicos. Crece en la medida que crece el

Estado. El Estado debe incorporar a esta clase media en las Políticas Sociales, como servicios de salud y se da auge especial a la educación (extensión de la obligatoriedad de la educación).

El Estado Benefactor cumple un rol de bienestar, para mejorar las condiciones de vida de la población. Se produce un proceso desarrollista, el Estado asume el rol en la función económica, economía activa (ideas keynesianas). Desarrollo en base al modelo de Industrialización.

En el año 1970 se establece un gobierno orientado hacia el socialismo que orienta su quehacer para acelerar los procesos de redistribución del poder propiciando el acceso al poder del área trabajadora.

En el año 1973 con el Golpe Militar se rompe el Estado de Derecho al desequilibrarse los tres poderes del Estado; por el cierre Parlamento, la subordinación del poder judicial y la ruptura del poder Ejecutivo a partir de la toma del poder por la fuerza militar. Se suspenden las organizaciones sociales y políticas de todo tipo y se reprime duramente a todas las expresiones de resistencia del pueblo.

En este contexto surgen las siete modernizaciones que marcarán el inicio del desarrollo del Modelo Neoliberal en nuestro país. La Reforma urbana, estructura administrativa del país, se divide en regiones. La Redistribución comunal, las ciudades quedan segregadas en comunas pobres y ricas. En los Programas de erradicación se hacen subdivisiones de comunas, el objetivo era segregar socialmente a la población. La implementa la Doctrina de Seguridad Nacional, establece que los países están amenazados por fuerzas internas y externas. La Reformas previsional y de salud.

El periodo comprendido entre 1973 a 1989 el Estado es reducido en su estructura y ámbito de acción. Se incorpora el sistema de subvenciones para distintos servicios que antes eran de su responsabilidad exclusiva. El Estado traspasa la función social



al Mercado, es decir la inversión privada, quedándose sólo con lo residual como son salud, educación y vivienda, dirigido a sectores de extrema pobreza. (Ibid)

El rol del Estado es generar condiciones jurídicas y políticas para que el mercado funcione permitiendo avanzar en la estrategia de la incorporación al mercado internacional. La estrategia del gobierno produce una grave crisis económica que produce una cesantía estructural con un alto nivel de empleo informal. Grande sectores de la población se ven empobrecidos y la extrema pobreza se agudiza.

En este contexto, de supremacía del mercado, el ingreso monetario se recibe sólo por concepto de trabajo, el trabajador pasa a ser fundamental como vínculo social, inserción social, al dejar de trabajar se pierden todos los beneficios sociales (salud, educación, etc.). Impera la lógica de que es responsabilidad de cada individuo, el proveerse de los bienes y de tener acceso a los beneficios sociales.

Surge el fenómeno de la exclusión social, donde el que queda al margen del mundo del trabajo queda excluido. Las personas se enfrentan a la soledad, el otro se transforma en la competencia y las relaciones sociales son instrumentales. Surge la desesperanza aprendida de los pobres de hoy.

La Política Social desde el año 1990 en adelante están marcadas por la fuerte inserción de nuestro país en el mercado internacional, plasmándose la globalización del modelo neoliberal a escala planetaria. El nuevo escenario se caracteriza por la mundialización del Modelo económico, la caída de los proyectos socialistas (la caída del muro de Berlín), la instauración del capitalismo a nivel mundial y el acelerado desarrollo de las tecnologías, especialmente de las comunicaciones.

El poder económico se instaura por sobre los países, al producir la eliminación de las barreras productivas, permitiendo así que el mercado opere libremente al tiempo que los países pierden la capacidad de decidir en el aspecto económico.

### **3. La Gestión Pública: desde la gestión tradicional hacia la nueva gestión pública.**

Gestión Pública es la administración política del Estado. Es administración en la medida que debe conjugar los recursos materiales, humanos, económicos y financieros para dirigir un país orientado al objetivo político del desarrollo y bienestar de sus habitantes. En el desarrollo de este texto haremos una mirada general a dos formas de gestión públicas que hoy en día están en debate, por un lado la Administración Pública tradicional y por otro la Nueva Gestión Pública, siendo ésta última la que se tiende a implementar en el nuevo escenario mundial.

#### **Administración Pública tradicional.**

El modelo tradicional o administración Weberiana hizo hincapié en destacar las características que la administración pública debía desarrollar, entre los que destaca: la separación de los cargos públicos de las personas que los ocupan, la organización jerárquica basada en la autoridad, la confianza en los expedientes y las órdenes escritas, hincapié en una administración desinteresada e impersonal en sus contactos con los ciudadanos y funcionarios, profundo desinterés en la suerte de la política, expresado en la dicotomía política-administración.

*“Para Weber, la burocracia constituía un mecanismo de racionalidad debido a su superioridad técnica frente a otras formas organizativas, ya que optimiza los procesos” y agrega “Además ofrece la posibilidad de emplear las funciones administrativas según criterios puramente objetivos de manera de eliminar de asuntos oficiales los elementos subjetivos propios del ser humano.” (Grimaldo; 2007: 7)*

Se trata de un sistema de organización y gestión del Estado marcado por la existencia de un gran aparato público con diversidad de servicios semiarticulados entre sí. La magnitud de la estructura del Estado y la parcelación de los distintos servicios hicieron muy difícil la flexibilidad de la estructura y la circulación dinámica al

interior de la misma. En irrestricto apego a la norma era otro elemento que impedía adaptarse a las nuevas situaciones. (Ibid)

La burocracia, que inspira el modelo tradicional, se caracteriza por poseer funciones determinadas, jerarquías formales, reglas abstractas aplicables a casos particulares, impersonalidad y cualificación de funcionarios.

*“La burocratización hay que entenderla como un proceso creciente de racionalidad de la vida social que lleva a organizar la administración y es, por tanto, aplicable tanto en la dirección de la máquina estatal como en las grandes empresas industriales, que la utilizarán, a pesar de sus inconvenientes, como el sistema más eficaz. El niño se enfrenta ya en la educación formalizada con los primeros choques burocráticos que le van a acompañar hasta la muerte. El tratamiento frío y burocrático de los problemas, prescindiendo de elementos personales y efectivos, se ha concretado en los números de identificación personal para las distintas áreas de actividad del individuo. La situación actual va hacia una pérdida de rigidez normativa, desregulando planteamientos ya habitualizados.”* (Lucas; 1994:16)

La administración pública tradicional sostenía una serie de valores, como son: su integridad, profesionalismo y ética pública. Pero debieron enfrentar cuestionamiento referidos a la eficiencia, eficacia y capacidad de respuesta. Por su parte la administración pública tradicional ponía su énfasis en desarrollarse en sí mismas más que como un fin para la sociedad, mostrando menos interés en maximizar los presupuestos públicos que en asegurar la expansión de estructuras administrativas. Observando que el déficit del sector público no guardaba relación con la calidad de los bienes y servicios brindados por el Estado. Lo anterior facilitó la crisis de modelo tradicional y abrió la puerta a los nuevos cambios que se empiezan a desarrollar desde los últimos decenios del siglo anterior.

## **La Nueva Gestión Pública.**

En los últimos treinta años, la teoría y la práctica del Estado, ha cambiado en muchos aspectos. La concepción tradicional del rol del Estado así como los procesos de intervención se encuentran en cuestionamiento y constante cambio.

Dichos cambios son difíciles de reconocer en su magnitud y orientación, debido a *“la urgencia con que algunos países han tenido que dar respuesta a problemas tan profundos como inesperados, al propio déficit conceptual de las disciplinas científicas que tienen por objeto el Estado para enfrentarse a las nuevas circunstancias; y, en tercer lugar, a la sobrecarga ideológica propia de los periodos de crisis e incertidumbre, que ha envuelto los cambios de prejuicios y clichés.”*(Longo, Echevarria; 2000: 5)

Lo que se ha denominado la Nueva Gestión Pública no tiene un sólo significado unívoco, según Barzelay citado por Longo, Echevarria (Ibid), se pueden detectar al menos tres intencionalidades diferentes en la utilización semántica de esta expresión: la primera pone el énfasis en la introducción de técnicas de gestión empresarial y organización económica, en el aparato ejecutivo del Estado, la segunda, incorpora un énfasis en la práctica de la gestión pública aplicando los valores de eficacia y eficiencia a su funcionamiento, por último, la tercera tendencia pone su hincapié en el sistema normativo e identifica a la nueva gestión pública como una modelo que se recomienda aplicar a toda la administración pública, modelo que implica una serie de principios, políticas y técnicas, de carácter superior, para el manejo del sector público.

- **La Nueva gestión Pública como reforma administrativa.**

En esta orientación de las transformaciones no hay como intencionalidad la de transformar las instituciones políticas del poder ejecutivo, es decir, no hay cambios que afecten al origen, distribución y forma de legitimación del poder, ni a la

naturaleza del régimen político, ni las relaciones entre los poderes del Estado, ni la estructura territorial del poder y ni el sistema de representación.

Las transformaciones tienen un carácter de reforma administrativa, orientadas a mejorar operativamente las estructuras administrativas del poder ejecutivo. Afecta las reglas e incentivos por los cuales el Estado diseña y ejecuta la política pública, incluye su estructura organizativa, servicio civil, sistema presupuestario, relaciones interadministrativas, formas de relación entre ciudadanos y administración en la prestación de los servicios, etc.

Esta nueva gestión pública no restringe ni extiende la responsabilidad del Estado frente a la sociedad, es decir, no son reformas sustantivas que abarquen las políticas públicas.

El énfasis está puesto en aumentar la eficiencia del sector público por medio de una nueva disposición institucional que guíe el quehacer de los actores externos e internos permitiéndoles operar con una racionalidad económica

El fenómeno de instalación de estas reformas administrativas en los países en desarrollo está fuertemente influenciado por la necesidad y presión por alcanzar estabilidad macroeconómica, lo que ha provocado reformas fiscales y monetarias que han producido como efecto la reducción del aparato estatal y el abandono de importantes responsabilidades públicas.

- **La nueva gestión pública como aproximación gerencial a la Administración pública.**

El énfasis de esta nueva gestión está puesto en buscar una mayor eficacia y eficiencia del aparato administrativo estatal, incorporando la lógica que ha prevalecido en la gran empresa.

La nueva gestión pública supone aplicar al aparato estatal, un marco institucional que ha operado, eficientemente, en el desarrollo de la gran empresa. Por lo tanto la orientación es en dirección a la creación de un nuevo marco de responsabilidad basado en la exigencia de resultados, y no sólo a la conformidad que implicaba en cumplimiento formal del procedimiento en el modelo burocrático. (Ibid)

Este modelo supone el desarrollo de tres pilares aplicados en la lógica empresarial, a saber: el poder de los directivos, el reconocimiento de los subsistemas de gestión y el control del mercado.

Desde esta lógica los directivos son el pilar fundamental toda vez que le dan el sentido al quehacer (la dirección) y a su vez asumen la gestión como responsabilidad propia. En el sistema público tradicional los directivos son subvalorados no así en la lógica empresarial donde son profesionales con prerrogativas para alcanzar los objetivos de eficacia y eficiencia por los que son juzgados.

Se reconoce el papel de la responsabilidad gerencial en el sector público, incorporando condiciones y reglas del trabajo especiales para directivos (sueldos elevados, incentivos económicos, etc.)

El reconocimiento de subsistemas de gestión es el segundo de los pilares institucionales. Los subsistemas representan los espacios de legitimidad en los que se aplican las reglas de juego de la gerencia. Se *“promueve la identificación de centros, unidades o agencias, que reciben facultades delegadas de gestión bajo la contrapartida de sistemas de medición de recursos, objetivos y resultados y mecanismos de planificación y control de gestión. Esto permite evitar la confusión de responsabilidades políticas, administrativas y profesionales propias del modelo burocrático, establece el espacio propio de la “accountability” (control) de los directivos públicos y aproxima la organización a los condicionantes de su realidad más próxima.”* (Ibid: 9)

El último, es el reconocimiento del mercado como estímulo externo a la “accountability”. Para la empresa el mercado es su fuerza motriz, ya que impulsa a la innovación y avance de técnicas de gestión, de modo de incrementar la eficacia y eficiencia de las organizaciones.

*“La nueva gestión pública conlleva un movimiento de transición al mercado, tanto desde la oferta como desde la demanda. Desde una perspectiva de oferta, la transición al mercado implica la sustitución de la jerarquía por competencia entre proveedores; desde una perspectiva de demanda, el mercado significa otorgar a los consumidores de los servicios públicos una mayor influencia, mediante la ampliación de los derechos de elección, información participación y reclamación.” (Ibid: 9)*

- **La nueva gestión pública como modelos y técnicas de gestión.**

El énfasis de esta perspectiva está puesto en el despliegue de una serie de modelos, técnicas e instrumentos de gestión, que no siempre son coherentes.

Un modelo sería una matriz que contiene: los valores, las políticas y los instrumentos, conformando una propuesta de intervención que sirve para diagnosticar la realidad social y orienta sobre posibles soluciones.

Se pueden observar tres modelos gerenciales: el eficientista, el contractualista y el servicial. El primero supone la reproducción del esquema maquinal de la burocracia industrial por medio de medidas exhaustivas de recursos, procesos y resultados, planificación estricta de actividades y el dimensionamiento óptimo de los recursos. En la segunda predomina una lógica de separación de los roles de planificador y productor, se sustituye la coordinación jerárquica por una contractual relacionada con proveedores autónomos. Por último el modelo servicial pone el énfasis en los intangibles organizativos como son la cultura y conocimientos, validándolo como clave de eficacia y eficiencia, incorpora las nociones de redes, alianzas relación cliente proveedor.

## **CAPITULO II**

### **SOCIEDAD CIVIL Y CIUDADANIA.**

En el siguiente capítulo profundizaremos en dos conceptos que se encuentran fuertemente imbricados, la sociedad civil y la ciudadanía. Si bien el segundo puede estar incluido en el primero, ambos tienen su especificidad definida. A continuación desarrollaremos la conceptualización de la sociedad civil desde distintos autores para luego establecer la relación entre el concepto y la ciudadanía.

#### **1. Sociedad Civil.**

##### **Sociedad Civil: conceptualización.**

A nivel internacional el debate intelectual sobre la sociedad civil ha sido provocado y estimulado por hechos históricos que cambiaron el escenario del mundo, por un lado, la crisis del Estado benefactor desarrollada durante los años sesenta y setenta, y por otro, la caída de los regímenes comunistas en la ex Unión Soviética y en Europa del Este a fines de los años ochenta.

En América Latina y en Chile, el concepto de la sociedad civil se actualizó en el discurso político e intelectual de la década de los 80'. En esa época, su contenido estaba fuertemente marcado por el contexto de la lucha contra la dictadura militar y por los derechos humanos y ciudadanos que habían sido atropellados. Por esto, su uso se asociaba a movimientos sociales, a acciones de protesta en contra del régimen autoritario, al proceso de autogestión, incluso, para algunos, lo civil era lo no militar.

Con el resurgimiento de las reflexiones en torno a la sociedad civil de alguna forma se pretendía explicar autocríticamente el desarrollo de los acontecimientos



que terminaron con el Golpe militar. Se pone así un cuestionamiento a las visiones estructuralistas del marxismo y se valida el rol de la cultura en los procesos de construcción de hegemonía desde la sociedad civil.

Como todo concepto de las ciencias sociales, éste tiene una variedad de matices en su uso y definiciones. El contenido de las definiciones va a estar fuertemente influenciado por los procesos históricos que nutren los debates y reflexiones del ser humano.

El concepto de sociedad civil clásico, fue abordado inicialmente por los Pensadores ilustrados escoceses. La principal característica del pensamiento escocés era su tendencia "*secularizadora*" entendiendo por ésta el interés por lo auténticamente humano, y no antirreligiosidad y ateísmo. (Cancino y Ortiz; n/d)

El concepto de sociedad civil también es utilizado en la tradición filosófica política del iusnaturalismo donde la sociedad civil suele ser equiparada con la sociedad política o con el Estado.

Por otra parte, la idea de sociedad civil se desarrolla en la tradición hegeliano-marxista donde la sociedad civil es asociada al sistema de necesidades y sus formas de organización (Hegel), a la sociedad burguesa (Marx) y al momento de la hegemonía cultural en la superestructura (Gramsci).

Por su parte, una visión marxista del concepto hace la distinción entre sociedad civil burguesa en contraposición con la sociedad civil proletaria. Gramsci incorporó al concepto de oposición de clases, un ámbito cultural, identificando a la sociedad civil "como aquella que media entre las clases -dominada y dominante-, en los sistemas capitalistas." (Sperberg, n/d)

En la perspectiva de Gramsci, la sociedad civil es el ámbito político, cultural, legal y de la vida pública, la cual ocupa una zona intermedia entre las relaciones económicas y el poder político. Esta definición plantea que, sin dejar de relevar la importancia de la estructura económica en los procesos de comprensión de los

fenómenos sociales, la lucha se debe desarrollar en el plano de la cultura, siendo requerimiento contraponerle a la hegemonía burguesa una hegemonía proletaria, de esta forma la sociedad civil puede hacer un aporte positivo a la revolución socialista. (Ibid)

Una perspectiva liberal explica el concepto de sociedad civil como lo No Estado, es decir, como una sociedad de mercado autorregulada e independiente del Estado.

Esta visión del tema, privilegia la esfera de libertad de sus integrantes frente al Estado, y la sociedad civil dueña del mercado (propiedad privada de los factores productivos) tiene que defenderse de los intentos de control y subordinación por parte del Estado, así como también de los individuos que con acciones antisociales ponen en riesgo su propiedad. Desde esta perspectiva la sociedad civil debe poner el énfasis en el ejercicio de los derechos individuales de los miembros de la sociedad.

Según Pérez Díaz, citado por Cansino y Ortiz (op.cit), la tendencia histórica al crecimiento del Estado debía de ser contenida y revertida. Por lo tanto la responsabilidad del Estado debía de ser reducida en favor de los mercados, privilegiando la capacidad autorreguladora de empresas, familias e individuos. El supuesto que trasciende es ofrecer mayor poder a la sociedad civil permitiendo que una parte cada vez mayor de responsabilidad fuera asumida por las unidades últimas de la sociedad: los individuos. Es decir, la sociedad civil adquiere mayor confianza en sí misma, sus organizaciones se flexibilizan y los individuos recuperaron mayor libertad para tomar sus decisiones, cuando el Estado se repliega en el ámbito económico y social.

Lo que se lee en este análisis es que la sociedad civil se fortalece si el Estado aminora su poder de regulación sobre las esferas económicas y sociales. Explicando de esta forma que al reducir y abandonar su intervención en estos ámbitos, aporta a fortalecer la sociedad civil.

Lo anterior es coherente con las políticas neoliberales, las cuales tuvieron como objetivo establecer un marco de leyes e instituciones que permitieran a los mercados abiertos desenvolverse sin ningún obstáculo. A la par se instrumentaron políticas de liberalización y privatización cuyo objetivo era reducir la supervisión estatal de distintas actividades económicas.

Para la mirada liberal *“la sociedad civil sería una suerte de categoría residual, que se refiere a todas aquellas relaciones que caen fuera del ámbito de acción del Estado y que no están reguladas por éste.”* (Bobbio citado por Aguilar; 2006: 3)

El concepto se encuentra fuertemente vinculado al concepto de Estado, siendo éste preeminente en la relación, es decir, la sociedad civil “es lo que no es Estado”. Esto se asocia a los conceptos lo público – lo privado, siendo lo público el ámbito del Estado y siendo lo privado el ámbito de la sociedad civil.

Al mismo tiempo se hace el paralelo entre lo político y lo social, definiendo la esfera de lo político como la acción del Estado y la esfera de lo social como la acción de la sociedad civil.

En consecuencia, *“la sociedad civil representaría ese ámbito de relaciones sociales no reguladas políticamente y que muchos identifican con el ámbito de lo privado, de las relaciones entre individuos privados sin mediación ni regulación de una entidad externa y superior a estos mismos individuos.”* (Ibid: 4)

En esta concepción, la sociedad civil se debe expandir en el mercado, o en otras palabras, la economía debe copar el ámbito social.

Otra perspectiva del tema ha sido el enfoque que equipara a la sociedad civil al concepto del “tercer sector”, es decir, aquello que no es Estado y no es Mercado. Siendo el mercado aquel que opera con una racionalidad económica orientada a la

obtención de ganancia (lucro) y el Estado aquel que opera con una racionalidad política orientada a la toma de decisiones de la gestión pública para el bien común.

Dentro de este concepto esta la precisión de "sector sin fines de lucro", donde se ubican las organizaciones o instituciones privadas, autónomas que desarrollan un acción social de colaboración fuera del Estado y del Mercado, con trabajo voluntario, sin obtención de ganancias.

Otra visión es la que se plantea desde el BID quien define "organizaciones de la sociedad Civil como un mecanismo colectivo que promueve la confianza, al tiempo que confiere legitimidad a la vida pública y sus instituciones" De La Maza (2000 (b)) cita PNUD/BID. En esta definición se rescata el rol de las Organizaciones de la Sociedad Civil como interlocutores válidos en el proceso de definición y desarrollo de las políticas, siendo la alianza entre ellas y las entidades de Estado y las empresas privadas una estrategia para alcanzar un desarrollo sostenible.

La noción de sociedad civil que adscribe De La Maza (Ibid) es la siguiente "la sociedad civil tendría dos componentes principales: por un lado, el conjunto de instituciones que definen y defienden los derechos individuales, políticos y sociales de los ciudadanos y que propician su libre asociación, la posibilidad de defenderse de la acción estratégica del poder y del mercado y la viabilidad de la intervención ciudadana en la operación misma del sistema ... y el conjunto de los movimientos sociales que continuamente plantean nuevos principios y valores, nuevas demandas sociales, así como vigilan la aplicación efectiva de los derechos ya otorgados". Es decir que la sociedad civil es más que la suma de las organizaciones y que la suma de organizaciones es algo diferente a la sociedad civil, siendo relevante el sentido y acción de esas organizaciones en la sociedad.

*"En esta concepción no cabe esta distinción tajante de la sociedad civil de los sectores del Estado y el Mercado, ya que la sociedad civil está entrelazada con las dinámicas políticas y económicas, que la condicionan internamente"* (De la Maza (a);

Op.cit:17) Es así que el fortalecimiento o debilitamiento de la sociedad civil, expresado en sus organizaciones y proyecciones, se ve determinado por las características del modelo económico y político del país.

Dentro de las características de la sociedad civil, que destacan algunos autores, está la heterogeneidad de las organizaciones que la conforman, no siendo relevante el tamaño como sí su significado el cual debe ser reconocida por su aporte a la integración de la sociedad, por su rol en las instancias de ejecución de políticas sociales y por su potencialidad para crear un espacio económico y social en el que tenga fuerza la reciprocidad y la solidaridad. (Aguilar; op.cit)

Entonces, para su definición no puede considerar solo su forma jurídica, ni su función dentro de la sociedad, debe entenderse en relación a lo que ocurre en el sistema formado por las instituciones del Estado y del Mercado.

*“El debate en torno a esta noción de sociedad civil es eminentemente político y se divide principalmente entre quienes ven en ella el surgimiento de un nuevo poder que dará origen a un nuevo proyecto político superador del neoliberalismo, trascendiendo a la crisis de los socialismos contemporáneos y quienes la conciben como una estrategia de democratización autolimitada que busca hacer compatible a largo plazo la lógica del mercado, las necesidades y estructuras del sistema político y las necesidades de la reproducción sociocultural”* (De la Maza(a); op.cit: 10)

Por su parte el Gobierno de Chile, por medio de la Secretaría General de Gobierno, en el marco de la política pública de participación ciudadana, entiende el concepto de sociedad civil como “todos aquellos individuos o grupos que, distinto de aquellos que representa el Estado, conforman un tejido social autónomo, distinguible y específico, que puede ser representado por actores definido o no, y que son potenciales destinatarios de las políticas públicas” (SEGEOB, 2005)

Frente a la diversidad de matices frente al concepto de sociedad civil, se hace necesario realizar una definición que considere a la sociedad civil como un espacio

social donde se reivindican derechos tanto políticos como sociales, enfrentando así las desigualdades originadas en el ámbito económico. Lo anterior implica la necesidad de contar con un sistema democrático que garantice los derechos políticos de sus miembros. Por otro lado la definición debe considerar que la sociedad civil es un concepto relacional que incorpora a otros actores con los que establece relación.

La definición que propone Sperberg es la siguiente *“la sociedad civil es un campo de acción relativamente autónomo dentro del cual grupos e individuos persiguen sus intereses sociales y políticos de forma voluntaria, no- violenta, e interrelacionados con instituciones estatales en el ámbito nacional y local”* (Sperberg: Op cit; 136)

Esta definición supone ciertas características, por un lado la existencia de una relación de desconfianza entre la sociedad civil y el Estado, ya que esto permite el desarrollo de una de las funciones de la sociedad civil, cual es, el control y la limitación del poder estatal.

La desconfianza entre los actores en juego se ve regulada por los procedimientos y las normas democráticas de convivencia que ambos actores aceptan como parte de las reglas del juego.

A su vez, la sociedad civil debe ejercer control sobre si misma a través del desarrollo de estructuras democráticas al interior de sus organizaciones. Al mismo tiempo debe desarrollar la suficiente autonomía que le permita ejercer su rol como entidad externa al Estado y al mercado, sin que su compromiso con algunas de las partes distorsione su representación social.

### **Democracia y desarrollo de la sociedad civil.**

Como mencionamos anteriormente el concepto de sociedad civil de la década de los 80 estaba marcado fuertemente por una orientación antiestatal, toda vez que el Estado estaba bajo el dominio de la dictadura y los movimientos sociales tenían

claramente definido, dentro de sus reivindicaciones la lucha contra ese Estado autoritario.

Con el retorno a la democracia, gran parte de los líderes políticos asumen funciones en el aparato estatal formándose una nueva elite gobernante. Así entra en juego un conjunto de actores estatales que ponen en primer plano el aspecto relacional de la sociedad civil, pero desde una perspectiva de poder distinta a la anterior.

El mayor énfasis puesto en las relaciones con las autoridades políticas, así como la creciente dependencia del Estado, han tenido como consecuencia una pérdida significativa de autonomía por parte de la sociedad civil en las sociedades redemocratizadas, lo cual, desde un punto de vista de gobernabilidad, puede ser funcional a las necesidades de una transición democrática pactada.

La autolimitación se propone evitar tanto demandas excesivas como también el uso de métodos antidemocráticos, para no desestabilizar a los nuevos y frágiles procesos de transición. (Ibid)

La sociedad civil en democracia tiene dentro de sus funciones el ejercicio del control ciudadano de las instituciones estatales, a partir de los procesos de evaluación de la aplicación y evaluación de las políticas públicas.

Además la sociedad civil cumple el rol en la profundización de la democracia en los ámbitos político, social y económico, al reivindicar, a través de distintas modalidades de expresión, los derechos sociales y políticos.

Como la sociedad civil se define en relación con otras instituciones, se hace fundamental reconocer la forma de gobernar de sus autoridades de gobierno (governance), es decir, si existe la estructura y la posibilidad política real de participar y dar respuesta a las demandas.

El grado de institucionalización de la sociedad civil va a influir en el tipo de participación social predominante, pudiendo tener dos opciones sobre la cual desenvolverse, por un lado la participación pasiva, en que los beneficios de las políticas sociales se reciben en forma individual, o la participación activa donde los sujetos tienen un carácter más colectivo y pueden incidir diferenciadamente en las decisiones de la administración del Estado.

La definición de sociedad civil implica también la adopción de valores democráticos como son la no violencia, la tolerancia y la imparcialidad, los que constituyen un consenso sobre una base normativa mínima. Este consenso implícito es justamente el común denominador de la pluralidad de los grupos pertenecientes a la sociedad civil.

En relación al uso de la violencia, no se espera el uso de la agresión y amenaza a personas, toda vez que ello violenta los derechos básicos de los individuos. Sin embargo, se valida el uso de acciones de desobediencia civil, o sea, los bloqueos de carreteras, las ocupaciones de oficinas o de tierra y las huelgas ilegales, que, dependiendo de la definición de violencia, pueden también incluir acciones de fuerza.

Para Cohen y Arato citado por Sperberg (Ibid) “La institucionalización de las acciones de la sociedad civil es viable, porque las autoridades están sensibilizadas frente a un problema social, y también están concientes del potencial de amenaza que provendría de una sociedad civil fuera del sistema legal concluyen que, desde un punto de vista histórico, la desobediencia civil ha sido el motor de la creación y de la expansión tanto de la ciudadanía, como también de la democracia. Además, este tipo de acciones se sitúa en los límites de la concepción de sociedad civil.”

Podemos identificar tres tipos de patrones de relación entre Estado y sociedad, los que a menudo se mezclan: el tecnocrático, el populista y el ciudadanoista. (Ibid)



El patrón tecnocrático, es aquel que sólo persigue la solución de problemas técnicos y menosprecia la participación. En este caso, algunos dirigentes negocian con las autoridades políticas el ingreso a los programas sociales.

Por su parte, el patrón populista se basa en relaciones privilegiadas entre algunos «caciques» de la sociedad civil y el Estado. La participación de la población sólo se presta para presionar a las autoridades al movilizar a grandes grupos.

Por último, el patrón ciudadanista hace hincapié en los derechos sociales y políticos. Aquí la participación de la sociedad civil en diferentes tipos de acción es primordial.

En la sociedad civil no se logra una integración horizontal y la formación de movimientos sociales con lógicas de acción homogéneas producto de la falta de coordinación de cada uno de los patrones de relación sociedad civil y Estado.

Haciendo una breve reseña histórica podemos decir, que en el periodo previo a la irrupción de la dictadura, la sociedad civil en Chile se caracterizaba por la preponderancia de los partidos políticos sobre las organizaciones de interés en el ámbito social. La integración de los grupos organizados de la sociedad se realizaba por medio de la sociedad política, la que articulaba los intereses de estos grupos hacia el Estado.

Durante la dictadura la sociedad civil fue diezmada en su integridad a partir de los atropellos a los DDHH y a la desintegración de las organizaciones políticas y sociales que la representaban. “Después de 17 años, cambió la matriz de relación entre Estado y sociedad hacia una mayor autonomía entre los diferentes subsistemas de la sociedad: economía, sociedad civil y política, Estado.” Garretón, citado en Sperberg (Ibid)

Esta autonomía es relativa, ya que el predominio de un estilo de gobierno tecnocrático ha hecho que la sociedad civil de los pobres dependía cada vez más de

las instituciones estatales. Esto, junto con la dispersión y segregación territorial de los servicios ha propendido a la atomización de la sociedad civil.

Se puede distinguir una tipología de la sociedad civil de los pobres urbanos, desde esta perspectiva tenemos a: los gestionistas (18%), los contestatarios (16%) y los combinadores (combina gestiones con actos contestatarios, 25%). El resto se reparte entre los inactivos (8%), los solo electores (26%) y los militantes políticos (7%). (Ibid)

Los gestionistas, dicen relación con el conjunto de actividades perteneciente a la estructura institucional de participación local, comprende, por lo tanto, la actividad en juntas de vecinos y comités de vivienda u otros. Los objetivos de estos grupos es resolver los problemas concretos que afectan a la comunidad en su totalidad.

En estos grupos los individuos delegan su participación al grupo, por lo que nos permite hablar de una participación colectiva. El carácter instrumental de la participación y la referencia a problemas cotidianos produce como consecuencia la existencia de un nexo directo entre la participación como gestionista y los resultados que se obtienen a través de ésta, esto puede ser estímulo para comenzar a participar o para no abandonar el grupo.

Las gestiones se hacen mediante contactos políticos, que generalmente son presentadas por delegaciones o dirigentes. En Chile estas «gestiones» se realizan cada vez más postulando a un proyecto. El tipo gestionista tiene una gran afinidad con el patrón tecnócrata de relación entre Estado y sociedad y se destaca por restarle importancia a la autoayuda y exigen al Estado la solución directa de sus problemas.

Por su parte, los contestatarios pertenecen al grupo de participación no-convencional, es generalmente ilegal, no está institucionalizado, participar en él puede ser muy peligroso y sus acciones suelen ser de corta duración.

En estos grupos las acciones de protesta y desobediencia civil se dan mediante ocupación de oficinas, invasión de terrenos, manifestaciones y huelgas ilegales. Estas actividades contestatarias pueden servir de punto de partida para movimientos sociales, siempre y cuando las autoridades políticas hagan oídos sordos de las demandas y los conflictos se agudicen. Como fue en el caso de los estudiantes secundarios el año recién pasado.

Este tipo es más común en aquellos barrios pobres donde existe una cultura de protesta y las tradiciones de conflictos pasados se transmiten de generación en generación por medio de dirigentes y organizaciones.

A diferencia de los gestionistas, los contestatarios ponen el énfasis en la autogestión, solo un 16% de ellos exigen del Estado una solución directa a sus problemas.

Los combinadores utilizan ambas estrategias: confrontativa e institucional. También tienen una visión relativamente equilibrada entre una actitud que privilegia la intervención directa del Estado y la orientación hacia la autoayuda. En comparación con las otras formas de acción, este tipo se caracteriza por tener una mejor percepción de la cohesión del barrio.

Estos tres tipos de acciones no se relacionan con partidos políticos y mantienen en cierta medida una autonomía relativa frente a las instituciones estatales. Sus acciones se orientan en gran medida hacia los problemas del entorno donde viven y tienen una estructura interna democrática. La tendencia de estas organizaciones es a desaparecer una vez solucionado su problemática lo que es coincidente con la lógica tecnocrática de la gestión pública.

Asimismo, con la excepción de los gestionistas, se puede notificar un cambio cultural en el sentido de que ya no se exige tanto la ayuda directa del Estado, sino que se vuelve cada vez más importante la voluntad de autoayuda (Ibid.).

Sin embargo, el significativo porcentaje de combinadores demuestra el dinamismo existente en el uso de formas de acción y de estrategias dentro de la «sociedad civil de los pobres urbanos».

La amplia existencia del patrón de combinadores demuestra el dinamismo de las expresiones de la sociedad civil, permitiendo inferir que el patrón tecnocrático no se ha impuesto en su totalidad.

## **2. Ciudadanía.**

### **La conceptualización de la ciudadanía**

Lo primero que hay que decir es que el concepto de ciudadanía no tiene sólo una acepción, como todo concepto se ve influenciado por el devenir histórico y por la evaluación del pensamiento del ser humano.

La ciudadanía como concepto moderno aparece inicialmente vinculado al concepto de ciudad, siendo el ciudadano el que habita y construye la ciudad. Bajo esa condición se le confiere derechos y deberes.

En la Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano de 1789 queda plasmado el concepto de carácter histórico, que pone al hombre como titular y tutelar de una serie de derechos “naturales e imprescriptibles” como la libertad, la propiedad, la seguridad, la resistencia a la opresión. Al mismo tiempo, reconoce la igualdad de todos los ciudadanos ante la ley y la justicia.

La concepción más tradicionalista del término lo vincula al derecho constitucional de elegir a los representantes o autoridades políticas, así como también al derecho de ser elegido para esos cargos. Específicamente “desde el punto de vista constitucional, ciudadanía es igual a titularidad de derecho político” (Urzúa, 2004)

Este concepto de ciudadanía pone el énfasis en el proceso de elección de los representados, el ejercicio del derechos a voto y en los procedimientos electorales,

de manera que aseguren la igualdad entre los electores. Por lo tanto la constitucionalidad del Estado de derecho es la base del mismo.

Desde esta perspectiva la ciudadanía como concepto tiene dos distinciones, a saber: los sujetos son individuos que tienen derechos independientemente de sus atributos o características personales y esos derechos son válidos dentro de una comunidad y más concretamente en un estado-nación.

T.H. Marshall citado por Urzúa (Ibid) el término lo define como “la pertenencia plena a una comunidad”, la pertenencia estaría dada por la participación de los individuos en la definición de las condiciones de su vida en sociedad. Y agrega, “la ciudadanía es el reconocimiento de derechos y deberes iguales, así como también de iguales libertades y restricciones y de no menos iguales poderes y responsabilidades. Ciudadanos son los titulares de esos derechos y, por lo mismo, los sujetos de los deberes correspondientes a ellos.”

La ciudadanía se puede dividir en tres partes o elementos: el civil, el político y el social. (Ibid)

El ciudadano civil incluye los derechos necesarios para la libertad individual: es decir la libertad personal, de expresión, de pensamiento y de fe religiosa, el derecho a la propiedad y a celebrar contratos válidos y el derecho a la justicia. Para Marshall, el derecho a la justicia es la condición necesaria para hacer valer los otros derechos antes mencionados.

Por lo tanto se hace necesario, para la existencia efectiva del componente civil de la ciudadanía, la existencia de tribunales de justicia donde todos pueden defender sus derechos en términos de igualdad y con un debido proceso. Por el contrario, las desigualdades frente al acceso a la justicia son muestras de una ciudadanía incompleta y que necesita ser reforzada tanto por la reforma de las instituciones del poder judicial como por medidas que faciliten el acceso de todos a la justicia.

La ciudadanía civil se encuentra reconocida explícitamente en la Constitución de nuestro país.

La ciudadanía política, en la categorización de Marshall, corresponde a la definición de ella formalmente aceptada en Chile por nuestra Carta Fundamental, referida al derecho a elegir a los representantes y ser elegidos en cargos de representación en los distintos cargos del país, desde el cargo máximo del poder ejecutivo hasta los concejales a nivel local, pasando por lo parlamentarios y alcaldes.

Por último, la ciudadanía social, es desarrollada por Marshall de manera más amplia y abierta que los elementos anteriores, incorporando todo los ámbitos desde el mínimo bienestar y la seguridad económica hasta el derecho a vivir de acuerdo los estándares de la civilización heredada socialmente. (Ibid)

Las instituciones vinculadas a esta dimensión de la ciudadanía son el sistema educacional, de salud y los servicios sociales en general que están incorporados en la concepción de un Estado benefactor.

La Constitución de 1980, en su artículo 19, reconoce formalmente el derecho a la ciudadanía social, al enunciar los derechos a la protección a la salud, a la educación, libertad de enseñanza, asociarse sin permiso previo, reunirse pacíficamente sin permiso previo y sin armas, sindicalizarse, libertad de trabajo y su protección, seguridad social, y otros nuevos derechos a los cuales nos referiremos más adelante.

Los derechos sociales, son un componente de la dignidad de la vida y pueden variar de un país a otro, además de cambiar en el tiempo. Esto es por que dependen del estado de desarrollo del país de su trayectoria y devenir histórico. Así los derechos que en algún momento histórico eran privilegio de algunos pocos, pueden pasar a ser derechos de carácter universal. Al mismo tiempo un derecho puede ser reivindicado por que no existe en la práctica un ejercicio real de él aun cuando pueda estar definido en los estatutos del país.

Al hacer una relación entre clase social y ciudadanía, se define que hay *fuerzas motoras* contradictorias: una de las fuerzas conduce a la producción y reproducción de desigualdades, en tanto la otra, impulsa y motiva la reivindicación como un derecho de lo que antes era un privilegio de algunos y que debe ser ejercido por todos. (Ibid)

En otras palabras, las desigualdades generadas en el mercado pueden enfrentarse y disminuirse por medio de la ciudadanía, como un el instrumento para propiciar cambios. De esta forma el fortalecimiento de la sociedad civil es un requisito para el logro de una sociedad más igualitaria y constituye por lo mismo una tarea constante.

Por último, es necesario que el ejercicio de la ciudadanía, que determina una serie de derechos, se encuentre acompañado del ejercicio de los deberes o responsabilidad de los ciudadanos para con su comunidad.

Los derechos son conocidos y socializados, mientras que los deberes son parcialmente incorporados en nuestro proceso de formación. Algunos deberes ciudadanos reconocidos son: el pago de impuesto, la obligación del acceso a la educación (enseñanza media completa), el servicio militar obligatorio, mientras que otros son más bien ambiguos y poco claros, Urzúa explica esto al decir que “como esa comunidad es demasiado grande para que los ciudadanos individuales sientan que tienen una obligación concreta hacia ella, una forma para hacer más visible un sentido de responsabilidad hacia la comunidad es desarrollar lealtades más limitadas, con la comunidad local y los grupos de trabajo.”

La definición que se realiza desde los Gobiernos de la Concertación, más específicamente desde la política de participación, declara *“la ciudadanía apunta a la idea de que los gobernados elijen a sus gobernantes, participan en la vida democrática y tienen conciencia de pertenencia a la sociedad. Más precisamente un elemento fundamental en la formación de la nación es la codificación de los derechos*

*y deberes ciudadanos. Así la ciudadanía remite a la idea de una estructura de derechos y responsabilidades de las personas en su relación con el Estado y la comunidad política” (SEGEOB; op.cit:32)*

### **Ciudadanía y democracia.**

En nuestro país la ciudadanía ha sido centrada a partir del enfoque de los derechos sociales, es decir como derecho a la educación, al trabajo, a la salud, a la seguridad social, a la protección de la maternidad y de la infancia, a la vivienda, etc. Pese a ser derechos garantizados en la Constitución, se constata que no hay un ejercicio real de estos derechos.

Con el desarrollo del modelo neoliberal a partir de las primeras incursiones realizadas en los años 80 y su posterior expansión en éste último decenio, ha producido un fuerte cambio en el concepto de ciudadanía tradicional.

Al recuperar los derechos civiles y políticos después de la Dictadura, el nuevo escenario político social imprime cambios a la organización de la sociedad civil y a los derechos sociales. Se percibe una pérdida de los derechos sociales.

Es así que los derechos ciudadanos se han limitado a los derechos civiles individuales frente al Estado, por ejemplo los derechos a la vivienda, al trabajo y la educación de calidad ya no son derechos universales garantizados por el Estado, han pasado a ser bienes que hay que consumir por medio de la compra de esos servicios o bienes en el mercado. Sólo en el caso de los sectores más empobrecidos el Estado asume la satisfacción de esos derechos a través de programas sociales focalizados.

La participación de la sociedad civil en los sectores más carenciados, se asocia al ejercicio de los derechos de la ciudadanía social, esto se traduce en la demandas para solucionar problemas de carácter social, como son mala condiciones de vivienda, de salud, de educación, entre otras.



Con la reinstauración de la democracia formal, entiéndase los derechos civiles y políticos, ha quedado en evidencia que la democracia social, es decir el ejercicio de los derechos sociales ha quedado en un segundo nivel.

El significado de la ciudadanía es un tema contemporáneo, en nuestro país adquiere más fuerza a partir de la implementación de políticas públicas orientadas al fortalecimiento la sociedad civil, es decir de las expresiones de participación y organización de los ciudadanos.

Para el efectivo desarrollo de la ciudadanía se requiere de condiciones sociales, institucionales y culturales que la faciliten. Lo cual entra en contradicción con el excesivo centralismo del Estado, una la débil cultura cívica centrada en racionalidad colectiva de valores e intereses y la complejidad del espacio público donde los valores se formulan, actualizan, defienden y representan.

*“De esta crisis de construcción de ciudadanía podemos decir, que hay ciertos contenidos que le son incuestionables; ser ciudadano es ser sujeto de derecho, es ser sujeto de deberes y responsabilidades, es ejercicio de derecho de participación y es pertenecer a una comunidad”.* (Navarrete; 2001: 141)

El desarrollo de una ciudadanía fuerte provocará una dinamización y profundización de la democracia. Donde la base de la ciudadanía activa en sus responsabilidades sociales se debe centrar en formas y dinámicas de relación cívica entre las personas. Es relevante, entonces la cultura que orienta las relaciones sociales, posibilitando la disposición de los ciudadanos hacia los asuntos colectivos, el sentido de pertenencia y la disposición hacia el otro.

*“La cultura cívica es comprendida como la presencia simultánea de tres elementos: disposición positiva a la cooperación con otros; adhesión a la democracia e interés por los asuntos colectivos.”* (Ibid; 145)

Según Taylor (Ibid: 146) *“una democracia ciudadana sólo puede funcionar si la mayoría de sus miembros están convencidos que su sociedad política es una empresa común de considerable trascendencia, y que la importancia de esta empresa es tan vital que están dispuestos a participar en todo lo posible para que siga funcionando como democracia, Tal participación no sólo requiere que los ciudadanos se comprometan con el proyecto común, sino que también se sientan especialmente vinculados con las demás personas que participan en dicho proceso. Quizás éste sea el punto que más amenaza la solidez de la mayor parte de las democracias contemporáneas”*.

Las personas son en última instancia los que dan cuerpo a los conceptos de ciudadanía y sociedad civil y democracia, en el ejercicio de sus vidas diarias en las relaciones e interacciones sociales. La sociedad toda, es por ende, una construcción social en la que interactúan múltiples actores que van dando forma, contenido y sentido a la sociedad.

## **CAPITULO III**

### **ENFOQUES CONCEPTUALES DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL.**

La participación es el componente central de nuestro objeto de estudio por lo mismo nos adentraremos en los distintos enfoques del concepto de modo de fortalecer los elementos teóricos que nos permitan realizar un proceso de elaboración de conocimiento que conjugue las distintas perspectiva de la participación enriqueciendo el análisis de la experiencia de investigación.

#### **1. El Concepto de Participación Social**

Cunill citado por Araneda (2002) plantea que tradicionalmente se asume que la participación social se refiere a los fenómenos de agrupación de los individuos en organizaciones a nivel de la sociedad civil para la defensa de sus intereses sociales. La participación social enunciaría la pertenencia y el hecho de tener parte en la existencia de un grupo.

Cabe señalar que diversos autores concuerdan con el planteamiento sobre la amplitud y ambigüedad del concepto de participación. El concepto hace dificultoso el tratamiento del tema desde una sola perspectiva; es así que la participación aparece por lo tanto, como un fenómeno social diverso, entendiéndose de acuerdo al contexto discursivo en el cual se instale. Estas diferencias dependen de distintos elementos entre ellos el plano político, social, económico, cultural, etc. desde donde se visualice.

Ya sabemos que acercarse a este tema es sin duda, enfrentarse a un proceso amplio y complejo, que envuelve a diversos sujetos y colectividades en toda su integralidad. Este concepto tiene una "multiplicidad de sentidos, su contenido transformador dependerá de sus intenciones, métodos y en gran medida de la forma

en que pase a formar parte de la vida subjetiva de los sujetos y el lugar que ocupen en sus hábitos y prácticas culturales". Vásquez citado en Figueroa (2001). Evidentemente también se vincula a la dimensión ideológica imperante.

Es de tal complejidad el abordaje de este concepto que la División de Organizaciones Sociales de la Secretaría General de Gobierno, entidad que trabaja con el tema de la participación social como uno de sus ejes centrales, en nuestro país, ha realizado múltiples intentos por definir el concepto, con resultados parciales, ya que hasta el día de hoy no existe una síntesis conceptual definitiva que de cuenta de todos los ámbitos, dimensiones y características del fenómeno.

Una de las descalificaciones que se hace continuamente a la participación social de manera frecuente, es considerarla como una integrante del reino de las utopías sin sentido de realidad. Esto se contradice con los hechos suscitados en la actualidad, ya que diferentes instituciones están adoptando la participación como una estrategia de acción en sus proyectos, incluso en varios casos se está institucionalizando como política oficial.

*"La participación no es simplemente una idea, sino una nueva forma de cooperación para el desarrollo".* (Kliksberg, 1999:2) Se reconoce especialmente las enormes potencialidades que este proceso juega en la profundización de la democracia y en el mejoramiento de la sociedad en su conjunto.

Es así que en la contingencia nacional la participación es percibida como una alternativa con ventajas competitivas para producir resultados positivos en relación a las vías tradicionales utilizadas en las políticas públicas. Esto pone en la esfera de la discusión a este fenómeno, ya que se pone al servicio de la sociedad civil, en función de dar solución a severos problemas sociales que hoy agobian a buena parte de la población, considerándola como un instrumento efectivo, como una oportunidad.

Es por esto que en este capítulo y para efectos de esta investigación que se desarrolla, la participación será concebida en torno a 3 áreas fundamentales:

- a.- Como un proceso de toma de decisión
- b.- Como un proceso de consolidación de la democracia y
- c.- Como un mecanismo de control ciudadano.

### **Participación Social como proceso de toma de decisiones.**

Diferentes organismos, tanto nacionales como internacionales, proponen un concepto de participación que permite orientar las decisiones desde la perspectiva de los diferentes intereses que se encuentran conjugados en la realidad social.

En este sentido, Hopenhayn (1988) hace referencia al concepto de participación propuesto por Naciones Unidas, como la Influencia que existe sobre el proceso de toma de decisiones en todos los niveles de la actividad social y en todas las instituciones del Estado.

Por otro lado Gyarmaty plantea que la participación *“es la capacidad real, efectiva del individuo o de un grupo de tomar decisiones sobre asuntos, que directa o indirectamente afectan sus actividades en la sociedad y específicamente dentro de la institución en que trabaja”*. (Gyarmaty, 1992: 9)

Es así que la participación, como influencia en la toma de decisiones, denota la capacidad que poseen los individuos y grupos sociales de decidir sobre aquellas cuestiones que directa o indirectamente le afectan, con lo cual la participación, tiene relación inmediata con reales instancias de toma de decisiones, en donde el sujeto se transforma en actor social, es decir, en el protagonista de su vida, asumiendo un rol activo en tales decisiones.

A su vez Pearse y Stiefel citados en Hopenhayn (Op.cit) plantean que la participación se refiere a los esfuerzos organizados por incrementar el control sobre los recursos y las instituciones reguladoras del Estado en situaciones sociales dadas,

por parte de grupos y movimientos sociales e incluso de aquellos excluidos de tal control. Es así que la participación aparece estrechamente remitida al acceso colectivo en la toma de decisión.

Es por esto que la participación hace más sujeto al sujeto, ya que efectivamente permite mayor control sobre su propia vida y sobre los cambios que se producen en el entorno en que se desenvuelve; permitiéndole a éste tener un acceso más adecuado a bienes y servicios socialmente producidos. Si la participación lo ayuda a integrarse a procesos colectivos no excluyentes y si refuerza su autoestima, esta participación lo convierte en sujeto.

Sin duda la mayor motivación que guía cualquier acto de participación, es ser sujeto y dejar de ser objeto de políticas sociales, esta motivación compromete a la existencia humana como tal, ya que la participación tiene sentido cuando está fuertemente ligada a la humanización, es decir, cuando la sociedad se ve involucrada en el proceso de toma de decisión libera potencialidades que se encontraban inhibidas, dejando de ser instrumentos de otros, población objetivo de políticas, pasando a ser los protagonistas de sí mismos, protagonistas de las decisiones que les atañen.

Toda participación es un medio y al mismo tiempo un fin, ya que por un lado constituye un instrumento que permite ser mas sujeto al sujeto, pero al mismo tiempo este ser más sujeto, procura entre otras cosas mejorar el potencial de participación que éste posee. Dicho de otro modo, a mayor participación, mejores posibilidades de participaciones posteriores.

En este sentido, la participación debe ser entendida como el camino para la toma de decisiones por parte de la sociedad, ya que por medio de ésta, la sociedad civil se fortalece y se organiza. El proceso de toma de decisiones consiste en hacer partícipe a la sociedad en el diseño de las políticas sociales que se ejecutan, haciendo uso no tan sólo de su voz y voto, sino que también considerando su opinión en todo el proceso que conlleva su elaboración, de tal manera que el colectivo sea

capaz de gestionar las áreas de importancia que ellos han definido previamente como tales.

La participación, requiere en el proceso de toma de decisiones, que la sociedad civil maneje e interprete la información necesaria para precisamente poder tomar decisiones de manera conciente. El acceso a esta información le permitirá entonces, prestar una mayor atención a las acciones emanadas del Estado, para elegir las opciones que están acorde a sus intereses. La información que debe manejar la sociedad civil, está directamente vinculada a las decisiones que se pueden tomar en beneficio de ella, de lo contrario, sin información no existe posibilidad alguna de participar efectivamente en la toma de decisiones, con lo cual se puede llegar a deslegitimar las acciones emanadas de la sociedad.

Para que la sociedad civil ejercite su derecho a intervenir y decidir en asuntos locales que afectan su vida cotidiana, se requiere la transferencia de poder a instituciones locales y éstas, a su vez, deben transferir ese poder a sus bases sociales. Es así como la participación deja de ser asimilada como un proceso en donde la ciudadanía es un mero espectador, si no que más bien se asimila como la transformación de los sujetos a sujetos políticos cuyos derechos y responsabilidades involucran una acción de crítica y control ciudadano que trasciende los intereses particulares y los intereses del Estado.

### **Participación Social como consolidación del Sistema Democrático**

*“En América Latina se aspira a reemplazar la democracia pasiva por una democracia inteligente, donde el ciudadano esté ampliamente informado, tenga múltiples canales para hacer llegar continuamente sus puntos de vista, no sólo la elección cada tantos años de las autoridades máximas, y ejerza una influencia real constante sobre la gestión de los asuntos públicos” (Kliksberg, Op.cit: 23)*

Es por esto que se están desarrollando positivos y crecientes procesos de fortalecimiento de la sociedad civil, aumentando a diario el número de organizaciones

de base, mejorando sus capacidades de acción, con lo cual se está enriqueciendo el tejido social.

La consolidación de la democracia es entendida como la recuperación y el afianzamiento del Estado de derecho, a su vez esta consolidación recae en la efectiva participación que puede ejercer la sociedad civil.

Es así que la participación impulsada desde el plano central tiene como fundamento el fortalecimiento del sistema democrático, por medio de asegurar las libertades sociales, culturales y políticas de toda la sociedad. Desde esta perspectiva, podemos visualizar que la participación es 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 citada en Fernández (2004)

Por eso este tema hace alusión a *“la construcción de una sociedad democrática y participativa, lo cual supone una real y efectiva redistribución del poder en los ciudadanos, a objeto de involucrarlos en la toma de decisiones”* (Figueroa; Op.cit: 8)

La forma primaria de participación política en la actualidad es la participación electoral. *“La participación social constituye en los regímenes democráticos la forma de completar las estructuras de la democracia política tradicional. Dicho de otro modo, la democracia política se profundiza en una democracia social en la que las personas participan, además del plano político tradicional, en las decisiones que les conciernen más directamente, en todos los niveles y más específicamente en el plano social y económico y cultural”* (Ibid: 11)

La participación dentro del contexto democrático ha impulsado la integración de los distintos sectores de la sociedad en las políticas sociales, materializándose en la creación de instituciones que tienen como objetivo incorporar a los sectores más marginados, en donde su intención es erradicar la pobreza, por medio de acciones



que permitan fortalecer las capacidades y potencialidades, de los sujetos involucrados, los cuales pasan a ser los protagonistas de su cambio.

Por otro lado la democracia actual propone traspasar la responsabilidad a la sociedad civil, un ejemplo de esto es el copago de distintos servicios, es decir el financiamiento compartido de iniciativas económicas sociales, las que son impulsadas desde el gobierno local, regional y central, en función de dar solución a las problemáticas sociales, por medio del aprovechamiento de las capacidades que posee la población. El traspaso de responsabilidad se traduce en la elaboración de proyectos sociales de toda índole, que durante su ejecución propone como agente de desarrollo a la población.

Pero sin duda la participación enfrenta fuertes resistencias, ya que en el discurso oficial ésta ha triunfado, se escucha permanentemente, desde los más altos niveles gubernamentales, y de los grupos sociales de alta influencia social, referencias a la necesidad de incrementar la participación en diferentes instancias, dándole prioridad a su incorporación en la sociedad democrática. Pero sin embargo, todo queda en el discurso, ya que los hechos, muestran una gran brecha con el declaracionismo al respecto. Existen investigaciones que han demostrado que en la práctica de la participación han encontrado con frecuencia inconvenientes, quedándose sólo en llamados a participar, los cuales no se han plasmado en una apertura efectiva de puertas, lo que ha generado frustraciones pronunciadas en numerosas comunidades.

En general, durante la década del 90' la participación social fue débil y las organizaciones históricas fueron perdiendo su peso tradicional. La democratización alcanzada no ha logrado involucrar a la ciudadanía en la toma de decisiones ni disminuir las desigualdades de poder existentes en la sociedad, todos ellos factores que limitan severamente el desarrollo de la sociedad civil. Ésta se ha expresado de un modo fragmentado y débil y se ha separado crecientemente de la institucionalidad existente, con la reorganización y reactivación parcial de algunos grupos. La

ganancia que puede mostrar es la conquista de mayores niveles de autonomía. De la Maza citado en Valdés (2001)

### **Participación Social como mecanismo de control ciudadano**

La participación también es considerada como parte del desarrollo de cualquier población, se participa en la medida que se es parte de la unidad social mayor. Es por esto que en la actualidad es el Estado el que asume la responsabilidad de crear las condiciones y procurar las posibilidades a los grupos sociales de participar. Se plantea que la construcción de una sociedad moderna se da sobre la base que todos los individuos participen de sus beneficios, que sean capaces de constituirse como sujetos de derechos con la posibilidad de participar en todas las instancias que así lo amerite, ejerciendo un control en las acciones emanadas del Estado.

Es así que bajo el término control ciudadano se entiende todas *“aquellas acciones, individuales y colectivas, destinadas a fiscalizar los actos de autoridades públicas, las políticas, programas y medidas que afectan a los sujetos en sus derechos”*. Instituto del Tercer Mundo, Arteaga citado en Valdés (Ibid). Dichas acciones se dan desde una ciudadanía activa, es decir, una ciudadanía interesada en participar en la creación del orden social, mediante actividades específicas que aporten de manera sistemática a la rendición de cuentas de la gestión realizada por los gobiernos a la sociedad civil.

Las políticas públicas, en la actualidad, es uno de los campos de disputa donde se ejerce y construye la ciudadanía, es aquí donde la idea de control ciudadano de la gestión pública de los gobiernos de turno cobra sentido, ya que este control tiende a fortalecer la capacidad de inclusión en la generación de propuestas de la ciudadanía, así como de la construcción de una cultura que reconozca la pluralidad y diversidad de los actores participantes en ella.

En la medida que se va realizando este ejercicio ciudadano, se van configurando los actores sociales, los cuales generan conciencia y nuevas prácticas, las que fortalecen la sociedad civil, como así también, amplían el eje de los derechos y las responsabilidades implícitas en la noción de ciudadanía. Esto posibilita la creación de un nuevo entendimiento de la democracia y los derechos que poseen los ciudadanos, ampliando la democracia representativa. *“Estos conceptos suponen la existencia de Estados democráticos con sociedades civiles activas y espacios institucionales receptivos a buscar soluciones eficaces y participativas”* (Ibid: 43)

El control ciudadano se materializa en la medida que los Estados han asumido compromisos internacionales como nacionales, los cuales pueden ser vinculantes, como las Convenciones y no vinculantes como los documentos y resoluciones aprobadas en Cumbres y Conferencias.

En este caso, el control ciudadano consiste, en la identificación y valoración del grado de cumplimiento que ha alcanzado el país respecto de los compromisos adquiridos. Esto se materializa en las acciones implementadas y en los cambios suscitados por las intervenciones que van superando los problemas que dieron origen a dichos compromisos. “En este sentido contribuye a fortalecer a la sociedad civil como protagonista de la acción pública, desarrollando nuevas formas de relación entre la ciudadanía y el Estado” Instituto del Tercer Mundo citado en Valdés (Ibid)

El control ciudadano posee dos características, es por un lado un derecho de todo ciudadano y por otro es un deber, es por esto que posee un doble desafío; por un lado debe hacerse cargo de que la gestión pública emanada desde el Estado sea transparente, informando a toda la ciudadanía sobre las medidas, programas y políticas implementadas por el gobierno para alcanzar lo comprometido y por otro lado debe evitar que los compromisos contraídos se implementen de manera deficiente.

Para que esto se concrete deben existir sujetos políticos capaces de hacer exigibles sus derechos y cumplir con sus deberes, esto quiere decir, que deben

cumplir con prácticas autónomas, deliberantes y participativas, ir más allá de una ciudadanía formal, que sean sujetos políticos activos.

Es por esto que a diferencia de una ciudadanía formal se propone la construcción de una ciudadanía activa, la cual en primer lugar pone la noción de responsabilidad ante cualquier suceso, lo que supone tener la capacidad de tener una visión independiente, de participar frente a los asuntos públicos, de formar parte de manera directa de los temas que indiscutiblemente les afectan. Es así, como lo plantea Vargas citado en Valdés (Ibid) esta ciudadanía se expresa en distintos niveles, “a nivel individual, como participación; a nivel social como responsabilidad, solidaridad, cooperación en la esfera público-estatal; a nivel político, como exigencias de fiscalización y rendición de cuentas de lo público-político” Es una ciudadanía que va más allá de los intereses individuales, sino que plasma los intereses colectivos en sus acciones, todo esto a partir del sentido de responsabilidad y de justicia.

La ciudadanía activa entiende la responsabilidad desde dos perspectivas distintas, por un lado la responsabilidad ante alguien, la cual hace alusión al deber objetivo, es el dar cuenta de las obligaciones que competen según el cargo que se ostenta, corresponde a la rendición de cuentas (accountability), en que el no cumplimiento de las obligaciones respectivas pueden dar pie a un castigo social, es lo que en la actualidad se realiza en todas las reparticiones públicas del Estado de Chile, como una medida de dar cuenta de las acciones realizadas por dichas entidades durante el año anterior.

Por otro lado la responsabilidad es entendida como la responsabilidad por lo que se hace, ya que va más allá de las obligaciones específicas de cada sujeto, estas responsabilidades son aquellas que están guiadas por la conciencia del ser humano, las que pueden incluso quebrar las normas establecidas, en el esfuerzo por constituir el orden deseado. Un ejemplo de esto es el caso de la lucha por los derechos humanos que se han suscitado en una serie de países de Latinoamérica producto de la presencia de dictaduras militares en décadas pasadas.

Aquí interesa la acción que realiza la ciudadanía desde los derechos y la responsabilidad cívica, al Estado le corresponde la obligación de rendir cuentas y a la sociedad civil la responsabilidad de ejercer el respectivo control ciudadano y desarrollar la ciudadanía activa, la cual le corresponde. Esto significa que todo Estado posee una responsabilidad con la ciudadanía y ésta por otro lado posee la responsabilidad de exigir en suma conciencia el derecho a tener derechos, y por supuesto el cumplimiento de los compromisos que estos Estados han adquirido internacionalmente.

Es así que la ciudadanía emerge como un asunto político, como parte de un proceso que toda sociedad debiera construir, el cual está fuertemente vinculado a la negociación de intereses de dicha sociedad. La regulación de estos intereses sociales se da en el escenario político, lo que se traduce en que toda participación será controlar e influir en las decisiones en base a los derechos y poderes que se poseen. Con esto se potencia la capacidad ciudadana de actuar en el debate, la gestión y la fiscalización de toda acción política, con autonomía y poder.

La responsabilidad ciudadana, en la actualidad, está en construcción, este proceso se presenta de manera heterogénea y desigual.

La autonomía es un requisito fundamental de toda ciudadanía activa, este concepto indica el grado en que cualquier sujeto, como ente social, se apropia y dirige su vida, es por esto que toda autonomía *“depende de procesos complejos y múltiples, los que son la individuación, la construcción de identidad y el empoderamiento”* (Ibid: 41). Para que se desarrollen niveles altos de autonomía es necesario que se reconozcan los contextos de poder y transformarlos por medio de la acción individual o colectiva, como así también por medio de la decisión, con esto se estará potenciando una autonomía efectiva, la cual posibilitará desarrollar actitudes de control y vigilancia al gobierno de turno.

Cabe señalar que en Chile, la ciudadanía ha sido tradicionalmente definida desde el Estado, pero sin duda cada vez los espacios públicos han tomado gran

importancia en la construcción de ésta, pero es evidente que el Estado sigue siendo el referente de la sociedad actual, en el cual se representa la población en su conjunto y por lo demás aún sigue siendo el ente social que garantiza los derechos de todos los ciudadanos, es por esto que el crecimiento de la ciudadanía activa garantizará la efectiva gestión de todo gobierno por medio del control que los ciudadanos realicen de la gestión que éste impulse.

## **2. Aspectos de la Participación Social**

Para posibilitar el entendimiento de este capítulo se hace necesario especificar una clasificación de los diferentes niveles de participación, es así que Orrego citado en Noé (1997) los menciona:

- Manipulación: cuyo objetivo es construir apoyo de la comunidad mediante participación "nominal" como medio de relaciones públicas, ej.: comités asesores.
- Información: información unilateral acerca de derechos, responsabilidades y opciones, que tiende a efectuarse en las etapas finales de planificación, ej. asambleas o cabildos, medios masivos de comunicación, panfletos, póster.
- Consulta: levantamiento de opinión de los ciudadanos, que no asegura que se tengan en cuenta a los ciudadanos implicados, ej. encuestas, audiencias públicas, encuentros con los vecinos.
- Conciliación: implica algún grado de influencia a través de la inclusión de ciudadanos en los directorios de agencias de la comunidad, y corporaciones de educación y salud.
- Asociación (partnership); redistribución del poder a través de negociaciones entre ciudadanos y autoridades, ej., Comités de planificación y mecanismos de mediación.
- Poder delegado: los ciudadanos dominan las decisiones sobre un programa específico
- Control ciudadano: los ciudadanos gobiernan el programa o institución.

Por otro lado Arnstein citado en Pacheco (2001: 37) plantea que existe una escalera en la participación, la cual es ascendente, en donde los últimos peldaños son los niveles en donde no existe participación, ya que el Gobierno manipula y proporciona terapia al “Juan pueblo”. En los niveles intermedios existe una tendencia a no incluir la voz de la sociedad en la toma de decisiones, en los niveles máximos se da que los ciudadanos gobiernan junto con los gobernantes, por que son capaces de tomar sus propias decisiones. Esto es lo que en las sociedades democráticas, es decir en una democracia efectiva, se pretende lograr.

A continuación se presentará la escala de participación de Arnstein citado en Pacheco (Ibid).

|                   |                           |
|-------------------|---------------------------|
| Control Ciudadano | Grados de poder ciudadano |
| Poder Delegado    |                           |
| Alianza           |                           |
| Aplacamiento      | Grados de mantenimiento   |
| Consulta          |                           |
| Información       |                           |
| Terapia           | Grados no participación   |
| Manipulación      |                           |

Según Lima citado en Fernández (op.cit) la participación posee diferentes aspectos, los cuales los reconocemos como psicológico, sociológico, socioeconómico y político.

1. Aspecto psicológico: bajo este ámbito se pretende observar la participación desde 2 perspectivas, por un lado desde la acción y por otro desde el comportamiento. Es así que este ámbito de la participación se fundamenta a partir de los valores que motiva la integración de los actores que componen la

sociedad a las respectivas organizaciones sociales o comunidades. Las acciones que el colectivo emprenda se fundamentarán en aquellas características que éstos posean y en todos aquellos valores que la cultura en la cual se encuentra inmerso le haya legado.

A partir de la acción emprendida se establecerá el tipo de participación que se de, la cual estará fundada en los valores que el individuo posea, es así que se manifestará el interés por aquellas áreas generales o específicas seleccionadas.

2. Aspecto sociológico: la participación en este ámbito se manifiesta cuando el sentido de pertenencia de los individuos, está relacionada a una organización social de base. La participación deambulará en 2 sentidos, desde la acción hasta el compromiso y viceversa, aquí no importa el ser parte de una organización, sino que las diferentes actividades que se desarrollen en dicha organización, lo cual involucra directamente obligaciones, vínculos desarrollados y responsabilidades generadas en las diferentes experiencias que ha desarrollado la organización. Es así que el individuo participa desde la organización, en donde su acción integrará los principios más importantes que se definieron en perspectiva de conseguir el desarrollo y autonomía de la organización.
3. Aspecto socioeconómico: 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”*. (Ibid: 37).

Este aspecto de la participación establece correlación entre las relaciones de propiedad con las de apropiación y las de posesión, es decir, en la medida que la clase trabajadora determina y define la forma en la cual asume el proceso de producción, considerando sus diferentes etapas, se estaría dando algún tipo de participación. Es así que se participa en la medida que se juega un rol en el proceso de creación de riquezas, y es aquí donde entra en juego la



discusión acerca de los salarios, la calidad de trabajos y la seguridad laboral, ya que lo fundamental de esta participación es el reconocimiento de los derechos de los trabajadores, lo cuál se materializa con la creación de organizaciones sindicales activas y autónomas. La intención última es lograr una buena calidad de vida para los trabajadores, en donde el resultado es una mejor remuneración.

4. Aspecto político: el escenario de este aspecto de la participación es la democracia, la cual es el proyecto de sociedad. La implementación de esta participación se enmarca en la capacidad que se tiene de adoptar decisiones políticas coherentes y realistas; es decir, que los actores sociales tengan participación, tengan poder de decisión o que se inicie un proceso contralor sobre los equipos directivos.

En este aspecto la participación está fuertemente ligada a la ideología, a los partidos políticos y a todo tipo de organización que el individuo adopte, de esta manera se aspira a construir una mejor sociedad. Lo que se pone en juego en este tipo de participación es el tema del poder, los antagonismos sociales y las manifestaciones que buscan la igualdad y emancipación del ser humano en la sociedad.

Por otro lado tenemos que la participación a su vez, posee una serie de aspectos, los cuales los podemos visualizar como ventajas comparativas, los resultados arrojados después de implementar modelos participativos son positivos, muy por sobre otros modelos organizacionales de corte tradicional como los burocráticos y paternalistas, en general los programas sociales, *“tienen lo que se podría llamar suprametas”* (Kliksberg; op.cit:10), ya que todo programa, desde su elaboración, se desea que sea eficiente, es decir, que haga un buen uso de los recursos, y que a su vez contribuya a mejorar la equidad, generando sostenibilidad en la población, favoreciendo la conformación de capacidades que fortalezcan a la comunidad y que ésta a su vez siga con dicho programa durante el tiempo.

Al mismo tiempo, la participación en sí como proceso social cambia a sus mismos actores, ya que potencia a los grupos sociales más desfavorecidos, hace crecer la confianza en sus propias capacidades, y contribuye en su articulación, lo que se traduce en un mejor posicionamiento para luchar por sus derechos e incidir de manera efectiva en la sociedad, materializándose en su incorporación como ciudadanos activos en la elaboración de la política social que directamente les atañe.

Por último el informe sobre desarrollo humano de las Naciones Unidas centrado en participación señala que “una participación mayor de la población no es más que una vaga ideología basada en los buenos deseos de unos pocos idealistas. Se ha convertido en un imperativo, una condición de supervivencia” Naciones Unidas citado en Kliksberg (Ibid).

Es así que la participación implica devolverle a la población un derecho que le pertenece, producto de que es parte sustancial de la identidad básica del ser humano, ya que eleva su dignidad y le abre grandes posibilidades de desarrollo y realización, es por esto que trabajar por la participación es en definitiva luchar por los derechos humanos más básicos, los que con frecuencia, en la realidad actual; silenciosamente, se han transgredido.

### **3. Perspectivas teóricas de la Participación Social.**

La participación es un tema fundamental en la realidad social de la actualidad, es así que para profundizar más sobre esta temática se hace necesario realizar una breve descripción teórica acerca del tema.

Por un lado la participación desde una perspectiva del Desarrollo Humano, puede ser visualizada como *“un medio y un fin. Por un lado, la opinión y conocimientos de los intereses y preocupaciones de la población ayudarán a elevar al máximo el aprovechamiento de las capacidades humanas, constituyéndose en un medio para elevar los niveles de desarrollo económico y social. Sin embargo, en forma adicional ese mejor aprovechamiento de las capacidades de cada individuo*

*también le permitirá realizar todo su potencial, lo que se constituye un medio en sí mismo*” (Figuerola, op.cit: 5)

Es así que la problemática de la participación surge como una manera de satisfacer las necesidades existenciales y de realización del ser humano, todas estas necesidades vinculadas con la creación de riquezas tanto materiales como espirituales, para el beneficio de algunos como de otros, implementándose en escenarios que preferentemente buscan el consenso en las manifestaciones de lucha, por medios políticos contra situaciones de desigualdad producto del proceso de acumulación de riquezas.

Pero sin duda la problemática de la participación está fuertemente vinculada a las emergencias en las relaciones sociales que se generan al interior de la sociedad civil, esta sociedad la podemos entender como aquella en la cual se aglomeran un conjunto de relaciones, dentro de las cuales encontramos las relaciones de producción, como así también las relaciones de distribución y el conjunto de organizaciones sociales que representan los diferentes intereses.

Por otro lado la participación puede ser entendida *“como un proceso cuyas contradicciones determinan los conflictos colectivos, siendo ella misma su elemento de superación”* (Fernández; op.cit: 40), es decir, la sociedad civil al promover relaciones sociales donde prime el orden, por medio de una interacción armónica y de respeto entre los individuos, la participación social perseguirá ese fin, en donde se constituirá una comunidad moral con normas y valores socialmente establecidos y compartidos, con lo cual se logra una reorganización moral y social, lo que conlleva a mantener relaciones sociales armónicas entre los individuos y su entorno más cercano.

Desde la perspectiva del conflicto, la participación, puede ser entendida como aquella que muestra como un medio y fin todo acto de emancipación, de libertad, en donde la modificación de alguna relación de dominación es su fin último. Es así que

se visualiza al hombre como un ser autónomo, construyendo un sistema social fundado en principios de autogestión y superación del individuo.

Según Gyarmaty, (op.cit) existen tres formas de entender la participación, las que se basan particularmente en el concepto de poder, ya que sin éste la participación es ilegítima.

La primera visión es la **unidimensional**, ésta centra la atención en el comportamiento manifiesto de los diversos individuos o grupos implicados en asuntos que provocan debate público, los que son generados por conflictos de intereses claramente percibidos por la sociedad, las decisiones que se toman favorecen a una de las partes antagónicas que se encontraban en conflicto. Los hechos que pueden ser analizados dentro de este enfoque son: Los conflictos entre sindicatos y empresas, las luchas políticas partidistas en torno a asuntos legislativos.

La segunda visión es la **bidimensional**, de acuerdo a esta perspectiva el poder verdadero a menudo se ejerce no en la toma de decisiones, sino restringiendo el debate de aquellos asuntos o áreas que los sectores que detentan el poder consideran seguros o inocuos, en que la estabilidad del sistema que les favorece no está en juego. En otros términos es la decisión de no tomar decisiones. Es el poder de evitar innovaciones en asuntos que, por ser objetivamente conflictivos podrían conducir a decisiones contrarias al status quo.

Uno de los métodos más seguros de sofocar, aislar y desactivar los problemas que atenten la posición e intereses de la elite dominante consiste en definirlos como "Asuntos técnicos". Cuando un asunto es definido en esta categoría se evita explicitar los factores ideológicos y políticos que subyacen las decisiones que se tomen en torno a él. Lo ideológico desaparece bajo el velo de la "neutralidad científica". Esto permite transformar los asuntos sociales y éticos en asuntos tecnológicos y de administración. Se reduce así la participación del público en general.

Esta tecnificación se da en todos los niveles y ámbitos del quehacer social. En la economía, educación, en el desarrollo urbano, en salud pública.

Y por último la visión **tridimensional**, ésta critica a las dos anteriores por el hecho de que ambas centran su atención en casos de conflictos manifiestos, de posiciones antagónicas observables, en donde intereses y posiciones en conflicto son conscientemente articulados, y cuando uno de los sectores impone su voluntad ya sea tomando una decisión o evitando que se tome, en contra de la voluntad de los otros.

En esta perspectiva se trata de impedir que la sociedad pueda tener quejas, moldeando sus percepciones, sus conocimientos y preferencias de tal modo que ella acepte su rol en el ordenamiento existente de las cosas. Ve la situación como algo natural e inmutable, porque estima que las cosas son dispuestas así por la divinidad y son beneficiosas.

Es así que se corta, de este modo, en sus raíces toda posibilidad de que surja un conflicto organizado entre los sectores dominantes y los sectores subordinados y postergados. En resumen esta dimensión incluye como aspecto fundamental del poder, la capacidad de evitar que conflictos latentes se puedan convertir en conflictos manifiestos, reconocidos por la población como tales. Dentro de esta última categoría de poder se ubica la “participación dependiente” que no es sino otra forma de alienación.

La nuestra es una sociedad alienada no porque reduce a la gente a la miseria o porque impone políticas restrictivas, sino porque manipula e impone conformismo.

## **CAPÍTULO IV**

### **LA SALUD UN CONCEPTO EN DESARROLLO**

A lo largo de esta tesis, se han abarcado una serie de temas, los cuales tienen directa relación con el motivo de esta investigación, es por esto que para terminar esta parte del estudio, marco teórico, se hace necesario incluir un último capítulo, el cual se circunscribe al área temática de este estudio, la Salud, el cual a continuación se presentará.

El estado de la salud de la población del mundo, es una constante preocupación de toda la humanidad. Es así que a partir de 1948 la salud es considerada Derecho Humano que posee todo ciudadano, esto se expresa en la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su primera declaración, en ella se enuncia que todo hombre tiene derecho a conservar su salud y, en caso de que se enferme, a poseer los medios para curarse. A partir de este reconocimiento muchas organizaciones mundiales, entre ellas la Organización Mundial de la Salud (OMS), trabaja los contenidos relacionados con la temática, en todo el mundo, a partir de esta premisa.

A pesar de la importancia del tema, es difícil poder definir o explicar el concepto de salud, ya que ésta puede ser entendida desde diferentes perspectivas. La lógica que opera en la definición de salud y enfermedad, es una lógica que busca causas, alternativas y consecuencias, sin embargo existen diferentes premisas, ya que diferentes visiones culturales del mundo, hacen que existan distintas percepciones y observaciones del mismo fenómeno, resultando en definitiva, diferentes explicaciones de la enfermedad. Es así que existen una serie de medicinas, entre las cuales tenemos, medicina oriental o alternativa, medicina tradicional o aborígen, medicina popular, medicina occidental, etc.

En la medicina occidental, también conocida como alópata, la existencia de diferentes perspectivas del proceso salud-enfermedad se remontan a los inicios de la humanidad, las visiones del proceso han cambiado a lo largo de la historia, siendo; un agente constante de cambio, la proliferación de distintas enfermedades infecciosas, todas ellas respondiendo a diferentes contextos; tanto históricos, sociales, culturales, económicos, políticos, etc., otro agente de cambio en la concepción del proceso salud-enfermedad, es sin duda la misma evolución que ha sufrido la especie humana.

Es así que para efectos de este estudio, el término salud es entendido como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (OMS en OPS: 2001, 11) Esta concepción del proceso salud-enfermedad, surgió en el año 1946, bajo el alero de la OMS, la cual hizo reflexionar al mundo médico en el desarrollo de nuevas estrategias que posibilitarán la comprensión integral del proceso salud-enfermedad, ya que esta nueva definición comenzó a considerar nuevas dimensiones, tales como psicológicos, sociales, culturales, políticos, etc., las que anteriormente no estaban incorporadas.

## **1.- Evolución histórica de la medicina occidental.**

### **Orígenes de la Medicina.**

A lo largo de la historia de la humanidad el concepto de salud-enfermedad ha tenido diversas significaciones. Podemos ver como en la era paleolítica la concepción del proceso era *“mágica”*. Los brujos en esta época tenían gran influencia y todo proceso anormal era atribuido a una causa sobrenatural. Por otro lado, el sacerdote era una figura importante, era considerado el doctor, el cual espantaba los malos espíritus o el demonio que producía la enfermedad. (Donoso (b); op.cit)

En la cultura Griega, se comienza a ver este proceso de manera racionalista y naturalista del cosmos y del hombre, alejada de la magia y las supersticiones místicas- religiosas. Dentro de esta cultura, la salud era el bien máspreciado, ya que sin ésta no podría existir la belleza. Para los griegos la enfermedad significaba desequilibrio, la desviación de la norma y su sanación pasaba por el retorno a la naturaleza. El dios de la enfermedad era Apolo, éste apartaba y desviaba el mal, por medio del dominio de la profecía y el oráculo, su hermana Artemisa, era la protectora de los partos y del crecimiento de los niños, pero sin duda el principal dios curador era Asclepio, hijo de Apolo y padre de las diosas.

Con la medicina hipocrática nace la medicina como un saber técnico, este es el acontecimiento más importante dentro de la historia universal de la medicina. Esta medicina surge a partir de Hipócrates, el cual desarrolla un modelo a partir de la teoría de Empédocles, la cual plantea que todas las partes del organismo están compuestas de cuatro humores, todas ellas en proporciones variables, estas son; sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema o pituita. La enfermedad, bajo este modelo, surge en la medida que exista un desorden de la naturaleza en relación a estos cuatro humores. (Magliozzi; 2006)

La medicina hipocrática dura alrededor de 300 años, a partir del siglo VI a.C. Esta medicina sustituyó de la explicación sobre la salud y enfermedad todo elemento mágico-religioso o sobrenatural, por una teoría circunscrita a la esfera del hombre y la naturaleza.

### **Medicina en la Edad Media.**

Según Magliozzi (Ibid) la medicina desarrollada durante este periodo recibió sus principales impulsos del arte terapéutico de Grecia y Roma. La enfermedad se entendía como el deterioro de los humores, y esto se evidenciaba a través de la observación de la orina, ya que no contemplaban el interior del cuerpo. La sanación del organismo estaba circunscrita al consumo de remedios vegetales, animales y minerales.



Se planteaba además que la preponderancia de uno de los humores determinaba las disposiciones temperamentales del ser humano, el triste melancólico, se haya dominado por la hiel negra; el tedioso flemático acusa el predominio del mucus.

Aunque dentro de la medicina de Hipócrates se había desterrado todo elemento mágico-religioso, dentro de la edad media cristiana se concebía que la enfermedad era producto de la maldad y los pecados de la gente, como así también la presencia de Satanás, y su sanación se obtenía por medio de la ayuda espiritual de la iglesia y la medicina de los santos.

### **La medicina del siglo XVIII y XIX.**

Uno de los elementos más significativos de este período es el paso de una sociedad medieval a una burguesa, lo que trajo consigo la proliferación de enfermedades venéreas y cutáneas, producto de la aglomeración en núcleos urbanos. Existe una mayor incidencia de fiebre tifoidea en asentamientos urbanos carentes de higiene pública, por otro lado en las grandes ciudades existe gran porcentaje de afecciones histéricas, como producto de cambios psicosociales en la vida de la población.

Cabe señalar que durante el transcurso de esta etapa de la evolución de la medicina, comienza a surgir la designación de tipos de enfermedad, tanto en agudas como crónicas. Las enfermedades agudas son aquellas enfermedades producidas por una alteración interna poco conocida, *“en cuya sintomatología predominaba la fiebre, intervenían la influencia del medio ambiente sobre la especie morbosa, la localización del humor exaltado en la sangre, la constitución del enfermo y la mayor gravedad de los morbos agudos.”* (Battistella. G; n/d: 5)

Las enfermedades denominadas crónicas, son aquellas que proliferan producto del régimen vida de la población, la más importante fue el raquitismo.

Durante este periodo, se habla por primera vez de la medicina social, llevándose a cabo importantes avances en salud pública, pasando a primer plano la idea de la prevención de las enfermedades, en donde se visualiza como causa de éstas, las condiciones sociales. Es por esto que se mejoran las condiciones higiénicas de los hospitales y las cárceles, así también se comienza con la canalización de las aguas.

### **La medicina de mitad del siglo XX.**

En relación al concepto de salud-enfermedad, precisamente en este siglo, es cuando se han producido los mayores cambios, la salud se ha tecnificado y los estudios complementarios han invadido la práctica médica, dejando de lado la relación médico-paciente.

Se ha avanzado en la incorporación de modelos preventivos, pero sigue existiendo el modelo empírico clínico, el cual pone énfasis en el reconocimiento de toda la historia de la enfermedad, en perspectiva de construir métodos para su curación.

Es en esta época cuando se desarrollan una serie de visiones médicas, las que agudizan y profundizan el saber científico del área, alguna de ellas son; visión anátomo-clínica (estudio de las partes del cuerpo humano), visión fisiopatológica (estudio del funcionamiento de las partes del cuerpo humano), visión etiopatológica (estudio de las causas, el origen de la enfermedad), visión epidemiológica (estudio de la frecuencia de las enfermedades).

La necesidad de la época, de ir comprendiendo a cabalidad la enfermedad como un fenómeno físico, que impacta y modifica al cuerpo humano, fue consolidando, a partir de los avances ya descritos, una concepción dominante del proceso salud-enfermedad, la cual se centraba en la causalidad, en la regularidad de los fenómenos, en la objetividad y en la contrastación empírica. (Donoso (b); op.cit)

Este paradigma estaba sostenido en los postulados positivistas, los cuales se comenzaron a consolidar, ya que el abordaje de los problemas de salud estaba basado en él.

## **2.- El abordaje de la medicina por medio de paradigma biomédico.**

Este paradigma de abordaje de la medicina occidental, se consolida a mediados del siglo XX, producto del creciente y sostenido desarrollo tecnológico que se emancipó durante esta época.

El paradigma biomédico, se instituye como un fundamento científico del diagnóstico de las enfermedades, como así también en su tratamiento. Dentro de sus particularidades se señalan su concepción biologista, de orientación curativa, con una relación médico-paciente asimétrica, excluyendo el saber del paciente. A su vez este modelo se basa en la incorporación de hallazgos clínicos con datos de laboratorio y datos de anatomía patológica.

Por otro lado, el modelo biomédico, *“está influenciado por el pensamiento newtoniano-cartesiano*, La principal característica es su enfoque reduccionista, que explicaría este concepto con la teoría de que todos los aspectos de un organismo podrían entenderse reduciéndolos a sus constituyentes más pequeños estudiando los mecanismos de interacción entre ellos” (Battistella; opt.cit: 2)

Algunas de sus características son; estudia el cuerpo humano como si éste fuera una máquina, la enfermedad como un daño a la máquina y el médico como el mecánico de esa máquina. A su vez, al cuerpo y mente, los concibe como cosas distintas, para su estudio y tratamiento. Por último la enfermedad la entiende como producto de una causa, es por esto que es un método unicausal.

Una de las críticas que se hace a este modelo es que deja afuera todo lo relacionado con la esfera psicosocial, en donde la cultura, la religión, los hábitos, etc., no tendrían participación en el proceso de salud enfermedad.

Por otro lado existe una ineficiencia en el modelo, ya que sus actividades están centradas en lo curativo y asistencial, sostenidas en la especialización y en el uso intensivo de tecnología. A su vez el desarrollo de una práctica médica deshumanizada, la que desconoce la subjetividad del paciente, como así también las condiciones del contexto, hacen posible el surgimiento de nuevas propuestas y perspectivas de abordaje del proceso salud-enfermedad.

### **3.- El abordaje de la medicina por medio del nuevo paradigma bio-psico-social.**

Los mayores cuestionamientos al modelo biologista, se inscriben a mediados del año 1960 - 1970, durante la crisis sociopolítica que atravesaba el mundo. Es así que en 1977 George Engel estructura los postulados de un nuevo paradigma, el modelo biopsicosocial. (Magliozzi; Op.cit)

Este nuevo paradigma, se sustenta entre otras en la teoría general de sistema, la cual pretende superar el carácter reduccionista del modelo anterior.

Cabe señalar, que este nuevo paradigma, no pretende negar ni reemplazar los aportes científicos-técnicos del modelo biomédico, sino que procura realizar una contribución al entendimiento del complejo proceso salud-enfermedad.

Desde esta nueva perspectiva de entender el proceso, queda de manifiesto que la enfermedad se va a entender estrechamente ligada a la persona humana, considerando su subjetividad, su historia de vida, las condiciones sociales, económicas, culturales, medioambientales, etc., que la determinan. Es por esto que este nuevo modelo es multicausal, el cual entiende la enfermedad como resultado de diversos factores, entre ellos; químicos, físicos, ambientales, socioculturales, muchos de ellos relacionados con el modo de vida y el trabajo desarrollado.

Una vez que se incorpora esta nueva visión del proceso salud-enfermedad, se detecta la necesidad de precisar un marco conceptual común que permita separar sus componentes principales. Sin este campo se ha hecho difícil trabajar en el área, es así que en el año 1974, el Dr. Marc Lalonde, Ex Ministro de Salud y Bienestar Nacional, de Canadá, desarrollo el modelo de campo de salud, el cual contiene cuatro amplios componentes; biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención de salud, estos componentes se analizaron a partir del examen de causas y factores básicos de la morbilidad y la mortalidad en Canadá, y como el resultado del análisis del modo en que cada elemento afecta el grado de salud en el país. (Battistella; Op.cit)

En relación a la biología humana, se plantea que este componente *“incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo”* (OPS; 1996(b): 3) Incluye los procesos de maduración y envejecimiento de la persona, como así también la herencia genética y los diferentes aparatos internos del organismo.

El componente del medio ambiente, *“incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control”* (Ibid; 4). El ser humano por sí sólo, no puede garantizar la pureza de los alimentos que consume, a su vez tampoco puede controlar los peligros que representa para la salud, la contaminación medioambiental, ni la prevención de la diseminación de enfermedades transmisibles.

En cuanto al componente estilo de vida, *“éste representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre los cuales ejerce cierto grado de control”* (Ibid;4) Cuando esas decisiones tienen riesgo de enfermedad o muerte, se puede decir que el estilo de vida de la persona contribuyó a la existencia de esos riesgos.

Por último en torno a la organización de la atención de salud, *“ésta consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud”*. (Ibid; 4) Incluye las diferentes prácticas que realizan la medicina y la enfermería, tanto en hospitales, servicios sanitarios, servicios públicos comunitarios, tratamiento dental, etc. Este cuarto componente se define generalmente como sistema de atención de salud.

El análisis del campo de la salud, produjo la identificación de las causas principales de enfermedad y muerte en Canadá, llegando a la conclusión de que el origen de éstas se encuentran en los primeros componentes señalados, es decir, en la biología humana, el medio ambiente y el estilo de vida. Por consiguiente es evidente que en la salud se gastan grandes cantidades de dinero en tratar enfermedades que, desde un principio, podrían haberse prevenido, es así que dentro del área surge como una metodología de intervención la prevención de las enfermedades.

A partir de los aportes teóricos del paradigma biopsicosocial, y del postulado del Dr. Marc Lalonde, se comienza a entender la salud-enfermedad como un proceso en permanente tensión y conflicto, apuntando a la búsqueda de una mejor calidad de vida de la población, la que está condicionada por las potencialidades, capacidades y limitaciones que las personas, las familias y las comunidades evidencian en el manejo de los recursos disponibles.

#### **4.- Conferencia de Alma – Ata, Atención Primaria de Salud 1978.**

A mediados de la década del 80`, el entendimiento de la salud se había convertido en algo más que el hecho de no estar enfermo, se entiende como parte de la vida diaria, como una dimensión esencial de la calidad de vida.

*“En este contexto, la calidad de vida, supone la oportunidad de elegir y obtener satisfacción por el hecho de vivir. La salud se considera como un recurso que proporciona a las personas la posibilidad de*

*manejar e incluso modificar su entorno. Esta visión de la salud reconoce la libertad de elección y subraya el papel del individuo y de la comunidad en la definición de su propia salud” (Ibid; 26)*

Con esta perspectiva, la salud deja de ser cuantificable no tan sólo en términos de enfermedad y muerte, sino que pasa a ser un estado que tanto individuos como comunidades intentan lograr, y no algo que sucede únicamente como consecuencia de un tratamiento o la curación de alguna enfermedad.

Es así que en el año 1978, en Ginebra se celebra la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma- Ata, con el fin de proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.

A continuación se reseñarán algunos de los puntos más importantes contenidos en la declaración de Alma – Ata. En ella se reafirma el concepto de salud es elaborado por la OMS en 1946, como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, a su vez se plantea que la salud es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo. (OMS, 1978(a)).

Por otro lado se realiza un reconocimiento internacional del concepto Atención Primaria de Salud (APS), ya que ésta es la principal estrategia para alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000, mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales. (Ibid). A su vez plantea que la APS es *“la asistencia sanitaria esencial basadas en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (Ibid: 19)*

A su vez esta declaración contó con el reconocimiento de cuatro principios básicos de la APS los cuales son; i) accesibilidad y cobertura universales en función de las necesidades de la salud, ii) compromiso, participación y autosostenimiento individual y comunitario, iii) acción intersectorial por la salud y iv) costo-eficacia y tecnología apropiada en función de los recursos disponibles. (OPS, 2003(c))

A partir de esta conferencia los estados miembros de la OMS, *“han establecido y puesto en marcha estrategias nacionales de atención primaria basadas en el desarrollo de componentes prioritarios: extensión de la cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente; organización y participación de la comunidad para su bienestar; desarrollo de la articulación intersectorial; desarrollo de la investigación y de tecnologías apropiadas; disponibilidad y producción de productos y equipos críticos; formación y utilización de recursos humanos; financiamiento sectorial, y cooperación internacional.” (Ibid: 1)*

Es así que, al mirar hacia atrás, se pueden visualizar una serie de intentos por dar respuesta a la problemática de la salud, esta declaración fue uno de los hitos más relevantes dentro de la historia de la salud, pero sin duda con la Carta de Ottawa, se comienza a cimentar las nuevas concepciones del proceso salud-enfermedad.

## **5.- Carta de Ottawa, Para la Promoción de la Salud en 1986.**

La carta de Ottawa, fue ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo, en donde se hace necesario reconocer los factores sociales y ambientales, como así también los estilos de vida como elementos fundamentales de la promoción de la salud. Por otro lado la carta, subraya la necesidad de incrementar las oportunidades a fin de que las personas puedan hacer elecciones saludables en temas específicos, y para que esto suceda es necesario proporcionar información, educación en salud y mejorar las capacidades del equipo de salud.



Dentro de sus postulados encontramos; que lo esencial dentro del área es la promoción de la salud, la cual consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. A su vez plantea que al poner como eje central la promoción, es necesario proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial, como así también desarrollar una participación efectiva y concreta de la comunidad, en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. (OMS, 1986 (b))

La Carta de Ottawa hace referencia al carácter intersectorial de la promoción de la salud, así como la importancia de incorporarla dentro de las políticas públicas en salud y que exista por parte de la comunidad usuaria un empoderamiento del tema.

*“Se han desarrollado, a partir de esta carta, múltiples experiencias de promoción de la salud en los entornos donde la gente vive, estudia y trabaja. Estos son los más reconocidos ejemplos de la aplicación de las cinco acciones estratégicas de la Carta de Ottawa: el establecimiento de políticas públicas saludables profundizado a partir de la Declaración de Adelaide (1988); la creación de entornos saludables desarrollado a partir de la Declaración de Sundsvall (1991); la participación de la población en acciones de salud pública y de atención primaria fortalecida con la Carta de Bogotá; las habilidades personales fortaleciendo la comunicación social y la educación en salud profundizado en la Carta del Caribe; y la reorientación” (OMS; 2006(c): 1)*

En un balance histórico, se puede señalar que la Carta de Ottawa reforzó los planteamientos surgidos en la conferencia de Alma – Ata, así como las teorías de determinación social surgidas en América durante la década del 80'. Además esta carta influyó de manera positiva en las políticas públicas en salud de los países del continente.

## **6.- El concepto actual del proceso salud-enfermedad.**

El sintético recorrido realizado a priori, de la medicina occidental, deja en evidencia que ésta no crece en una sola dirección, sino que existen diferentes corrientes que nacen, se desarrollan y luego son reemplazadas por otras formas de entender la enfermedad.

Esto es útil para no dar un valor único y absoluto a un modelo de atención médica, ya que el saber médico prevaleciente en un período determinado, es simplemente el más adecuado para aquel contexto, cuando ese contexto cambia, sin duda que cambiará el modelo médico existente.

La medicina occidental, ha demostrado una alternancia en el modelo predominante, ha pasado del extremo reduccionista al otro extremo holístico, ha pasado de la importancia dada al exterior a la importancia dada al interior del cuerpo, ha alternado el poder al médico al poder dado al enfermo. (Magliozzi; op.cit)

Es así que el proceso salud-enfermedad, desde la mirada de la medicina occidental, es sin duda, un todo dinámico. La salud y la enfermedad no son los puntos extremos de una recta, son más bien diferentes grados de adaptación al medio que rodea al ser humano, a los modos y estilos de vida que el hombre en su contexto desarrolle.

Desde la perspectiva antropológica de la medicina occidental, la enfermedad debe ser considerada como un acontecer humano que compromete a la totalidad del hombre y modifica las relaciones entre el individuo y su medio. (Ibid)

Producto de lo señalado a lo largo de este capítulo, queda claro que los fenómenos de salud ocurren dentro de un contexto social, cultural, económico, político, etc., Es así que el proceso salud-enfermedad posee ciertos determinantes, los que incluyen dimensiones individuales, sociales y ecológicas del ser humano.

En la actualidad, producto de los cambios epidemiológicos y demográficos, se presenta la oportunidad de mejorar la salud, la Medicina Social es aquella que se vislumbra como la corriente de pensamiento que responde a todas las incertidumbres existentes para seguir profundizando en el estudio de la salud-enfermedad, ya que esta medicina apunta al reconocimiento del proceso señalado por medio de la incorporación de marcos analíticos de las ciencias sociales interpretando a la sociedad y su historia. (Battistella; Op.cit)

El tratamiento de la salud, pasa por abordar las causas fundamentales de las enfermedades y de las inequidades en salud, ya que en el mundo, las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto y es así como este grupo de personas son las que poseen condiciones socio-económicas desfavorables y los mayores problemas de salud.

Este es el nuevo desafío de la salud, disminuir la inequidad y proveer de capital social a la población, en torno a un sistema de protección universal, ya que investigaciones realizadas demuestran que las diferencias de estado de salud entre grupos sociales, son menores en aquellos donde existen derechos reconocidos, posición económica y oportunidades mas igualitariamente distribuidos. (MINSAL, 2007(c))

**SEGUNDA PARTE**

**MARCO REFERENCIAL**

## **CAPITULO V**

### **MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA EN CHILE.**

Entender el proceso de modernización del Estado Chileno es fundamental para poder contextualizar los procesos de Reforma de la Salud y el rol de la participación dentro de una nueva perspectiva más integral e inclusiva del concepto de salud. Los cambios en el enfoque de la salud y la incorporación de la comunidad en la gestión de la misma se producen a partir de un proceso global de transformación de la gestión de la administración del Estado, el que junto con optimizar los procesos de gestión se orienta a que los ciudadanos puedan influir en los procesos de toma de decisiones de los distintos ámbitos de la vida que les afectan cotidianamente.

A partir de este análisis profundizaremos en los procesos de Modernización de la gestión pública que desarrolla nuestro país, partiendo por el contexto en que estas modernizaciones se desarrollan, reconociendo los preceptos que orientan la política de modernización y terminando por los componentes de la modernización, desarrollando con mayor profundidad, aquellos que dicen relación con la participación de la ciudadanía.

#### **1. El contexto de la modernización de la gestión pública en Chile.**

En América Latina y en nuestro país, a partir de la década de los 70', ha experimentado una serie de profundas transformaciones en todos los ámbitos de la sociedad. Lo anterior se explica al observar el contexto mundial caracterizado por la profundización de "la globalización, es decir, la creciente gravitación de los procesos económicos, sociales y culturales de carácter mundial sobre aquellos de carácter nacional o regional. Aunque no se trata de un proceso nuevo, sus raíces históricas

son profundas, los drásticos cambios en los espacios y tiempos generados por la revolución de las comunicaciones y la información le han dado nuevas dimensiones, que representan transformaciones cualitativas con respecto al pasado” (CEPAL; 2002: 13)

Junto a este proceso de globalización tenemos una revolución tecnológica, especialmente en la esfera de las comunicaciones, la información y el transporte, lo que ha permitido reducir los costos de éstos facilitando el acceso y el desarrollo de la transmisión de información en “tiempo real” Esto ha posibilitado una “gradual generalización de ideas y valores en torno a los derechos civiles y políticos, por un lado, y a los económicos, sociales y culturales, por el otro, que van dando sustento al concepto de ciudadanía global” (Ibid: 13) Junto con ésta permeabilidad positiva de los valores se ha producido una penetración de los valores propios de la economía de mercado en las relaciones sociales generándose una homogenización cultural en detrimento de la diversidad y los patrones culturales más tradicionales.

Chile no ha quedado al margen de este proceso de transformación, desde la década de los 70, se empieza a fortalecer el modelo económico neoliberal, lo que se traduce en la reducción del rol del Estado y la liberalización de la economía nacional abriéndola a los mercados internacionales y reduciendo al máximo las barreras de protección internas.

En el plano político tenemos un proceso de democratización que se reinicia en los años 90 con el término del régimen dictatorial. En el sistema político chileno persisten enclaves autoritarios que no permiten una manifestación real de la diversidad de expresiones políticas, sociales y culturales. En términos administrativos tenemos un proceso de descentralización incompleto que no permite acercar la participación a las personas, junto con eso se está en presencia de un descrédito de actividad política de las instituciones del Estado y un sistema de valores que pone el énfasis en la competitividad más que en la solidaridad, lo anterior incide en la baja participación social.

En términos socioculturales tenemos una población más conocedora de sus derechos y más demandante de servicios de buena calidad tanto del servicio público como de la oferta privada.

Los cambios producidos en el país en estas últimas décadas no se vieron acompañados, en el proceso, por cambios en la forma de conducir, administrar y gestionar el aparato estatal. En este contexto surge la necesidad de la transformación del Estado de modo de adecuarlo a las nuevas realidades tecnológicas, económicas y sociales del país.

La gestión pública del país presenta una serie de deficiencias que son requerimiento enfrentar, dentro de los problemas críticos tenemos las deficiencias financieras y administrativas en la gestión de los servicios y políticas públicas lo que se traduce en una deficiente oferta estatal a los usuarios.

Desde fines del siglo XIX e inicios del siglo XX la gestión pública chilena y su institucionalidad estaba marcado por las reformas administrativas que fortalecieron un modelo burocrático que ponía énfasis en la regulación legal de todos los procedimientos administrativos. Dicho modelo de gestión no daba respuesta eficiente a los cambios ocurridos en el escenario nacional y mundial.

La modernización sería el instrumento a través del cual se conduce a la modernidad de la gestión pública, entendiéndose por ésta “como la incorporación de nuevos enfoques de índole empresarial, tales como, reingeniería, Benchmarking, Outsourcing, cuya finalidad fue superar la administración burocrática que caracterizaba a los países menos desarrollados. (Doña; 2006: 9)

*“Este proceso modernizador fue adoptado del enfoque del Nuevo Gerencialismo o New Public Management, el cual se basó en la transición desde un paradigma burocrático de la Administración Pública hacia un nuevo paradigma Gerencial, que considera las transformaciones en el medio e incorpora elementos*

*probados con éxito en el mercado. De este modo, el modelo gerencial se convirtió en un aspecto fundamental para mejorar la capacidad de gestión del Estado, así como para incrementar la gobernabilidad democrática del sistema político". (Ibid: 9)*

## **2. Antecedentes recientes de la modernización del Estado chileno.**

Una breve reseña histórica nos permite decir que durante los años setenta, en el periodo del gobierno militar, se desarrollaron una serie de reformas estructurales que modificaron el aparato estatal y su rol en la sociedad. Dentro de estas reformas tenemos la regionalización y la racionalización administrativa del territorio, el traspaso de algunas funciones sociales, como la educación y la salud primaria a las municipalidades, la privatización de la salud y el sistema de pensiones (AFP) y la privatización de la gran mayoría de las Empresas del Estado.

A partir de lo anterior se debilita el sistema público reduciendo el rol que le correspondía tradicionalmente al Estado en la sociedad y debilitando la calidad de los servicios que se ofrecen a los usuarios. Lo anterior dio como consecuencia una administración pública deteriorada en su funcionamiento y poco flexible frente a las nuevas necesidades.

La administración de Patricio Aylwin se encontró con un sector público caracterizado por remuneraciones reales muy bajas, escasa posibilidad de capacitación, carencia de incentivo para el desempeño y débil capacidad operativa de las instituciones del sector social, especialmente salud. En otras palabras "los funcionarios en general carecen de costumbres y prácticas que favorezcan la coordinación organizacional horizontal, ni experiencias recientes de interacción desde el Sector Público con una comunidad que participe" (Ramírez; 2003(a): 6)



Junto con lo anterior, los problemas estructurales y de funcionamiento de la administración pública chilena, según Ramírez son los siguientes:

1. Disfunciones en la coordinación global de políticas.
2. Problemas de funcionamiento interno de los Ministerios.
3. Deficiencias en el ámbito de los Recursos Humanos.
4. Ausencia de Mecanismos de Planificación y Control de Gestión.
5. Insuficiencias en el Proceso de Descentralización y Participación Ciudadana.

Considerando lo anterior el Informe de Misión 1990 del PNUD propuso las siguientes líneas de acción para modernizar la gestión pública, las que a su vez son parte constitutiva del las Bases Programáticas del primer gobierno de la Concertación de Partidos por la Democracia:

1. Fortalecer la Coordinación de las Políticas Públicas.
2. Mejorar la eficiencia en el funcionamiento interno de los Ministerios.
3. Desarrollar los Recursos Humanos en la Administración Pública.
4. Perfeccionar el Proceso de Descentralización.
5. Impulsar el Proceso de Modernización de la Gestión Pública.

Si bien es cierto, durante el gobierno de Aylwin se evidenció una preocupación por los procesos de modernización, a través de la elaboración de estudios y propuestas coherentes acerca de las transformaciones del aparato público, no se realizó un proceso de implementación con el mismo énfasis ya que fue a fines de 1993 cuando se dio inicio, en cinco instituciones públicas, el Plan Piloto de Modernización.

Durante éste gobierno se entendió la acción modernizadora como la democratización de la estructura, toda vez que un Estado moderno debe ser profundamente democrático, es así que se inician procesos de democratización en el sector municipal y regional, se implementa un sistema de información en muchos servicios públicos y se crean nuevos servicios para enfrentar los problemas derivados de las violaciones a los derechos humanos, de los Jóvenes y de la Mujer (SERNAM; INJ, FOSIS, etc.)

La prioridad del gobierno de Aylwin en materia de modernización se centró en recuperar la capacidad Operativa de sector público, lo que se tradujo en: un persistente esfuerzo por mejorar las condiciones económicas de los empleados públicos, un aumento del gasto fiscal en los sectores sociales, fortalecimiento de la institucionalidad del sector social y recuperación, por parte de los funcionarios públicos, de su capacidad para dialogar con el Gobierno. (Doña; Op.cit 16)

### **3. Modernización del Estado chileno: empresarial - gerencial.**

Se puede decir entonces que el proceso de modernización del Estado comienza a implementarse con el Gobierno de Eduardo Frei Ruiz-Tagle el año 1994, el cual le imprimiera a la gestión pública un estilo empresarial – gerencial (Ibid)

Según Orellana (2004: 18) *“la modernización se inspiró en el modelo aplicado por Margaret Thatcher en el Reino Unido durante su gobierno entre los años 1979 y 1990”*. Así la orientación del proceso de modernización pone el énfasis en la generación de liderazgo gerencial, formación de elite gerencial, planificación estratégica de la gestión, indicadores y control de gestión, convenios de desempeño, descentralización, atención al usuario como cliente, el presupuesto como instrumento central, sistema de auditorias, es decir, la implementación de técnicas empresariales en el ámbito público.

Los contenidos del proceso modernizador recogieron el instrumental desarrollado en la empresa privada, especialmente la planificación estratégica y el control de gestión. Se aplican masivamente, especialmente la idea de que cada servicio debía tener sus programas institucionales de modernización sin que hubiese un intento de desarrollar las funciones horizontales, excepto en lo relativo a la evaluación del personal.

El contenido cultural se expresó en dos ideas centrales: modernizar es poner énfasis en los resultados superando la visión tradicional de centrarse en las normas y formas. La segunda idea es la de cambiar la relación funcionario-usuario que era de señor a siervo y concebir al usuario como centro de atención de la Administración, especialmente en lo que se refiere a mejoramiento en los sistemas de atención al público, informaciones y reclamos.” (Ibid: 15)

### **Comité Interministerial de Modernización de la Gestión Pública.**

Para la gestión del Presidente Frei Ruiz – Tagle “modernizar el Estado implica plasmar en acciones concretas los nuevos contenidos que inspiran el retorno a la democracia: equidad e igualdad de oportunidades, el abordaje de los grandes temas postergados, y la competitividad del país.... la modernización es un aspecto indispensable para garantizar el desarrollo económico y social del país, una adecuada inserción internacional y el bienestar de todos los chilenos” (SEGPRES; 2000(a): 17)

En el año 1994 se crea el Comité Interministerial de Modernización de la Gestión Pública a través de esto se “materializa una de las prioridades programáticas del segundo gobierno de la Concertación: poner a la administración del Estado al servicio de las necesidades de la gente” (Ibid: 8)

De esta forma se busca que el Estado cumpla el papel que le corresponde en el desarrollo del país dignificando el sentido y valor de la función pública.

Durante los años 1994 a 1996 se llevó a cabo el Plan Piloto de Modernización de la Gestión Pública, en el que participaron 11 servicios públicos. La implementación se estructuró en seis módulos metodológicos cada uno de los cuales se refiere a objetivos específicos a alcanzar en el proceso de modernización, los cuales son: la planificación estratégica, el escrutinio interno, el desarrollo de proyectos de modernización, el diseño de un sistema de control de gestión y el establecimiento de convenios de desempeño.

Los objetivos del Plan piloto se orientaron a:

- a) “Promover una nueva visión sobre la gestión pública, cambiando el foco de la atención desde los procesos hacia los resultados.
- b) Desarrollar nuevos instrumentos de apoyo a la gestión en los servicios públicos, como planificación estratégica, asignación de responsabilidades individuales y sistemas de evaluación de la gestión.
- c) Lograr mejoras en la eficiencia operacional y una mejor asignación de recursos.
- d) Redefinir la relación Dirección de presupuesto – Servicios, incorporando la fijación de metas y la evaluación de resultados.” (Doña; op.cit: 19)

El énfasis en los resultados y el desempeño puso la atención en las remuneraciones de los funcionarios. Durante este periodo se mantuvo el crecimiento de las remuneraciones y éstas se vincularon progresivamente con el desempeño.

La capacitación laboral fue otro aspecto abordado en el proceso de modernización, esto se canalizó a través de la puesta en marcha de un sistema de capacitación del personal.

Otro aspecto que se intervino fue la calidad de servicios, así en 1996 se aplicaron estudios tendientes a conocer la percepción ciudadana sobre los servicios públicos y estudios de clima organizacional. Los resultados de éstos y la definición de indicadores, permitieron establecer criterios para los programas de satisfacción de usuarios como las OIRS, el premio a la calidad, las cartas ciudadanas y el programa de simplificación del trámite.

### **Plan Estratégico de Modernización de la Gestión Pública.**

A partir de la misión institucional del Comité Interministerial de Modernización de la Gestión Pública y tomando en cuenta los aprendizajes desarrollados a partir del Plan Piloto, se define el Plan Estratégico de Modernización 1997-2000. Este documento entrega las orientaciones, directrices, fundamentos teóricos y prácticos para promover la modernización del Estado, por medio de él se pretende instaurar un modelo de gestión que se oriente a producir cambios en la cultura organizacional, fortaleciendo las competencias técnicas, políticas y sociales de los servicios públicos.

El Plan estratégico define prioridades y objetivos en coherencia con los siguientes principios: (Ramírez; 2001(b): 20)

- a) Probidad y responsabilidad, esto significa que los funcionarios del servicio público deben tener una conducta laboral correcta basada en valores como la honestidad, integridad, lealtad en el desempeño de su función y en concordancia con la misión institucional.
- b) Igualdad y no discriminación, es decir, los funcionarios no deben hacer distinción entre los usuarios tanto en el acceso como en la calidad del servicio.
- c) Transparencia, esto se refiere a que todo los servicios públicos debe otorgar el acceso a la información sobre su organización y gestión, lo anterior supone un diálogo y concertación con los usuarios.

- d) Accesibilidad y simplificación, este principio se orienta a buscar los medios para simplificar los trámites, disminuyendo los tiempos de respuesta y agilizando procedimientos. Se incentiva la creatividad en la búsqueda de soluciones, así como el diseño de normas y procedimientos claros y comprensibles para los usuarios.
- e) Gestión participativa, es decir, propiciar la generación de espacios de participación de los funcionarios y de los usuarios orientados a mejorar la capacidad de respuesta a las necesidades del servicio.
- f) Eficiencia y eficacia, vale decir, propiciar la entrega de un buen servicio en forma oportuna, accesible, precisa y continua, de modo de dar una solución efectiva al problema o necesidad que aborda el servicio.

Los objetivos prioritarios del Plan Estratégico son los siguientes:

- a) Constituir una red estable de servidores públicos que lideren y se comprometan con un Estado al servicio de la gente, capaces de innovar y adaptar nuevas tecnologías en gerencia y administración.
- b) Mejorar continuamente la certeza, seguridad, accesibilidad, receptividad y acogida que dan los Servicios Públicos y el Gobierno a la ciudadanía.
- c) Garantizar a la ciudadanía la transparencia y probidad en el desempeño de la función pública.
- d) Establecer una institucionalidad del Estado que permita mejorar la eficiencia, flexibilidad y coordinación en aquellas áreas del sector público de mayor complejidad y prioridad.

- e) Perfeccionar la gestión pública priorizando el logro de resultados, estimulando la eficiencia en el uso de los recursos humanos, financieros y tecnológicos e incorporando a la Administración Pública una cultura de la evaluación.
- f) Generar el discurso gubernamental relativo a la modernización de la gestión pública, posicionando el tema y las iniciativas impulsadas por el gobierno como componentes relevantes de la agenda pública de los próximos años.

Las líneas de acción generadas por el Plan Estratégico de Modernización de la gestión pública fueron las siguientes: (a) Gestión Estratégica, (b) Recursos Humanos en la Administración Pública, (c) Calidad de Servicio y Participación Ciudadana, (d) Transparencia y Probidad en la Gestión Pública, (e) Institucionalidad del Estado, Descentralización y Regulación. (f) Tecnologías de Información y Comunicación

#### **Línea de Acción Calidad de Servicio y Participación Ciudadana.**

De las anteriores líneas de acción propuesta, detallaremos aquella que dice relación con la participación ciudadana. La línea Calidad de Servicio y Participación Ciudadana propone que el principal objetivo de cualquier iniciativa de modernización de la gestión pública es servir mejor a la gente. Por lo tanto hay que realizar todos los esfuerzos para mejorar al máximo la calidad de los servicios y decisiones públicas. (Ibid)

Los principales Proyectos de ésta línea de acción son:

- a) Simplificación de procedimientos.
- b) Carta de Derechos ciudadanos – usuarios.
- c) Oficina de Información y Reclamos OIRS.
- d) Premio a la calidad.
- e) Programa de innovación.

La simplificación de procedimientos se orienta a reducir los tiempos de espera y respuesta, mediante la síntesis de información, la introducción de nuevas tecnologías y el rediseño de los procesos administrativos y puestos de atención a público. Se buscarán algunos proyectos pilotos que supongan un especial esfuerzo interministerial.

El Proyecto de Carta de derechos ciudadanos-usuarios se orientó a mejorar los servicios públicos y a introducir una cultura de calidad y responsabilidad en funcionarios y directivos. A través de estas cartas se busca que cada servicio explicita y consagre derechos específicos en términos de calidad de atención para sus usuarios, los cuales serán compensados en caso de no ser cumplidos.

El Proyecto Oficinas de información y Reclamos, OIR, define y establece lugares y sistemas que concentren en una sola ubicación toda la información de un servicio que sea de interés de los usuarios, orientando claramente sobre los procedimientos de reclamos y sugerencias.

El Proyecto Premio a la calidad es una forma de estimular y distinguir el esfuerzo de los servicios públicos por entregar prestaciones de calidad a los usuarios. Se otorga a las instituciones que se destacan por incorporar en sus procesos internos el desarrollo efectivo de los principios de eficacia y eficiencia en la gestión. Su objetivo es promover una cultura integral de calidad en la administración pública y promover la participación de funcionarios y directivos en los procesos de evaluación y mejoramiento continuo en este ámbito.

Por último, el Programa de innovaciones tiene por objeto identificar, difundir y otorgar un reconocimiento a las soluciones innovadoras que contribuyan a adecuar la función del Estado a los nuevos requerimientos. Se premian las experiencias más destacadas y adoptándose medidas para propiciar su replicabilidad en contextos y problemáticas similares.



#### **4. La continuidad del proceso: el Proyecto de Reforma y Modernización del Estado.**

En el año 2000, bajo el gobierno del ex presidente Ricardo Lagos se creó el Comité de Ministros para la Reforma del Estado acompañado con una Secretaría Ejecutiva a cargo de los procesos de implementación de las modificaciones.

De esta forma se da inicio al Proyecto de Reforma y Modernización del Estado (PRYME) de esta forma se busca la construcción de un sector público que responda a los requerimientos que plantea la sociedad civil actual, debiendo contar para ello con una estructura flexible y con una gestión eficiente, participativa y transparente. (SEGPRES: 2007(b))

En el Proyecto de Reforma y Modernización del Estado, se ha identificado un conjunto de principios, ellos son:

- a) Un Estado democrático y participativo.
- b) Un Estado transparente.
- c) Un Estado unitario descentralizado.
- d) Un Estado solidario.
- e) Un Estado fuerte para enfrentar requerimientos presentes y futuros.
- f) Un Estado más eficiente y eficaz.
- g) Un Estado normativo y subsidiario.

El principio definido como un Estado democrático y participativo define que la Reforma institucional se estructurará a partir de la idea de Estado democrático de derecho, orientado a superar los obstáculos que limitan el ejercicio democrático. Al mismo tiempo se orienta a generar mecanismos concretos para asegurar la participación en la gestión pública y el ejercicio de los derechos de los ciudadanos frente a la administración.

El Estado transparente es un requerimiento clave para prevenir la corrupción en el sector público a la vez que es una condición necesaria para generar confianza en las personas y propiciar un mayor nivel de participación ciudadana.

El principio de un Estado unitario descentralizado busca fortalecer la regionalización y la descentralización de las decisiones, mejorando los procesos de articulación entre el nivel nacional, el nivel regional y el nivel local.

El principio de un Estado solidario parte del reconocimiento de las desigualdades sociales y territoriales, sobre las cuales el Estado debe hacerse cargo de manera de garantizar igualdad de oportunidades a toda la ciudadanía y que los frutos del desarrollo lleguen de la misma manera a todos.

Sobre el principio referido a un Estado fuerte, se define que “se requiere un Estado adecuado a las características del desarrollo actual y futuro del país. En ciertos casos, se podrá reducir su tamaño, o en otros se podrá fortalecer y crecerá de acuerdo con las necesidades. Lo central en este punto es que las dimensiones del Estado serán una función de los requerimientos actuales y de los que en futuro se prevean, y no una imagen predeterminada de Estado pequeño o grande.” (Ibid)

El principio de un Estado Eficiente y eficaz, propone que todas las transformaciones deben orientarse a satisfacer el bien común, tanto en materia de rediseño de la institucionalidad, como de mejoramiento de la gestión para entregar un servicio público de calidad a la ciudadanía. Un aspecto central es la incorporación de nueva tecnología de la información de manera de acercar los servicios a los ciudadanos.

Por último, el principio de un Estado normativo y subsidiario propone que la Reforma se debe hacer cargo del cambio de rol del Estado en las últimas décadas. Avanzando desde un estado productor de bienes y servicios a uno que fortalece su capacidad reguladora, normativa y fiscalizadora.

El gobierno de Lagos dio continuidad a los cambios orientados a crear una nueva institucionalidad más flexible y eficiente. Para su desarrollo estableció el “Acuerdo político legislativo para la Modernización del Estado, la Transparencia y la Promoción del Crecimiento”, así en enero de 2003 se consolida este acuerdo entre

gobierno y oposición, incorporando 21 Proyectos de Ley a trámite administrativo ese año.

La Agenda de gobierno, formada por 49 medidas, se subdivide en:

- a) Agenda de modernización de la Gestión Pública
- b) Agenda de Transparencia.
- c) Agenda de promoción del crecimiento.

La Agenda de Modernización de Estado contiene cuatro ejes fundamentales: Gestión Pública, Gestión de Recursos Humanos, gestión Financiera y Descentralización. (Doña; op.cit: 29)

El eje de gestión pública tiene como objetivo identificar, analizar, documentar y difundir experiencias de gestión de los servicios públicos como resultado de un proceso de validación como buenas prácticas. En gestión de Recurso Humano se incorporan normas permanentes de administración, capacitación y perfeccionamiento del personal. Sobre gestión financiera se precisan normas de administración de recursos, limitaciones globales de gastos, obligaciones de evaluación del presupuesto. Aquí tenemos normas sobre las compras públicas, las licitaciones, etc. Por último, la descentralización se orienta a validar la modernización en el ámbito regional. Generando condiciones para mejorar las atribuciones a nivel municipal tanto en la administración del personal como en mecanismos de incentivo y evaluación.

La Agenda de Transparencia se orienta al correcto uso de los recursos del Estado, ésta se subdivide en tres áreas: Financiamiento de la política, Laboral Parlamentaria e Institucionalidad y probidad.

Dentro de la Agenda Transparencia se encuentra la medida número 35 denominada “Participación Ciudadana”, la que busca desarrollar iniciativas que fomenten la participación de la sociedad civil orientada a un mayor control ciudadano y a la transparencia de los poderes públicos. Los contenidos de ésta área de trabajo se tradujo en: la elaboración y despacho del Proyecto de Ley de Participación Ciudadana y el Instructivo de Participación ciudadana, ambos serán expuesto en otro acápite con mayor detención.

La tercera Agenda denominada de Promoción del crecimiento, la que contiene la Agenda Pro Crecimiento que incluye catorce medidas orientado a aumentar y mejorara la competitividad de los mercados en general y en especial aquellos de carácter estratégicos para la economía nacional, dentro de las iniciativas se destacan, entre otros, el gobierno electrónico, Tribunales tributarios, perfeccionamiento de los instrumentos de Fomento productivo, perfeccionamiento de la asignación de fondos públicos a inversiones y desarrollo tecnológico.

## **5. Las Reformas del Estado.**

### **Reforma de Educación.**

Junto con el programa de Modernización se propusieron tres grandes Reformas del Estado, a saber, de Educación, de Justicia y de Salud.

La Reforma de Educación parte de la base del reconocimiento de los desafíos que imprime la globalización a nuestra sociedad y de la necesidad de enfrentar las expectativas de una vida mejor en un orden más justo e integrado.

La Reforma de Educación incluye cuatro pilares, uno de ellos es el Mejoramiento e Innovación Pedagógica, el que incluye programas que buscan dotar a los establecimientos de medios pedagógicos y promover la innovación.

El segundo pilar es el Desarrollo Profesional Docente llevar a cabo un mejoramiento en las condiciones de trabajo y en la preparación de los docentes en ejercicio y en formación. Esto incluye la asignación de desempeño destacado, premio a la excelencia docente, perfeccionamiento docente a través de pasantías, de estudios de diplomados, de sistema Enlace, etc.

Otro pilar es la Reforma Curricular, esto es la actualización de los contenidos y objetivos de la educación básica y media al tiempo de impulsar una educación de calidad que incorpore los avances más recientes en pedagogía. Así desde el año 1996 al 2002 se trabajó en los nuevos Programas de Estudios.

Por último otro pilar de la Reforma es la Jornada escolar completa elevándose a 38 la jornada en educación básica y 42 en la enseñanza media.

La Reforma de la Educación ha sido un proceso gradual que aun está en desarrollo y sus frutos se podrán reconocer a largo plazo ya que es un esfuerzo que madurará con en el tiempo, por lo tanto sus efectos y resultados sólo van a ser apreciados por generaciones venideras. (MINEDUC: 2007) Dentro de los hitos de esta Reforma tenemos: la aprobación del Proyecto de Ley que establece enseñanza media obligatoria (abril 2003), existen nuevos currículums de educación desde educación parvularia hasta educación media acorde a los desafíos del presente siglo, jornada completa en el 75% de los establecimientos de educación, etc.

### **La Reforma de Justicia.**

La Reforma de Justicia busca adaptarse a los requerimientos de la sociedad actual, enfrentando las deficiencias derivadas de la existencia de un Código de Procedimiento Penal, vigente desde 1907, que adolecía de serias deficiencias de constitucionalidad, además de los riesgos de imparcialidad de un sistema que ponía en el centro a la figura del Juez del crimen, el que tenía una triple responsabilidad, cuales eran, investigar, acusar y sentenciar. (MINJUSTICIA: 2007)

Así el nuevo Código Procesal Penal, eje central de la Reforma de Justicia, introduce una nueva forma de administrar justicia al separar las funciones de investigar y juzgar.

Así, la función de Investigar corresponde al Ministerio Público, organismo técnico especializado, formado por el Fiscal Nacional, Fiscales Regionales y Fiscales adjuntos. Las funciones de este organismo son: investigar los delitos y persecución penal en representación de la comunidad, dirigir la actuación de la policía durante la investigación, presentar la acusación en el Tribunal de Juicio Oral y sostener la acción penal, adoptar las medidas de protección de las víctimas y los testigos. (Ibid)

Por otro lado, la función de juzgar corresponde a los Tribunales de Justicia, éstos son colegiados y están compuestos por tres jueces profesionales, los que oyen a las partes – fiscal y defensa- para luego determinar culpabilidad o inocencia. Un nuevo actor del proceso es el Juez de garantía quien resuelve sobre procedencia de las medidas que puedan afectar los derechos de las personas relacionadas al caso. (Ibid)

Por último la función de defensa, a través de un abogado defensor, el cual es otorgado por el Estado si no tiene recursos para acceder a representación particular.

Las características de la nueva justicia del crimen son: el proceso penal es oral, se desarrolla bajo el principio de inmediación (relación directa con el Juez durante el proceso), desburocratizado, cumplimiento al principio de concentración, es acusatorio y adversarial (no inquisitivo), contempla salidas alternativas a la sanciones tradicionales, es más transparente al ser oral y públicas sus audiencias. (Ibid)

Por medio de la Reforma de Justicia se inicia un cambio destinado a la modernización del sistema judicial a los principios de un Estado de Derecho, incorporando los Derechos humanos y los estándares internacionales en la

administración de justicia, al tiempo que adecuar los cambios en el desarrollo social, económico, político y cultural de la sociedad chilena.

La implementación de la Reforma de Justicia ha sido gradual en todo el territorio nacional, para su desarrollo se conformó la Comisión Nacional de Coordinación de la Reforma Procesal Penal, la que realiza proposiciones técnicas que facilite la puesta en marcha del nuevo sistema, coordinar las distintas instituciones involucradas y realizar evaluación y seguimiento del proceso.

### **La Reforma de Salud.**

La Reforma de Salud busca perfeccionar y adecuar el sistema a las necesidades del siglo XXI, está inspirada en valores como la equidad en el acceso, la eficacia de las intervenciones de salud y la eficiencia en el uso de los recursos.

Los objetivos de la Reforma son:

- a) Favorecer la integración de los subsistemas públicos y privado.
- b) Mejorar el acceso a la salud de los grupos más desfavorecidos de la población.
- c) Adecuar el modelo de atención y los servicios de salud al actual perfil biodemográfico de la población.
- d) Aumentar la seguridad y confianza de las personas con el sistema de salud.
- e) Modernizar la organización y gestión del sector público de la salud.

La Reforma de la salud incluye cinco Proyectos de Ley, de los cuales cuatro se encuentra aprobados en la actualidad, estos son: Ley de Financiamiento, Ley de Autoridades Sanitarias y Gestión, Régimen de Garantías de Salud, Modificación a la Ley de ISAPRE y Ley de Derechos y Deberes de las personas.

Desde el año 2002 se ha incorporado gradualmente al sistema de Garantía AUGE, brindando a los usuarios un resguardo en el acceso, oportunidad y financiamiento frente a diversas patologías.

En el próximo Capítulo referido a Salud Pública profundizaremos en los distintos componentes de la Reforma de Salud.

## **6. Reforma y modernización del Estado: situación actual.**

La modernización de la gestión pública y Reformas del Estado han sido un proceso continuo desde el año 1990 a la fecha. Si bien durante los primeros cuatro años el centro de atención estuvo orientado a revitalizar el Estado para recuperar la capacidad operativa del público (Doña; Op.cit: 15), los años siguientes han estado marcados por un ascendente proceso de profundización de las transformaciones de la gestión sin que por ello no se hayan enfrentado dificultades y obstáculos al proceso.

El gran aporte que realiza el segundo gobierno de la Concertación se orienta a institucionalizar el proceso de Modernización del Estado siendo un hito del proceso el diseño y puesta en marcha del Plan Estratégico de Modernización de la Gestión Pública, el cual introduce un modelo de gestión orientado a producir cambios en la cultura institucional y a generar una institucionalidad pública acorde a los requerimientos contemporáneos.

En el transcurso del gobierno de Ricardo Lagos se avanzó a través de la elaboración y puesta en funcionamiento del Proyecto de Reforma y Modernización del Estado, que está en vigencia y el desarrollo hasta nuestros días. En este periodo de gobierno se logra un gran consenso con la oposición parlamentaria para avanzar en un Acuerdo político legislativo para la Modernización del Estado, la Transparencia y la Promoción del Crecimiento, a través del cual se da cuerpo a 49 medidas de orden



legislativo. Junto con esto se fortalece el desarrollo de las tres Reformas del Estado: Educación, Justicia y Salud.

Durante el gobierno en curso, se han mantenido las transformaciones integradas en la gestión pública y se ha profundizado en el desarrollo de las Reformas. Así por ejemplo, la Reforma Procesal Penal entra en vigencia en todo el territorio nacional en el año 2005 con la incorporación de la Región Metropolitana, por su parte la Reforma de Salud ha incorporado nuevas enfermedades al AUGE durante el presente año.

Frente a “un breve recuento de logros de 1990 al 2005, nos encontramos con un país que logra transitar a la democracia en forma pacífica, una reforma que elimina los enclaves, elevando el grado de consenso sobre el modelo de desarrollo en la elite política – técnica, una tasa de crecimiento económico sostenido, una mejoría impactante en los índices de superación de la pobreza, con una Ley de Concesiones que transformó la infraestructura de país, con una Reforma Procesal Penal, un sistema de Alta Dirección Pública que profesionalizará la gerencia pública, un sistema transparente de compras públicas, una Ley de financiamiento electrónico, una innovadora Ley de Autoridades Sanitarias, Tribunal de la Competencia, CONAMA, SERNAC, etc.” (Waissbluth; 2005: 94)

Pese a los avances logrados persisten transformaciones estructurales pendientes, los cuales pueden ser atribuidos a la resistencia de algunas instituciones gremiales y políticas.

La Modernización de la Gestión Pública y la Reforma del Estado son transformaciones complejas y multifactoriales que requieren un proceso de convencimiento y socialización de los distintos actores que comparten el proceso de gestión de la política pública en los diferentes niveles de la estructura del Estado. Cuando estos cambios se desarrollan en un sistema democrático deben considerar los mecanismos para enfrentar una serie de resistencias, sobre todo en el ámbito de

la cultura organizacional, los que pueden ser un aporte enriquecedor en los procesos de cambios más que un obstáculo de los mismos.

## **CAPITULO VII**

### **SALUD PÚBLICA Y LA REFORMA DE LA SALUD EN CHILE.**

La Salud Pública se orienta a la satisfacción de las necesidades de salud de toda la población, en el presente Capítulo reconoceremos los elementos históricos y estructurales que dan forma a la gestión de la Salud Pública en Chile, junto con ellos reconoceremos la organización del Sistema de salud previo a la Reforma y algunos indicadores demográficos y de salud que nos permiten entender las condicionantes que explican el actual nivel de desarrollo de la salud en Chile. Para continuar pondremos el acento en el proceso de Reforma de la Salud, ya que ésta es el marco institucional donde la participación ciudadana tiene lugar en salud, de esta forma se podrá entender el contexto y rol que juegan las personas en este complejo sistema de salud chileno.

#### **1. La Salud Pública en Chile.**

##### **Breve reseña histórica de la Salud Pública en Chile.**

Para entender una institución, cualquiera sea ésta, hay que reconocer los elementos distintivos de su historia pasada, ya que de esta forma se podrá comprender a cabalidad los factores que condicionan su historia presente. En este sentido, analizar la historia de la Salud Pública en Chile nos permitirá comprender mejor la institución que hoy dirige su política.

En la historia de la Salud, en nuestro país, se pueden definir distintas etapas consecutivas que poseen ciertas características distintivas, así tenemos: (Miranda, E: 1990)

Primera etapa, entre 1542 a 1925, se inició con la llegada de los españoles, produciéndose la coexistencia de una medicina aborígen y una medicina occidental basada en los aprendizajes desarrollados en Europa. En este período observamos que la situación de salud se caracteriza por la prevalencia de cuadros infecciosos como las pestes, tifus, sífilis, etc., todas enfermedades que eran condicionadas por las insalubres condiciones medio ambientales, por las deficitarias condiciones socioeconómicas de gran parte de la población y por la carencia de una intervención institucional en el ámbito de la salud. Los principales actores de la salud eran: el Clero (visión asistencial) y los Cabildos (visión higienista).

Dentro de los hitos que caracterizan este período tenemos: la promulgación del Código Sanitario y la Dirección de Sanidad en 1918, la conformación de las Sociedades de Socorro Mutuo, a mediados del siglo XIX, organización que surge como un movimiento alternativo desde el mundo sindical. Esta nueva organización de salud se orienta a prestar servicio al trabajador y su familia, beneficiándolos con atención médica, del parto y al niño.

La segunda etapa de desarrollo de la salud, se encuentra precedida por los movimientos sociales de inicio de siglo XX, que exigen mejores condiciones de trabajo y seguridad social. Es así que el hito distintivo de iniciación de esta etapa es la promulgación de la Ley de Seguro Obrero Obligatorio del año 1924, que representa el primer seguro de salud de los trabajadores organizados y sus familias, poniendo al Estado como garante de este derecho. Los actores principales de esta etapa son: el Estado, los trabajadores y empleador. La visión de la salud es positivista, biológica, entendiéndose el fenómeno de la salud desde la tríada conformada por el agente, el medio y el huésped.

Durante la primera mitad del siglo XX se crean una serie de instituciones, desde el Estado, que se orientan a enfrentar la problemática de salud, así tenemos: la creación de la Sección de Administración Sanitaria del Ministerio del Interior (1907) que se hace cargo de los aspectos relacionados con la higiene y beneficencia pública y la creación del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social (1924),

responsable de la higiene pública en el ámbito nacional, éste, en el año 1932, pasará a llamarse Ministerio de Salubridad Pública, también tenemos la primera ley de Medicina Preventiva de 1938.

La tercera etapa de la salud en Chile, se da inicio en el año 1953 con la promulgación de la Ley N° 10.383, que crea el Seguro de Servicio Social (SSS), Ley propuesta por el entonces Senador de la Republica Sr. Salvador Allende G. Esta reforma previsional permite captar aportes para la atención en salud y la jubilación, con lo que se constituye el fondo que da origen al Servicio Nacional de Salud (SNS).

La situación de salud, durante esta tercera etapa, se caracteriza por cuadros como la hepatitis, cirrosis, enfermedades infecto contagiosas como la TBC, tifus, además se observa una alta mortalidad como consecuencia de diarreas infantiles y el parto y puerperio. Desde este escenario se empieza a incorporar, en el concepto de salud, dos elementos: las condiciones de vida y la cultura.

En esta etapa el actor principal es el Estado Bienestar, el que elabora políticas de salud de alcance nacional y organiza un sistema de cobertura universal. Para inicio de los años 70 se observa que se incorpora como un actor importante en la salud, la comunidad organizada.

### **La Reforma de la Salud de los años 80.**

La cuarta etapa del proceso de la salud, lo constituye el periodo de gobierno dictatorial, 1973 a 1990. En este periodo el Estado sufre drásticos cambios pasando de un rol benefactor a un Estado subsidiario, en este contexto desaparece el carácter universal y gratuito de la salud. “Las políticas del periodo intentan aumentar la eficiencia en el uso de los recursos existentes mediante la focalización y la descentralización e incrementar la disponibilidad de ellos, a través de la privatización. Las políticas sociales fueron subordinadas casi íntegramente a las económicas, durante ese período” (Massad; Op.cit: 67)

A partir de la implementación autoritaria del modelo neoliberal en nuestra sociedad, el rol del Estado y por ende los servicios públicos, fueron reducidos a su mínima expresión, dejando en su lugar al mercado como regulador de la oferta y demanda. En este sentido la salud no fue una excepción, ésta se transforma en una mercadería transable en el libre mercado.

En 1980 el Servicio Nacional de Salud es transformado en el Sistema Nacional de Servicios de Salud y la salud se descentraliza a través de la Municipalización de los Centros de Atención Primaria. El sistema de salud pasa a subsidiar la oferta a través de dos instituciones FONASA e ISAPRE, produciéndose una desigualdad en el acceso a la salud según la disponibilidad de recursos de las familias. Paralelamente a este proceso se reduce la inversión fiscal en salud produciéndose un “desmantelamiento” de los Hospitales.

### **La Salud en Chile con el retorno a la democracia.**

Luego tenemos el quinto periodo de desarrollo de la salud en Chile, nos referimos al periodo comprendido entre los años 1990 y 2000. Junto con el advenimiento de la democracia se inicia un proceso de recuperación de la salud, lo que se traduce en: aumento de la inversión fiscal en salud (en infraestructura, equipamiento y capital humano), énfasis en programas de promoción de la salud, modificación del sistema de financiamiento (de pago a servicio prestado por asignación per cápita), creación de nuevos programas especiales con asignación presupuestaria específica (ej. Programa de Depresión) y acceso universal a la Atención Primaria de Salud.

Lo que se desarrolla en este periodo son ajustes al modelo que van preparando las condiciones para implementar la Reforma de la Salud. Dentro de estos ajustes tenemos: (Donoso (b) Op.cit)

- o Ajustes administrativos: referidos a sistema de financiamiento.
- o Ajustes técnicos programáticos: poniendo el énfasis en enfermedades de envejecimiento de la población (HTA, Diabetes) y en enfermedades o problemas de salud emergentes como VIH SIDA y salud mental. Al mismo tiempo enfatizando más las acciones de promoción y prevención de salud.
- o Ajustes al concepto de salud: desde una perspectiva biomédica a una mirada más integral, es decir, biopsicosocial.
- o Ajustes organizativos: transformación de los Consultorios en CESFAM en el marco del concepto de la salud familiar, comunitaria y sectorización de la atención. Recreación de los Consejos de Desarrollo Local o Comité de Usuarios, en perspectiva del desarrollo del control social de la gestión de los establecimientos.

Por último, tenemos la sexta etapa que corresponde al periodo desde el año 2000 hasta nuestros días, que se caracteriza por la implementación de la Reforma de Salud, tema que se desarrollará con profundidad en el próximo ítem.

### **Indicadores de Salud en Chile.**

Los indicadores demográficos y de salud dan cuenta de las condiciones de la población, lo cual es un antecedente importante para entender las transformaciones del país sobre las cuales la política pública de salud interviene.

#### **▪ Indicadores demográficos.**

Algunos indicadores demográficos, que a continuación exponemos, nos muestran la tendencia de cambio de estas últimas décadas, marcada por el envejecimiento de la población.

A partir del Documento La Reforma de Salud en Chile, del MINSAL(a) (Op.cit) los indicadores más relevantes serían:

- o Según Censo de 2002 Chile tiene una población de 15.116.435 personas donde el 49,3% son hombres y el 50,7% mujeres, el índice de masculinidad es de 97,12.
- o La población urbana es de 13.090.113, es decir 86,6% y la población rural de 2.026.322 /13,4% (índice de masculinidad urbana 94,68 y rural de 114,44)
- o La población se concentra en tres regiones 40,1% en la Región Metropolitana, 12,3% en la Región del Bio Bio y 10,2% en la Región de Valparaíso.
- o Al comparar los censos del año 1992 y 2002 se observa que el ritmo de crecimiento promedio anual de la población es de 1,2 personas por cada cien habitantes, siendo en la década anterior de 1,6.
- o Entre los censos de 1952 y 1992, la población aumentó en términos absolutos en 7.415.406 personas. Este incremento ha sido gradualmente menor, especialmente a partir de la década de los 90. Así nuestro país es el cuarto país con menor crecimiento de América Latina.
- o Lo anterior se explica por el descenso de la fecundidad, si en 1981 la tasa global de fecundidad era de 2,6 hijos por mujer, en 2001 era de 2,0, lo que equivale a un descenso de 23%.

▪ **Indicadores de Pobreza y equidad.**

Otros indicadores relevantes, al momento de tomar decisiones en las políticas públicas, son aquellos relacionados con la pobreza y la distribución del ingreso. En el año 1990 la población en la pobreza era de un 38,6%, para 1996 ésta se había reducido a 23,2%, y al año 2003 a 18,8% lo que equivale a 2.876.000 personas, de



las cuales 719.000 personas se encontraban en situación de extrema pobreza (4,7%). Al mismo tiempo los indicadores de pobreza e indigencia, entregados por la CASEN 2003, son mayores en población rural que urbana. (Ibid)

A partir de la encuesta CASEN 2006 comparada con el año 2003 muestra una baja porcentual de 5 puntos. Las cifras indican que a noviembre de 2006 Chile tenía un total de 2.208.937 personas que viven bajo la línea de la pobreza, siendo calificadas como indigencia a 516.738 personas.

La distribución del ingreso es otro indicador que puede dar cuenta del grado de igualdad o desigualdad de una sociedad.

El ingreso autónomo e Ingreso total promedio del hogar según decil de Ingreso autónomo per cápita del hogar, nos permite ver que hay una enorme brecha entre el decil más rico y el más pobre de la población. La diferencia entre ambos grupos es de más de treinta veces, lo que se reduce en un tercio al considerar los ingresos por subsidios. Incorporando este ingreso, los hogares del decil más rico ganan casi doce veces más que los hogares más pobres. (Ibid)

La evolución de coeficiente Gini nos permite inferir el aumento o disminución de la brecha de desigualdad entre los distintos deciles de la población. Este indicador mide cuanto se aleja la distribución del ingreso real de una distribución perfectamente equitativa, siendo el valor cero el que indica una máxima igualdad y el valor uno el de máxima desigualdad.

*“Las cifras de 2006 registran un coeficiente de Gini para nuestro país, calculado a partir del ingreso autónomo, es de 0,54, el que no obstante muestra una leve mejoría en relación con su valor para 2003 (0,57), y de ser el menor desde 1990, según las cifras de la estadística de las Naciones Unidas del año 2006, continúa reflejando que nuestro país presenta una de las peores distribuciones del ingreso a nivel mundial.” (Ibid: 15)*

Lo anterior amerita una seria reflexión, ya que el comportamiento de los indicadores de ingreso y el coeficiente Gini desde 1990 a 2006, dan cuenta de una preocupante desigualdad en la distribución del ingreso que no se relaciona, en igual proporción con los avances en crecimiento económico que ha tenido el país en estos dieciséis años.

▪ **Indicadores de Salud.**

*“Las condiciones de salud de la población chilena han experimentado importantes avances desde la mitad del siglo XX a la fecha producto de la mejora en las condiciones de vida y la implementación de políticas de salud pública de gran impacto poblacional.” (Ibid: 11)*

La Esperanza de vida al nacer, según datos de INE, desde el año 1965 a 2005 muestra un aumento de un 25%.

Por otro lado, según fuentes del Departamento de Estadística e Información en salud del Ministerio de Salud, las Tasas de mortalidad infantil, neonatal y posnatal se redujeron ostensiblemente en el periodo de doce años.

Así la Tasa de mortalidad infantil del año 1990 que era de 16,8 por cada 1.000 nacidos vivos, en el año 2002 es de 7,8 por cada 1.000 nacidos vivos. Por otro lado la Tasa de mortalidad neonatal del año 1990 era de 7,2 y se redujo, en 12 años, a 3,7. Similar fenómeno ocurrió con la Tasa de mortalidad posnatal pasando de 7,9 a 2,8 en la misma cantidad de años. (Ibid)

*“La Tasa de mortalidad general presenta una tendencia menor pero sostenida al descenso en ambos sexos, siendo de 5,2 por 1.000 habitantes en el año 2002” (ibid: 12)*

La evolución de la Tasa de mortalidad infantil ha experimentado una importante baja, si en 1950 fallecían, antes de cumplir el año de vida 138 niños (por

de cada 1.000 nacido vivos), en 1970 esta cifra se reduce a 79,0 en 1990 a 16,8 y en el 2002 a 7,8. *“Este descenso se explica, entre otras cosas, por la mejora en la atención profesional del parto, ya que el 99% de los nacimientos reciben esta atención, al control de salud del niño, a los programas de alimentación complementaria, y al mejoramiento de los ingresos.”* (Ibid: 12)

En relación con las principales causas de muerte infantil hay una disminución de las enfermedades infecciosas y han aumentado las anomalías congénitas. Del mismo modo la mortalidad materna ha disminuido en un 50% durante la última década, lo que ha sido reflejo del impacto de las políticas de salud materna y planificación familiar.

Según datos del Departamento de Estadística e Información del MINSAL, las enfermedades también han cambiado su comportamiento epidemiológico. Enfermedades como la Tuberculosis ha disminuido en las últimas cinco décadas, reduciéndose la tasa de mortalidad de 5,0 el año 1990 a 1,9 en el año 2002. Por su parte enfermedades como VIH SIDA que en Chile aparece en 1884 ha experimentado un aumento sostenido, con una tasa de mortalidad por esta causa de 0,5 en 1990 a una de 2,8 en el año 2002. (Ibid)

En los años 1969 y 1970 la neumonía era la principal causa de muerte, secundada por enfermedades como varicela, cólera y tuberculosis, en la actualidad esto es muy diferente. Según el estudio de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile “¿De qué se mueren los chilenos hoy?: perspectiva a largo plazo”, un 68% de muertes en el país son por patologías crónicas no transmisibles, mientras que las muertes en el año 1969 correspondían en un 44% a enfermedades infecciosas. (Morales: 2007)

Por otro lado, la incidencia de enfermedades infecciosas respiratorias descendió de 16,3% en 1970 a 9,7% en el 2005, mientras que las enfermedades del sistema circulatorio aumentaron de 15,2% a 28,3% en el mismo período de tiempo.

Del mismo modo los tumores malignos pasaron de 12,1% a 23,1% en los últimos 35 años. (Ibid)

Los cambios en los indicadores dan cuenta de una transformación del perfil epidemiológico de la población, que muestra una tendencia a la aparición de nuevas causas de enfermedad y muerte, asociadas al envejecimiento de la población y a modelos de sociedad más desarrollada. En este sentido, si las políticas orientadas con énfasis a la prevención y promoción de la salud materno infantil fueron efectivas para las décadas pasadas y hoy están incorporadas férreamente en el sistema de salud y en la cultura de los usuarios, las nuevas condiciones ameritan redefiniciones que respondan a este nuevo escenario país, las que deben ser enfrentada por las políticas públicas de salud.

### **Organización del Sistema de Salud chileno.**

El sector salud en un sistema mixto compuesto por dos subsectores, que participan en el ámbito de los seguros de salud y de la provisión de servicios sanitarios, estos son el subsector público y el privado.

Tanto el sector público como el privado son regidos por el Ministerio de Salud. Por su parte el sistema de seguro privado, hasta 2005, era supervisado por la Superintendencia de AFP.

El **subsector público** esta formado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y alcanza al 68,3% de la población. El porcentaje restante corresponde mayoritariamente al Sistema de ISAPRE y en menor medida a personal de la Fuerzas Armadas y de Orden. (MINSAL(a), Op.cit)

El Sistema Nacional de Servicios de Salud es la institución a través de la cual se realizan las acciones de salud, ésta esta formada por veintiocho Servicios de Salud. La red de establecimientos públicos de salud, distribuida en todo el país, esta formada por: Hospitales de diversa complejidad, Consultorios de especialidad

adosados a los Hospitales y Consultorios de Atención Primaria, estos últimos, en su gran mayoría son administrado por las municipalidades. (ibid)

*“En el Sistema Nacional de Servicios de Salud trabajan 74.000 personas y en los Consultorios de Atención Primaria Municipal; más de 22.000 funcionarios. Este subsector cuenta con un total de 31.804 camas hospitalarias” (Ibid; 9)*

En cuanto a la distribución de los beneficiarios del sistema público según ingreso en el año 2000 (CASEN), podemos observar que el 87,5 % del quintil más pobre se atiende en el sistema público, en el segundo y tercer quintil los porcentajes descienden levemente a 80,1% y 61,0% respectivamente, mientras que en el cuarto y quinto quintil las cifras son de un 53,4% y 29,6% respectivamente. (Ibid)

EL **subsector privado** de la salud está formado por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), que abarcan al 17,6% de la población. *“Las personas más jóvenes, más sanas y las de mayores ingresos pertenecen, en mayor proporción, al subsistema privado. Estos se atienden mayoritariamente en centros médicos y clínicas privadas en los principales centros urbanos.” (Ibid: 10)*

En cuanto a la distribución de los beneficiarios del sistema privado según ingreso en el año 2000, podemos observar que el 3,1 % del quintil más pobre se atiende en este sistema, en el segundo y tercer quintil los porcentajes ascienden levemente a 7,8% y 7,6% respectivamente, mientras que en el cuarto y quinto quintil las cifras son de un 29,5% y 54,2% respectivamente.

## **2. Reforma de Salud en Chile.**

Entender la Reforma desde las condiciones que explican la necesidad de su implementación, pasando por los principios y valores que la rigen hasta arriba a las herramientas que la hacen operativa, es fundamental para poder adentrarnos en las condiciones que posibilitan y obstaculizan los procesos de participación en salud. Por esta razón desarrollaremos en forma minuciosa los elementos que dan cuerpo a la

Reforma de Salud, las distintas Leyes que la componen y su aplicación a nivel operacional, es decir, el Modelo de Atención que se propone.

### **Contexto socio político y administrativo de la Reforma de Salud.**

La reforma de Salud es un proceso inserto dentro de la política de modernización del Estado y de democratización de la sociedad chilena, se orientan, según palabras del ex Ministro de Salud Pedro García, a lograr “igualdad de oportunidades para todos los habitantes del país, independiente de su edad, sexo, nivel educacional, etnia o situación económica, contribuyendo de esta forma a que el crecimiento que experimenta el país llegue a todos los sectores” (Ibid, 2)

Al analizar los indicadores de salud de la segunda mitad del siglo pasado a la fecha podemos ver que éstos dan cuenta de un proceso de mejoría en todos los ámbitos de la salud, esto ha sido producto de políticas públicas de salud bien orientadas. Pese a ello hay que reconocer transformaciones que enfrenta nuestra sociedad, como son cambios en el perfil demográfico y epidemiológico de la población, en las expectativas de la población, en la incorporación de nueva tecnología, en la contaminación ambiental, en el rol de la mujer, etc. Lo anterior, junto con la persistencia de niveles de pobreza y marginalidad elevados, pese al crecimiento económico, obligan a pensar en una transformación del sistema de salud que enfrente, desde su ámbito específico, las inequidades sociales presentes en nuestra sociedad. (Massad, Op.cit)

Junto con los cambios de contexto social, se requiere enfrentar las deficiencias del marco organizacional del sector salud caracterizadas por una organización excesivamente centralizada, un sistema de recursos humanos rígido y sin incentivos, una modalidad de gestión autoritaria y una modalidad de asignación de recursos poco eficiente. (Ibid)

Durante el primer gobierno de la Concertación, 1990 a 1994, el énfasis se dirigió a realizar ajustes de tipo presupuestario y administrativo para mejorar las

condiciones del sector salud. Durante éste gobierno el gasto real en salud se incrementó en un 70%, además *“en los últimos años de la década del 80, el presupuesto de inversión sectorial anual promedio fue de 8 millones de dólares, en 1994 esta cifra alcanzó un monto de 86,266 millones de dólares”*. (Ibid: 14)

Durante la gestión de Eduardo Frei Ruiz – Tagle, se empieza reflexionar acerca de la necesidad de realizar una transformación profunda del sistema de salud, siendo el año 2000 en que el ex Presidente Ricardo Lagos se fija como meta realizar una profunda y modernizadora reforma del sector salud. Así en el 2002 se envían al Congreso Nacional los cinco Proyectos de Ley que conforman la Reforma de Salud. (MINSAL op.cit (c))

En el año 2005 se da inicio a la Reforma de Salud a través de la entrada en vigencia de las primeras Leyes.

### **Fundamentos de la Reforma de la Salud.**

Como se ha expuesto anteriormente la Reforma de Salud surge como un imperativo ético social, toda vez que se requiere reformular la estructura y forma de gestionar la salud, a partir de la incorporación de los nuevos paradigmas del enfoque biopsicosocial, que comprenden la salud como un componente esencial de la calidad de vida de las personas, en interacción con las otras políticas públicas del país.

Los fundamentos de la Reforma de Salud surgen de la constatación de los serios problemas que adolece la salud en Chile.

- **Inequidad social en salud.**

Para empezar es importante precisar el concepto de inequidad, éste *“hace referencia a situaciones en donde se compara grupos, pero son grupos que establecen relaciones desiguales y que se apropian de manera desigual de recursos y satisfactores”* (López; 2004: 4) Lo anterior supone una relación de poder y

organización social que propicia las condiciones para que estas situaciones estén presente en la sociedad.

El concepto de inequidad surge con fuerza en los años 90' cuando se hace referencia a diferencias que se consideran injustas y evitables. Hoy en día el concepto aparece con fuerza al hacer referencia a los últimos debates sobre distribución del ingreso en Chile.

Desde diversas posiciones el tema aparece en el debate público, aquí rescatamos las palabras de Monseñor Alfonso Baeza quien dice *“la desigualdad e inequidad social es una realidad que cada día se hace más evidente en nuestra sociedad. Con preocupación vemos como la brecha socioeconómica se agudiza, escindiendo cada día más nuestra ciudad, con comunas poderosas y otras muy pobres, donde cohabitan personas y familias de distintos orígenes y condiciones sociales.”* (Baeza, 2007: 1)

Los indicadores de ingreso muestran que, pese al crecimiento económico sostenido del país, la brecha de desigualdad de ingreso entre la población más rica y los más pobres tiende a mantenerse en niveles inaceptables desde el punto de vista ético y político.

Diversos estudios han demostrado que las personas de estratos socioeconómicos más bajos tienen mayores tasas de morbilidad y mortalidad. Por ejemplo, según datos obtenidos del Estudio de mortalidad de adulto en el Gran Santiago, se puede ver que las comunas más pobres tienen una Tasa de mortalidad en adultos mayores de 20 años de 7,6 – comuna de La Pintana-, mientras que la mortalidad en Las Condes es de 5,5. (Sánchez: 2004)

*“En los resultados de la Encuesta Nacional de Salud se observa que el estigma de la desigualdad está presente en la mayoría de las enfermedades, con diferencias significativas entre ricos y pobres, entre los habitantes de la capital y los*



*de las regiones, entre los jóvenes y los viejos y entre los hombres y las mujeres.”*  
(MINSAL(a) Op.cit: 20)

Según la misma encuesta, el año 2003, se evidencia que la población rural está en desventaja por sobre la urbana, siendo la Región Metropolitana la que tiene mejores indicadores en todas las áreas.

También se puede evidenciar la inequidad en la distribución de los recursos de salud *“el gasto per cápita de sector privado es más del doble al del sector público cuyo resultado es que más de dos tercios de las prestaciones generadas, medidas en horas médicas, se ejecuten en el sector privado para cubrir menos de un cuarto de la población”*. (Cid; 2001: 11)

Lo anterior se evidencia en la relación desigual entre la disponibilidad de camas en el sector público y privado, el primero dispone de 31.804 camas para el 68,3% de la población y el sector privado dispone de 11.208 para el 17,6% de la población.

Las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Es así como enferman y mueren con mayor frecuencia que aquéllas que pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas. Esto se hace más crítico en algunos de los grupos más vulnerables. Estas inequidades han aumentado a pesar de que nunca antes han existido en el mundo la riqueza, los conocimientos y la sensibilidad e interés por los temas que atañen a la salud como en la actualidad. (OMS (c) Op.cit)

Dentro de los Objetivos Sanitarios definidos para el decenio 2000 a 2010 tenemos “Disminuir las desigualdades en salud” agregando *“durante la próxima década se deben disminuir las brechas existentes medidas a través de la mortalidad infantil y la esperanza de vida. La reducción de las desigualdades en Chile involucra el esfuerzo de toda la sociedad. Desde el punto de vista sectorial, además de contribuir a este esfuerzo global, las estrategias específicas consideran la*

*focalización de las acciones de salud en los grupos más desfavorecidos, concentrándose en las principales causas de morbimortalidad, y garantizando el acceso y la oportunidad de la atención para estos grupos.” (MINSAL; 2000 (d): viii)*

- **Cambios Demográficos.**

Chile se ve enfrentado a un fenómeno denominado Transición demográfica, el que se caracteriza por el envejecimiento de la población y el aumento de la expectativa de vida.

*“Las pirámides poblacionales, muestran el envejecimiento progresivo de la población del país, con la transformación desde la característica forma piramidal a una forma de pilar. Si bien en 1950 las personas de 65 años y más correspondían al 4,3% de la población, la proyección es que en 2010 serán de 9% de la población” (MINSAL(a) Op.cit: 16)*

Entre los años 1960 y 1997, la tasa de crecimiento chilena se redujo en 43%, lo que indica descenso de la mortalidad y en especial, de la natalidad. Estos dos hechos alteraron la composición y el volumen de personas por edades de la población. Así, la distribución por grupos de edad da cuenta del proceso gradual de envejecimiento. En el Censo de 1982 el 32% de la población era menor de 15 años, cifra que se redujo al 30% en el año 1992, y que permite proyectar solamente un 23% para el año 2020. Por su parte, los mayores de 65 que en 1982 eran el 5.8%, aumentaron al 6.1% el año 1992, en el 2000 son el 10% y se espera que continúen su incremento en los años venideros. (Morales:op.cit)

Por otro lado, el Índice de vejez muestra claramente el cambio estructural que ha sufrido la población chilena hacia la senectud. Si en el año 2000 la relación es de 25 adultos mayores (65 y más años) por cada cien menores de 15 años, lo que equivale a un cuarto; la proyección para el 2010 será de 35 a 100, es decir

aumentará al 35%. Al llegar el 2020, de mantenerse las tendencias observadas, la proporción de senescentes frente a menores de 15 años será de casi la mitad.” (Ibid)

El crecimiento en el número de adultos mayores va a generar un aumento y cambio en demanda sobre servicios de salud, referida a enfermedades propias de este grupo atareo, es decir, enfermedades degenerativas, crónicas y progresivas. Lo que a su vez va a influir en los costos de las prestaciones médicas.

El desafío para el sistema de salud será, generar las políticas que propicien el desarrollo de una vejez más sana y digna, a través de un enfoque multisectorial e intergeneracional. Así el Objetivo Sanitario para 2000 – 2010 define tres áreas centrales, la primera de ellas es el control de los factores determinantes de las enfermedades más relevante desde el punto de vista de la calidad y cantidad de vida (tabaquismo, obesidad, VIH SIDA, ETS, etc.), la segunda área es prevención de las enfermedades que generen mayor mortalidad como las cardiovasculares, cánceres, traumatismo, diabetes, entre otras. Por último, la tercera área a intervenir son aquellos problemas de salud que disminuyen la calidad de la población, tales como, problemas de salud mental, salud dental y enfermedades osteoarticulares. (MINSAL (d); Op.cit)

- **Cambios epidemiológicos.**

El país se enfrenta a un fenómeno denominado transición epidemiológica, el que se caracteriza por disminución de la Tasa de morbilidad por enfermedades transmisibles y el aumento progresivo de morbilidad por enfermedades crónicas y degenerativas. (Salas, 2007)

Según la Encuesta Nacional de Salud (2003) sostiene que la carga de enfermedades está representada por un 73% no transmisibles, 15% Traumatismos y envenenamiento, 10% enfermedades infecciosas, materno y perinatal, 2% mal definidas. El mismo estudio informa que más de la mitad de la población adulta

tiene riesgos altos o muy alto asociados a enfermedades cardiovasculares, que son la primera causa de muerte en Chile. (MINSAL (a) Op.cit)

Si en la primera mitad del siglo XX los principales problemas de salud que experimentaba la población estaban asociados a las enfermedades infecciosas (TBC, tifus, etc.) y a patologías de la madre y del niño, asociadas al parto, el nacimiento y a los primeros años de vida, en el presente siglo se caracteriza por enfermedades crónicas y degenerativas asociadas a condicionantes sociales de la salud.

Los datos existentes en relación a las defunciones por tres grupos de causas de muerte, en grupo de edad, de los años 1909 y 1999, nos permite apreciar la magnitud de los cambios producido en términos epidemiológicos en el país. Se puede observar el claro predominio de las muertes por cuadro infecciones en los inicios del siglo pasado versus el predominio de las muertes por patologías no infecciosas noventa años después.

La estrategia de salud durante el siglo pasado fue adecuada al momento histórico en que se concibió. En la actualidad los problemas de salud, asociados a los cambios de la modernidad de la sociedad, requieren otro tratamiento enfocado a propiciar condiciones de vida saludable.

- **Cambio en las expectativas de la población.**

Dentro del contexto de cambio suscitado a partir de la globalización, el avance de las comunicaciones, internacionalización de la economía, la democratización de las relaciones sociales, avances tecnológicos y científicos entre otros, han generado en la población una mayor expectativa respecto a los servicios que los establecimientos de salud prestan. (Donoso (a) Op.cit)

*“Hoy en día las personas exigen ser tratadas con dignidad, que se les informe respecto a sus alternativas terapéuticas y que se les otorgue la oportunidad de*

*decidir respecto a su salud. También desea que se les atienda en forma oportuna y con una calidad de servicios adecuada y, sobre todo, que se les resuelvan sus problemas de salud” (MINSAL;Op.cit(a): 21)*

Es evidente que las expectativas de la población se constituyen en fuertes demandas hacia los gobiernos, por mejores condiciones en la prestación de los servicios de salud. Es así que dentro de los Objetivos Sanitarios para la Década 2000 – 2010, se plantea como uno de sus 4 objetivos, el de proveer servicios acordes a las expectativas de la población, con el cual se.....

*.....“Pretende incrementar la valoración social del sistema, equiparando los objetivos técnicos en logros de salud con las aspiraciones ciudadanas sobre los servicios de salud que reciben. Con ello se reconoce que, si bien el eje fundamental del sector es mejorar la situación de salud de la población, las acciones que se emprenden con este fin deben darse en un contexto de respeto a la dignidad, libertad e igualdad de los ciudadanos” (MINSAL (d); Op.cit: ix)*

### **Marco organizacional del Sistema de Salud.**

Donoso plantea que al momento de retorno a la democracia, la atención primaria en salud municipalizada presentaba un 50% de desfinanciamiento en sus presupuestos, existía poca capacidad resolutive, el horario de funcionamiento de los establecimientos era rígido, el cual limitaba el acceso a parte de la población, junto con esto el personal se encontraba desmotivado, con problemas de salud mental, salarios insuficientes, falta de capacitación y pérdida de carrera funcionaria, entre otras. La capacidad del Ministerio de Salud en el ejercicio de su rol de supervisión era escasa, la infraestructura y equipamiento hospitalario daba cuenta de la nula inversión en el sector, orientando los recursos mayoritariamente hacia acciones de morbilidad. (Donoso(a) Op.cit)

Así, pese a los esfuerzos realizados durante el primer gobierno de la Concertación, persisten ciertos problemas organizacionales en el sector, insuficiencias que dificultan la capacidad operacional del sistema.

Para el Ex Ministro de Salud Massad, la organización del sistema adolecía de las siguientes dificultades; *“i) una organización excesivamente centralizada, cuyas funciones normativas y de supervisión, se entremezclaban con otras de rango operativo sin un plan que lo justificará, ii) un sistema de recursos humanos rígido y carente de incentivos, iii) una modalidad de gestión autoritaria, poco dispuesta a la participación del personal del sector y de los propios usuarios en el diseño e implementación creativa de las acciones y iv) modalidad de asignación de recursos fundada en variables históricas, más que en enfoques de resultado o de priorización social de la pobreza”* (Massad; Op.cit: 13)

El Ministerio de Salud hasta el año 2005, junto con cumplir funciones regulatorias y normativas, estaba involucrado en la administración de los establecimientos públicos de salud, sin poner énfasis en la coordinación del trabajo de éstos. Esta dualidad y centralidad de las funciones, obstaculizaban la eficiencia de la gestión de salud implementada.

Por otra parte la regulación y fiscalización de los ISAPRES, y de la calidad de los prestadores, eran insuficientes, produciéndose una sensación de desprotección de los usuarios frente a los Seguros. Al mismo tiempo no existía un sistema de acreditación de la calidad de los prestadores tanto públicos como privados, paradójicamente, los Servicios de Salud eran los responsables de autorizar el funcionamiento de los prestadores, y al mismo tiempo era un prestador de salud. (MINSAL(a) Op.cit).

A partir del elemento diagnóstico reseñado anteriormente es que, el año 2000, se comienza a elaborar una propuesta de reforma en el sector, que busca avanzar en los procesos de descentralización y equidad de la salud en Chile. Esta Reforma que se materializa en cinco Proyectos de Ley, que entran parcialmente en vigencia,

el año 2005. Actualmente se encuentra en trámite legislativo el Proyecto de Ley relativo a los Derechos y Deberes de los Pacientes

### **Principios Orientadores de la Reforma.**

El proceso de reflexión sobre los contenidos de la Reforma, comenzó en la década de los 90', incorporándose, durante su proceso de maduración, elementos constitutivos de lo que es en la actualidad.

La Reforma de Salud se sustenta en cinco principios orientadores, que están, a su vez presentes en las distintas modernizaciones del Estado en su conjunto, estos son: Derecho a la Salud, Equidad, Solidaridad, Eficiencia y Participación, los que se detallan en el Documento Reforma de Salud en Chile del año 2004.

- **Derecho a la Salud.**

Este principio plantea que toda persona del territorio nacional, independiente de su edad, educación, sexo, etnia, preferencia sexual o ingreso; tiene derecho a “contar con un mecanismo de protección social y de acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna, para enfrentar situaciones de enfermedad, y a la existencia de condiciones saludables en su comunidad y trabajo, dentro de las capacidades y recursos del país”. (Ibid: 22)

Por su parte el Estado debe generar las condiciones para que este derecho se desarrolle, es decir, debe establecer garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera frente a los problemas de salud que presente la población. Debe generar los instrumentos para que el ejercicio de derecho se haga efectivo, dotando a los usuarios de las facultades y mecanismos para hacerlas exigibles.

- **Equidad en Salud.**

El tema de la búsqueda de la equidad en salud, es una cuestión que genera consenso en los distintos actores sociales y políticos, es por esto que se define en el año 1995, como una estrategia en la búsqueda de la equidad, el fortalecimiento del sector público de salud. Ya que este sector puede garantizar un acceso equitativo, con calidad y oportunidad a los sectores más desprotegidos de la población (MINSAL (h))

*“La equidad en salud, es un imperativo moral que está en la raíz de la voluntad de la reforma. La Reforma de Salud propone reducir las desigualdades evitables e injustas, por la vía de otorgar mayores niveles de protección social y acceso universal a la atención de salud” (op.cit:22)*

- **Solidaridad en Salud.**

Este principio orientador de la Reforma, se entiende como “el esfuerzo intencionado que hace la sociedad chilena para que los más vulnerables tengan iguales garantías que los más favorecidos” (Ibid: 22)

Lo anterior implica que aquellos sectores sociales con mejores condiciones de vida solidarizan con quienes carecen de esas mismas condiciones, a través de una distribución igualitaria.

- **Eficiencia en el uso de los recursos.**

Para poder concretizar los principios expuestos anteriormente, es necesario obtener un alto nivel de eficiencia en el uso de los recursos. La mayor eficiencia “debe alcanzarse a través de mejoras de gestión, que involucra tanto los ámbitos de recursos humanos y financieros; como a los propios beneficiarios en lo referente a una mejor focalización y uso de los subsidios de salud” (Ibid: 23)



- **Participación social en salud.**

La participación social en el área de la salud, es un elemento importante en la vida cívica democrática de un país, ya que implica reconocer en las personas el derecho a participar en la formulación, puesta en marcha y evaluación de las políticas y programas sectoriales.

El Sistema de Salud debe entonces dar cuenta a la comunidad de la calidad, efectividad y oportunidad de los servicios, así como también del uso eficiente de los recursos.

Este principio se comienza a esbozar a mediados de los 90'. Así se puede reconocer en las palabras del Ex Ministro Massad quien dice:

*“La evidencia disponible señala, con poderosa certeza, que la participación social constituye un elemento clave en la definición del éxito o fracaso de los procesos de cambio.”*

*Agregando que, “la participación cumple finalmente, un rol clave en la construcción de mecanismos de control social, los que resultan determinantes para garantizar un adecuado uso de los recursos en la satisfacción de las necesidades de la gente” (Massad; Op.cit: 16)*

### **Leyes de la Reforma.**

La Reforma de Salud contempla Cinco Leyes, de las cuales cuatro se encuentran hoy vigentes. Dichas leyes se constituyen en las herramientas institucionales y legales que posibilitaría avanzar en dirección a lograr los objetivos de la Reforma de Salud, es decir, tener una salud que respete los principios del derecho a la salud, de la equidad, la solidaridad, la eficiencia y la participación.

- **Ley de Autoridades Sanitarias y Gestión (Ley 19.937, febrero de 2004)**

La Ley de Autoridades Sanitarias crea dos Subsecretarías, separando las funciones de provisión sanitarios y regulación del sector, fortalecer la autoridad sanitaria y creando un sistema de acreditación de prestadores públicos y privados. “Esta nueva estructura es el resultado de la aplicación del principio de separación de funciones al sector y de la voluntad política de entregar más autonomía y competencia a los gestores directos del sector”. (MINSAL(a) Op.cit:24)

La **Subsecretaría de Salud Pública** se preocupa de definir las políticas sanitarias, protocolos de atención, criterios para la acreditación de la calidad de los servicios y la **Subsecretaría de Redes Asistenciales** se preocupa de organizar la red asistencial, para dar cumplimiento a la demanda de la población, organizando la red en función de las necesidades de salud, es decir Gestión de la red asistencial. (MINSAL (c); Op.cit)

La autoridad sanitaria de las regiones son las Secretarías Regionales Ministeriales (Seremis), estas son las encargadas de la aplicación y regulación de las directrices de salud pública. A su vez los Seremis, trece en todo el país, son parte de los Gabinetes de los Gobiernos Regionales, encargados de esta función por el Presidente de la República. (op.cit.)

Los Servicios de Salud son los organismos encargados de gestionar la atención de nivel hospitalario y de especialidades. A partir de esta Ley los Servicios de Salud serán organismos que tendrán gran autonomía administrativa y sus Directores deberán de actuar como gerentes de la Red Asistencial, es decir, se hacen responsables de la gestión de Hospitales CDT y CRS, así como Consultorios adosados de especialidades y Consultorios externos de Atención ambulatoria. (Ibid)

A los hospitales de mayor complejidad, denominados Autogestionados, se les dará mayores atribuciones y capacidades operando con mayor autonomía en su

gestión, esperándose que para el año 2009 que los 56 hospitales de mayor complejidad adquieran esa categoría. (Ibid)

La Atención Primaria, por su parte mantiene el estatus actual, dependiendo directamente de las Municipalidades, al mismo tiempo que forman parte de la red asistencial. Lo anterior se regula por convenio y compromiso de gestión establecidos entre los servicios de Salud y Municipalidades respectivos. (Ibid)

- **Ley del Régimen General de Garantía en Salud - AUGE (Ley N° 19.996, Abril 2005)**

La Ley AUGE conocida también como Sistema GES, define un sistema de garantías explícitas para, actualmente 56 enfermedades, garantizando la calidad, oportunidad y protección financiera de la persona que adolece de la enfermedad. (SEGPRES (b); Op.cit)

La garantía de calidad se refiere a que la atención la brindarán establecimientos acreditados según normas de calidad definidas por el Ministerio de Salud. Por su parte la garantía de oportunidad se refiere a la definición de plazos para el proceso de atención en cada enfermedad, para ello se diseña un protocolo que norma el proceso. Estos son derechos exigibles porque están amparados por la Ley, por lo tanto puede ser exigibles en la Superintendencia de Salud. Por último, la protección financiera asegura que el costo de los servicios de salud por las 56 enfermedades no podrá excederse de un porcentaje del sueldo de la familia y siendo gratuito en las familias de bajos ingresos. (AUGE 56: 2007)

- **Ley de Financiamiento**

Por medio de esta Ley se logró aumentar el IVA en un 1% y alzas de impuestos específicos para financiar los costos de la Reforma de Salud, específicamente el Plan de Salud con Garantías Explícitas.

Esta Ley también generó recursos para otro programa social, cual es el Chile solidario. (op.cit)

- **Ley de ISAPRE,**

Por medio de esta Ley se crea la Superintendencia de Salud, la que reemplaza a la Superintendencia de ISAPRE. Esta nueva instancia tiene un rol regulador tanto sobre el sistema público como privado.

La Superintendencia de Salud tendrá un rol fiscalizador tanto sobre los proveedores públicos y privados, con especial atención en las prestaciones incluidas en el AUGE. Otras de sus atribuciones es la acreditación de prestadores, tanto las instituciones como los profesionales. Con esto se busca mejorar los estándares de calidad de la salud de Chile. (MINSAL (a); Op.cit)

La Ley de Isapre contiene normas relativas a: los reajustes de los planes de salud, la elaboración de catálogos valorizados de prestaciones, la difusión de información por parte de la Superintendencia sobre los prestadores en convenio y el registro de ventas. Lo anterior busca transparentar en sistema y proteger a los usuarios del sistema privado. (Ibid)

- **Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes.**

Esta Ley se encuentra en proceso ya que han recibido indicaciones en el Parlamento. Dentro de los aspectos que considera esta Ley tenemos, el derecho a la información, derecho al consentimiento informado y autonomía de las personas para decidir sobre su salud.

### **3. Modelo de Atención Integral en salud.**

Junto con las transformaciones definidas por el nuevo marco legal, se diseñó y puso en funcionamiento un nuevo Modelo de Atención en Salud, de esta forma se

busca ofrecer una perspectiva más amplia y apropiada para enfrentar los nuevos desafíos expresados en la Reforma de Salud, en los Objetivos Sanitarios para el Decenio y en los procesos de modernización de la gestión pública. (MINSAL: 2005(f))

La transformación del actual modelo de atención busca hacia la obtención del máximo impacto sanitario de sus acciones. Esto implica un énfasis en la promoción y prevención de la salud, la resolución integral y en red de los problemas de salud, la resolución ambulatoria de la mayor parte de los problemas de salud, el uso racional de tecnologías sanitarias, con eficacia y efectividad científica demostrada y el desarrollo de Hospitales públicos al servicio de los requerimientos de la red asistencial, sustentables y enfocados al desafío que introduce la problemática de salud del adulto. (Ibid)

El énfasis en la promoción y prevención se orienta al control de los factores de riesgo de enfermar por condiciones ambientales y sociales, a la creación de condiciones materiales y modificaciones conductuales para una vida saludable y a la prevención de enfermedades mediante pesquisa oportuna de factores de riesgo o el diagnóstico precoz de éstas. Por su parte, la resolución ambulatoria se desarrolla a través de la incorporación de mecanismo de financiamiento que incentiven la atención ambulatoria y el desarrollo racional de las especialidades clínicas orientadas al impacto sanitario, a la mayor resolutiveidad, al enfoque por procesos clínicos y a la mejoría de la equidad en salud. (Ibid)

### **Definición del Modelo de Atención Integral en Salud.**

El Modelo de Atención Integral en Salud se define como un “conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hecho aislado, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes

a diferentes tipos de familias y comunidad, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente, físico, social y cultural.” (Ibid: 9)

### **Objetivos del Modelo de Atención.**

En concordancia con lo planteado anteriormente los objetivos de Modelo son los siguientes:

- *“Acercar la atención a la población beneficiaria, aumentar la satisfacción del usuario, mejorar la capacidad resolutive y controlar los costos de operación del sistema simultáneamente, sin privilegiar alguno de estos factores en desmedro de los otros.*
- *Alcanzar un aumento creciente de las acciones de promoción y prevención, en relación a las acciones asistenciales.*
- *Incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación, donde el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.*
- *Entregar una atención de calidad, con el uso de tecnología adecuada, basada en la evidencia, tanto en los establecimientos de atención ambulatoria como cerrada, acorde a los nuevos requerimientos epidemiológicos y demográficos de la población”.* (Ibid: 11)

### **Característica del modelo Integral de Atención.**

Dentro de las características principales de este modelo, es que se *centra en el usuario*, lo que significa que se debe facilitar el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en el ámbito de la salud. Esto se traduce en la participación activa del usuario en su proceso de atención, en la obtención de información, en la forma de

trato y en el desarrollo de capacidades de auto cuidado, de modo de producir adherencia al tratamiento y el cambio frente a conductas de riesgo. (Ibid)

Otro aspecto que caracteriza el modelo es la *Participación en Salud*, esto implica que el equipo de salud crea los espacios y mecanismos para acoger la preocupación, necesidades y propuestas de la comunidad, entrega información y desarrolla las capacidades para enfrentar los conflictos y tensiones que esta apertura implica. Por otro lado, los ciudadanos conocen y ejercen sus deberes y derechos, se organizan y definen responsabilidades y estrategias para alcanzar las metas comunes. (Ibid)

*“Las organizaciones no pierden autonomía ni niega su capacidad de negociar las mejores opciones en esta materia y realiza control social sobre la gestión, a través de la articulación de esfuerzos a nivel local, generándose un trabajo colaborativo que permite la toma de decisiones de manera conjunta.”.....*

*“El Modelo de atención incorpora la participación en salud como un proceso social en que la institucionalidad pública y la comunidad asumen responsabilidades en este ámbito, para enfrentar en forma colaborativa y coordinada los desafíos y decisiones que se generan en el nivel local. La comunidad y los equipos de salud, identifican y analizan los problemas, formulan y negocian propuestas y satisfacen activamente las necesidades priorizadas de la población, de una manera deliberada, democrática y concertada” (Ibid: 16)*

Otra de las características del Modelo son: el énfasis en la promoción y prevención, el enfoque de salud familiar, el carácter integral, la centralidad en la atención abierta o ambulatoria, la intersectorialidad, la calidad de los servicio, el uso de tecnología apropiada y la gestión de las personas trabajadores y trabajadoras de

salud. Dentro de las estrategias que propone el Modelo para llevar a cabo su propósito, se orienta al fortalecimiento de la Atención Primaria de salud, al fortalecimiento del Modelo de Salud Familiar y de la accesibilidad, a la transformaciones hospitalaria, tendiendo a la ambulatorización de la atención y en organización de servicios de atención cerrada y, por último, a la rearticulación de la red asistencial. (Ibid)

Para terminar diremos que, a partir del contenido de éste Capítulo, hay que reconocer los aciertos y dificultades que ha afrontado la Salud Pública chilena a lo largo de nuestra historia, así como también los desafíos que debe enfrentar para dar respuesta satisfactoria a los imperativos éticos y políticos que demanda la sociedad chilena. Los procesos de Reforma de la Salud, modernización de la gestión y cambio de Modelo de Atención, por si sólo no son garantía de desarrollo de la salud en Chile, es menester reconocer el importante rol que le cabe a las personas – usuarios, ciudadanos – en estos procesos, solo la participación en salud posibilitará una cooperación entre los distintos actores del proceso de manera de avanzar en el ejercicio del derecho a la salud.



## **CAPITULO VII**

### **PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD EN CHILE**

El tema de la salud es un elemento que sin duda ha estado siempre presente en la contingencia nacional. Es así como vemos que a lo largo de la historia de nuestro país, el sistema de salud ha sufrido una serie de reformas, las que han pretendido dar solución a las necesidades de salud de la población. En muchas de ellas la sociedad civil ha estado involucrada en los procesos, pero en otras no, es así como a continuación, se realizará la descripción de los procesos que se han realizado en torno a la participación de la comunidad en el área de la salud, en perspectiva de reconocer la evolución histórica que ha tenido este proceso en nuestro país.

#### **1. Participación en salud según la Organización Panamericana de la Salud.**

La participación en salud es un tema complejo que ha estado presente en la agenda de muchas organizaciones, tanto nacionales como internacionales, hace ya un tiempo. Uno de los organismos internacionales, que trabaja desde inicio del siglo XX, es la Organización Panamericana de la Salud, la cual por medio de diferentes conferencias ha orientado las intervenciones en salud de los países miembros de América Latina y el Caribe, incluyendo a Chile.

En el año 1988, producto de la 33° Reunión del Consejo Directivo de la OPS, los países miembros de dicho consejo, adoptaron el desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud, SILOS. Estos sistemas locales de salud son la articulación de todos los recursos que existen en una zona para su mejor utilización, adecuación a la realidad local y por sobre todo el establecimiento de una relación de mutua responsabilidad con la población adscrita, esta responsabilidad es clave para el ejercicio adecuado y eficiente, ya que crea las condiciones favorables para realizar

procesos de diseño, programación y evaluación, por medio de una real participación comunitaria. (Escobar: 2001)

A partir del fortalecimiento de los SILOS se generan tres líneas de acción fundamentales: “i) *la descentralización de los recursos y la toma de decisiones con respecto al uso y el manejo de dichos recursos; ii) la coordinación intersectorial de las políticas y acciones para el desarrollo de la salud; iii) y la participación social para lograr el análisis de los problemas y necesidades conjuntamente entre el equipo de salud, la autoridad político-civil local y organizaciones de base representativas de la población en la formulación de propuestas para mejorar la salud y la calidad de vida*” (OPS; 1996 (d): 3)

A partir de esta reunión se produjo un importante cambio en la forma de entender la participación en salud, como así también la forma en que los países miembros la podrían recurrir a ella. Ya que su utilización estaba en directa relación con la prevención y mejoramiento del medio, pero no se incorporaba en la toma de decisión en momentos claves, tales como el de problematización y el de generación de propuestas de solución a los temas de salud. (Escobar: op.cit)

Es así que la participación en salud se entendería como “*la capacidad de los actores de contar con la información y el poder para negociar las propuestas de la comunidad. Es decir, ser sujeto que participa en las decisiones, no solamente estar involucrado en una acción colectiva. La participación es vista como la posibilidad de influir en los hechos*” (OPS; op.cit: 15)

Con la nueva forma de entender la participación, se buscaba reafirmar los principios de equidad y democratización, ya que los sistemas de salud de los países miembros, evidenciaban un fuerte centralismo en la toma de decisiones y en la conducción. Para poner en práctica esta nueva participación se estableció como radio de acción el espacio local, ya que por su naturaleza es un espacio privilegiado para poner en práctica el modelo de cogestión participativa.

Si bien la participación social en salud ha estado incorporada en los distintas recomendaciones que genera la OPS, expresándose en resoluciones emanadas de diversos eventos y en el desarrollo de programas de cooperación, ejemplo de ello es la Declaración de Alama – Ata (1978) y la Carta Ottawa (1986), es a partir de los SILOS, su incorporación en las distintas estrategias que impulsan los Gobiernos en el área.

Cabe señalar que en Chile no se implementaron los SILOS, ya que se privilegió la creación de los Consejos de Desarrollo, como mecanismos de participación comunitaria y social. (Escobar, Op.cit)

## **2. Políticas de Participación en salud en Chile.**

La participación de la comunidad en los temas de salud, ha sido un fenómeno presente a lo largo de la historia de la salud pública en Chile, ésta ha tenido diferentes maneras de expresión de acuerdo al momento histórico en que se ha suscitado, es así que a continuación se realizará una breve reseña histórica de dicha participación, a partir de la década del 70´.

### **Participación social en salud: 1970 - 1973.**

Este período de la historia de la salud pública en Chile, estuvo marcado por un sinfín de estrategias de participación en salud, pero sin duda uno de los más relevantes fue la promulgación del Decreto Ley 620 del 1º de Septiembre de 1971, el cual da inicio al proceso de democratización del Servicio Nacional de Salud, con el fin de integrar y coordinar a todos los actores sociales de la época en función de generar mejores condiciones de vida para la población. A su vez se incorporó el factor ideológico, producto de la constitución de una salud a partir de las concepciones de la población. (Fernández, Op.cit)

El DFL 620 consideraba, dentro de sus postulados, la constitución de un Consejo Local de Salud en cada establecimiento del servicio, como así también en

cada área de salud, estos consejos debían cumplir ciertas funciones, tales como; examinar los problemas de salud de la comunidad y proponer soluciones, integrar a los miembros de la comunidad en las soluciones acordadas y difundir las tareas que realizaban en relación a la salud. Por otra parte los Consejos, debían cumplir con ciertas obligaciones en relación a 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 usuaria con el objetivo de evaluar los diferentes programas y denunciar las faltas administrativas para formular medidas para su formulación.

Según Hernández (1973), los consejos locales de establecimientos de salud, estaban constituidos por el jefe de establecimiento del SNS, un representante de cada una de las organizaciones poblacionales circunscrito al territorio del establecimiento, un representante de los trabajadores y/o campesinos, representantes de organizaciones de trabajadores del establecimiento y funcionarios del mismo, un representante del gobierno interior, un representante municipal y un representante local de educación.

A su vez, en cada establecimiento existía la constitución de un Consejo Paritario de Establecimiento, el cual tenía, entre otras funciones, contribuir a la definición de programas de salud, a su vez todos sus representantes debían asistir a las reuniones del Consejo Local del Establecimiento.

Por otro lado, durante este período, los equipos de salud, delegaron algunas funciones y obligaciones a la comunidad, en función de que realizaran tareas concretas, con el fin de que ésta se hiciera responsable de detectar sus problemas de salud y así poder solucionarlos. Bajo este contexto surgen lo que actualmente reconocemos como voluntariado. *“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”* (Ibid: 16)

El trabajo de estos voluntarios está orientado básicamente a la concreción de tres tareas; a) prevención, ligado a la educación de la población, b) censo, realizaban registros permanentes de las familias del sector y c) control, del saneamiento ambiental, de los recién nacidos, niños menores de tres meses y de los niños desnutridos. (Fernández, Op.cit).

Bajo las directrices señaladas anteriormente se desarrollaba la participación durante ésta época.

### **Participación social en salud: 1973 - 1989.**

La transformación del sistema de salud durante este período, estuvo orientada bajo la lógica de la eficiencia y la suspensión de la garantía de salud universal y solidaria. A su vez el sistema fue reformado, delegando parte de sus funciones al sector privado (ISAPRES), al mismo tiempo existió una reducción del gasto social, el cual afectó en el acceso y la calidad de los servicios de salud. Es evidente que a partir de estos procesos comienza a existir un sistema de salud dual, es decir, un sistema de salud para pobres y ricos. (Escobar, op.cit)

En relación a los espacios de participación, sin duda lo ganado durante la época anterior, rápidamente se perdió durante la dictadura militar, básicamente se desarticuló la vinculación comunidad – consultorio, masificando la concepción biomédica de la salud, tanto en la atención primaria como en hospitales. El gobierno de la época reprimió todas las instancias de organización y participación de la comunidad, no tan sólo en el ámbito de la salud, sino que en todos los ámbitos de la vida de la sociedad.

La participación originada bajo este contexto se vincula eminentemente a los Organismos no Gubernamentales (ONGs), las iglesias y las organizaciones sociales poblacionales; quienes suplieron al gobierno en la tarea de prevención y recuperación de la salud de la población, en especial a la de escasos recursos, esto

a través de la creación de espacios alternativos de atención de salud y la generación de capacidades en los pobladores para enfrentar la problemática de salud local. A su vez estos organismos aportaron las soluciones, conocimientos y metodologías participativas, para el trabajo con la comunidad, por medio del desarrollo de metodologías de educación popular en salud. (MINSAL (e) op.cit)

### **Participación social en salud. Década del 90´.**

El comienzo de este período no fue fácil, ya que al momento de retornar a la democracia, el sistema de salud mostraba profundas carencias y problemas, con ausencia de condiciones para facilitar su reconstrucción. Así en este marco general, el Ministerio de Salud propone para el período 1990 - 1993, desarrollar el Programa Minsal/ONG, - como reconocimiento al trabajo realizado durante el gobierno militar - con el propósito de cumplir con las líneas generales que fija el Presidente Aylwin, de reconstruir y consolidar al sistema público, con la participación amplia de los sectores y actores sociales de la sociedad.

*“Una de las primeras tareas realizadas por el Ministerio de Salud, fue ratificar públicamente el compromiso asumido por las nuevas autoridades e iniciar un proceso de comunicación y construcción de mecanismos de articulación. Ello se expresó en el primer evento nacional que reunió a los 26 Servicios de Salud - representados por sus Directores de Atención Primaria – con las ONG que trabajaban en salud en las diferentes regiones del país”* (Ibid: 10) Todo esto con el fin de reforzar la atención primaria, transformando los consultorios en centros de salud.

Es así que, a partir de la iniciativa anteriormente señalada se comienza, por medio de programas y políticas el proceso de reestructuración, fijando como principios orientadores de su accionar la equidad, la descentralización y la participación social, como ejes del desarrollo de un sistema público de salud eficiente y al servicio de la población.

Bajo este contexto, el Ministerio de Salud, siguiendo las orientaciones de la OPS, define en 1993 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, mejorar, 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 los grupos y organizaciones representativas de la población en un territorio definido”. (Correa y Noé; 1998: 178)

A partir de esta nueva conceptualización de la participación social en salud, el Minsal, comienza a generar líneas de trabajo en torno a la participación, las que tenían como orientación; i) la redistribución del poder, la democratización del conocimiento y la construcción de saberes sociales, ii) la generación de condiciones e instancias formales de participación, y iii) el desarrollo y fortalecimiento de organizaciones y redes sociales, que permitan establecer una interlocución válida entre equipos de salud y comunidad local. (Escobar, op.cit)

La participación asume dos corrientes dentro de la política emanada del Ministerio. Una de sus corrientes está relacionada con el cuidado, prevención y promoción de la salud, en donde ésta se concibe desde una perspectiva más amplia, donde confluyen factores biológicos, psicológicos y sociales. En términos concretos, la participación bajo esta línea, se vincula al autocuidado y a la acción colectiva en pos de la detección y tratamiento de enfermedades, fortaleciendo los establecimientos de atención primaria, otorgándoles el carácter de centros de salud, donde el equipo de salud se integra de manera activa a las redes comunitarias, interactuando cotidianamente con la población local, recogiendo sus necesidades y estableciendo iniciativas conjuntas para su resolución.

El Ministerio, por otro lado asume el desafío de aplicar su política de participación dentro de la gestión del sistema público de salud, incorporando al usuario como centro del quehacer, generando espacios para que éstos tengan opinión y decisión en los programas que desarrolla cada servicio. Es así que a partir

de esta corriente surgen los denominados Consejos de Desarrollo o Comité de Participación, integrados en un 70% por la sociedad civil.

Las dos corrientes descritas a priori, se han concretizado en diversos programas, a partir del gobierno de Aylwin (convenio MINSAL-ONG).

Durante el gobierno del Presidente Frei, a través del cambio en el sistema de financiamiento de la atención primaria, se busca fomentar las actividades relacionadas con la prevención y promoción de la salud. Es así que se generan iniciativas provenientes de los equipos de atención primaria, por medio de la realización de actividades de promoción o prevención de salud en su territorio, a través de proyectos locales, financiados por el servicio de salud, a partir del Programa de Reforzamiento de la atención primaria.

A su vez, se comienzan a establecer los Proyectos Comunitarios de Prevención, como fondo concursable para aquellas actividades orientadas a prevenir el consumo de drogas en jóvenes y adultos. Este fondo es administrado en conjunto con las Municipalidades.

En relación a la acción comunitaria e intersectorial, durante el año 1995, se propicia la formación de los llamados Comités de Participación en todos los establecimientos de la red asistencial (podrán denominarse también Comité o Consejo de Participación Social, Comité de Desarrollo de Hospitales, Comité o Consejo de Salud Local o Comunal, Comité de Usuarios o Comité o Consejo de Participación). Estas instancias tendrán un carácter asesor a la dirección del establecimiento o servicios de salud y podrán realizar funciones de carácter informativo, propositivo, evaluativo, promotor y/o consultivo. Estarán constituidas por representantes de los usuarios, la comunidad local y el establecimiento de salud. (Correa et al, op.cit)

En regiones, se propone reactivar y fortalecer los denominados Consejos Consultivos Regionales, presididos por los CEROMA de Salud, estos consejos



estuvieron conformados por los actores del sistema y la comunidad organizada en el territorio.

Por otra parte, en el mismo año (1995), se abre otro espacio de participación en los municipios, el Plan de Salud Comunal, este plan consiste en la elaboración de objetivos y plan de acción para resolver las necesidades de salud de la población de manera participativa, con los recursos que cada municipio posea, bajo la supervisión del Ministerio de Salud.

Entre ambas corrientes de acción impulsada por el MINSAL, a través de la Unidad de Participación Social, fueron impulsados dos programas, los que pretenden ser entes coordinadores del trabajo en torno a la participación que se ha estado desarrollando.

Se trata, por una parte, del Programa Salud con la Gente, el que comienza a desarrollarse, desde el Ministerio como experiencia piloto en 1995, ya para 1996 se amplía a través de los servicios de salud de 7 regiones, este programa consiste básicamente, en el traspaso de recursos a organizaciones sociales vinculadas a la salud para apoyar sus acciones, mediante la firma de compromisos de acción que describen la actividades que las organizaciones pretenden realizar y los apoyos que los establecimientos locales entregarán para tener éxito en dichas acciones. (Ibid)

El propósito que sustenta el programa Salud con la Gente, es eminentemente fortalecer la capacidad de acción que poseen las organizaciones sociales, para que se constituyan en interlocutoras de los establecimientos y a su vez tengan un rol activo en los Consejos de Desarrollo; esto se traduce en el apoyo a las acciones que han desarrollado las organizaciones de manera autónoma, como así también abrir los establecimientos a estas mismas, e incorporarlos en su gestión.

Por otro lado, la Unidad de Participación del Minsal, a partir de 1996, ha puesto en práctica la estrategia impulsada desde la OPS, Municipios Saludables, para ello se realizó un estudio de los municipios del país, con el fin de detectar en

grado de conocimiento y aceptación de esta estrategia, que busca coordinar al municipio con diversos servicios públicos y organismos de la sociedad civil para definir en conjunto un plan de acción en perspectiva de mejorar la calidad de vida de la población, es así que los primeros en implementar esta estrategia fueron los municipios de Quillota y Valdivia.

Ambos programas poseen una suerte de coordinación de la participación desarrollada en el área, ya que ambos poseen una visión amplia del concepto de salud el que incorpora aspectos preventivos y promocionales, y a su vez están directamente relacionados con la participación en la gestión de los establecimientos.

En el año 1998 el Minsal, creó el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud, este consejo opera bajo la imagen corporativa de VIDA CHILE, ésta es una instancia de coordinación de política superior y cuyo carácter es intersectorial, es presidido por el Ministro de Salud y cuenta con la participación de 20 instituciones de representación nacional.

VIDA CHILE, para el período 2000 – 2006, se plantea detener la explosión de los factores de riesgo, desarrollar los factores protectores de la salud con carácter psicosocial y ambiental, a su vez fortalecer los procesos de participación ciudadana y fortalecimiento de redes sociales, entre otros. Todas estas metas deberán ser implementadas por los Consejos Regionales o Consejos Comunales.

A partir de la revisión de la historia de la participación en salud que anteriormente se ha realizado, podemos decir que este proceso se ha desarrollado según la realidad que atravesaba nuestro país en cada época, lo que sin duda, se convierte en elemento constitutivo de la actual realidad de participación en salud que se desarrolla en nuestro país.

### **3. Políticas de Participación en salud en la actualidad.**

A partir del año 2000, producto del Instructivo Presidencial de Participación Ciudadana, la política pública en salud ha entrado en una transformación, ésta busca ser un instrumento de diálogo permanente entre el sector sanitario y la sociedad civil con vista a mejorar la gestión pública de salud y la adecuación de los servicios a las necesidades y demandas de la población. (MINSAL (g), 2003).

Es así, que en base a lo definido por el Presidente Lagos, el Ministerio de Salud se plantea “contribuir a desarrollar una política de participación que posibilite el control social de la gestión pública de salud y el establecimiento de relaciones colaborativas entre la red asistencial y las redes comunitarias de manera de generar respuestas adecuadas de la red de servicios de salud a las necesidades de la población en un marco de democratización de la gestión y respeto por los derechos y deberes de las personas” (Ibid: 5)

En este marco, la Unidad de Participación Social del Minsal, respondiendo a la necesidad de potenciar la participación como herramienta de control social sobre la gestión, potenciando y validando la participación de la comunidad y usuarios en el ejercicio de las políticas de salud definió las siguientes líneas de acción.

#### **Participación y control social de la gestión.**

Con esta línea de trabajo se busca contribuir al diseño de políticas por medio de modalidades participativas, entregando asesoría metodológica a los consejos consultivos y coordinadores de red, a su vez asesorar en temas relacionados con rendición de cuentas ante la ciudadanía, con el fin de transparentar la actividad pública y la democratización del conocimiento y la información, y por último, generar las orientaciones técnicas y metodológicas para el desarrollo de las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS).

Dentro de esta línea de acción, se enmarcan los siguientes mecanismos de participación ciudadana, actualmente en funcionamiento en los establecimientos de salud de la red.

### **Consejos de Desarrollo.**

Esta instancia de participación busca el fortalecimiento y desburocratización de las diversas formas de participación que posee la comunidad al interior del establecimiento de salud. Fueron creados en el año 1995, con el fin de facilitar el control social de la gestión pública, contribuyendo al buen funcionamiento de los establecimientos y dar respuestas adecuadas a las demandas de los usuarios. (MINSAL (b) Op.cit). Esta instancia de participación en salud, será presentada con mayor detención al final de este capítulo.

### **Cuentas Públicas.**

La Cuenta Pública es la forma en que las autoridades de Gobierno dan cuenta a la ciudadanía respecto de los logros institucionales y el cumplimiento de las políticas sociales. De esta forma se explicita el uso de los recursos que el Estado de Chile pone en manos de los servicios públicos, y se abre espacio a la participación y el control social. (Ibid)

La Cuenta Pública es una herramienta de democratización de la información y de transparencia de la gestión pública. Éstas en el sector público de salud, dan cuenta de los logros en materia sanitaria, inversiones y mejoras de la gestión de los Servicios de Salud y establecimientos de la red asistencial, como compromiso formal con el país. Se realizan durante el primer trimestre de cada año, comenzando por la cuenta pública del Sr. Ministro de Salud, seguida de la Cuenta Pública de los Directores de los Servicios de Salud y de los Directores de los Hospitales y Centros de Salud.

La Cuenta Pública en el sector público de salud se inició el primer trimestre de 2003, llegando hasta un 70% de cumplimiento, comenzando con la Cuenta Pública del Ministro de Salud, seguida de la Cuenta de los Servicios de Salud y de los Directores de los hospitales tipo 1.

### **Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS).**

Las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias constituyen el primer punto de contacto de los usuarios con la red asistencial y la primera oportunidad de ejercicio ciudadano para la población. Permiten recoger sistemáticamente la opinión de los usuarios sobre la calidad de los servicios y establecer áreas críticas en torno a las cuales definir estrategias y planes de mejora de la gestión.

La misión de las OIRS es constituirse en un espacio de participación, interacción y acceso de las personas a todas las Instituciones que correspondan al Sector Salud, con la finalidad de garantizar el derecho de los ciudadanos sin discriminación, a informarse, sugerir, reclamar y/o felicitar, acerca de las materias propias del sector, en un marco de respeto a todas las personas que constituyen el medio y la finalidad de las acciones del sector, de manera de contribuir a una atención de excelencia. (MINSAL (g), op.cit)

Las OIRS deben constituirse como espacios comunicacionales que permitan coordinarse con otras reparticiones públicas, atendiendo a la ciudadanía sin discriminaciones, entregando a todos los ciudadanos una atención oportuna y de calidad. Por lo tanto, la OIRS debe ser el reflejo del Modelo que el sector ha establecido, teniendo claridad en los procedimientos y plazos de entrega de servicios / benéficos / trámites, la canalización de solicitudes ciudadanas al interior de la institución, sus mecanismos y plazos de respuesta y los medios de información utilizados para con el ciudadano.

## **Presupuesto Participativo.**

Los presupuestos participativos tienen como objetivo permitir el acceso de la población a las decisiones sobre su salud, mediante un espacio de cogestión, donde la comunidad y el Servicio de Salud deciden juntos sobre parte de las inversiones, buscando democratizar y hacer más transparente la gestión sanitaria.

Con la implementación de este proceso, se apuesta por la potenciación de una democracia participativa que abra a las y los ciudadanos un acceso a la toma de decisiones. En este sentido busca el fortalecimiento de la participación directa de la población en la elaboración y la ejecución del presupuesto municipal en salud, dando prioridad a los programas que a la comunidad le interesan, como así también a presupuestar desde las necesidades directas de la ciudadanía comprometida con el proceso (MINSAL(b), op.cit)

## **Corresponsabilidad en Salud.**

La población tiene diversas maneras de sostener, en una forma solidaria, las condiciones y necesidades de las personas, esto representa un recurso de las comunidades. Esas posibilidades y capacidades han estado históricamente en una interacción con la institucionalidad en salud, la que ha encontrado distintas formas de diálogo, silencios y contradicciones.

El trabajo conjunto entre equipos de salud y organizaciones comunitarias genera un conjunto de estrategias que contribuyen al fortalecimiento de vínculos entre ambos actores sociales. Entre éstas pueden señalarse como centrales, el reconocimiento y visibilización de las competencias de las organizaciones comunitarias y la formalización de trabajo colaborativo. (MINSAL (g), op.cit)

## **Asistencia técnica y metodológica en participación.**

La Unidad de Participación del Minsal, por medio de esta línea de acción busca entregar asistencia técnica y metodológica a los equipos de participación en salud de los diferentes servicios de salud, en materias referidas a planificación participativa, modalidades de rendición de cuentas, metodologías cualitativas de consulta ciudadanas, entre otros temas. Dentro de su trabajo en esta línea tenemos:

### **Formación de Recurso Humano en tecnologías para la participación.**

La modernización de la gestión pública de salud, busca el fortalecimiento de la de la gestión participativa a nivel de la red pública de salud, por medio de programas de formación y capacitación de recursos humanos en ámbitos relacionados con la gestión participativa, la humanización del trato y la protección y ejercicio de derechos, esta formación, capacitación está dirigida a directivos, encargados de participación de los servicios de salud, encargados de OIRS. (MINSAL (b), op.cit)

### **Ciclos de premiación.**

La premiación busca contribuir al fortalecimiento y desarrollo de ciudadanía, democracia y gobernabilidad local, construyendo una gestión pública local participativa que estimule la responsabilidad de la ciudadanía en los asuntos públicos y el ejercicio y reconocimiento de los derechos ciudadanos.

A través de las premiaciones se pretende por una parte certificar y reconocer públicamente experiencias innovadoras en participación ciudadana; en perspectiva de replicarlas, difundir sus características y aprender de sus aportes.

#### 4. Consejos de Desarrollo Local en Salud.

En el marco de la modernización de la gestión pública en salud, la participación es concebida como una estrategia básica y fundamental para la consolidación del sistema democrático, el logro del bienestar y la inclusión e integración social. Así como la participación es fundamental, a su vez también la descentralización, equidad y las necesidades sentidas de los usuarios del sistema son principios orientadores y estratégicos del proceso de modernización del sector público de salud.

Es así que dentro del Sector Salud, la participación es considerada como un medio para constituir usuarios informados acerca de los estilos de vida saludable, como así también es un mecanismo que fortalece los sistemas. A su vez ésta participación crea comunidades con capacidades de interlocución, que actúan solidariamente y ejercen un control social sobre la gestión de los Servicios de Salud. (Ibid)

La participación social en salud *“apunta a lograr la disminución de las brechas de equidad tanto en el acceso, oportunidad, protección financiera y calidad de la atención como en el acceso a los medios necesarios para asegurar mejores condiciones de vida y de salud”* (Ibid: 1)

La participación social en salud, es una estrategia de intervención que es utilizada hace varios años en el sistema, es así que a partir del año 1995 se inicia la creación de la instancia de participación denominada genéricamente Consejos de Desarrollo en los hospitales, éstas son instancias asesoras de la dirección de los establecimientos en aspectos vinculados con la gestión y que desarrollan funciones de tipo informativo, propositivo, promotor, consultivo, evaluativo y decisorio. (Ibid)

Estas instancias de participación durante su evolución han tenido diferentes denominaciones, entre ellas; Consejos Consultivos, Comités de Salud Comunal, Comités Locales.



Los Consejos de Desarrollo están integrados por representantes del personal de salud y comunidad, esta entendida como todos los usuarios del establecimiento de salud, pero a su vez aquellas organizaciones sociales adscritas al territorio que abarca el establecimiento de salud, algunas de ellas son; juntas de vecinos, organizaciones funcionales, organizaciones comunitarias de salud, voluntariados, organizaciones de trabajadores, ONG, iglesias, instituciones públicas y privadas, comercio u otras con asentamiento local.

Para especificar de mejor manera el trabajo de estas instancias, el Ministerio de Salud, a través de la Unidad de Participación Social, propone las siguientes áreas de acción.

- i. Participar en la formulación, implementación y evaluación de los planes de desarrollo del establecimiento.
- ii. Colaborar en el diagnóstico de salud de la población.
- iii. Informar a los usuarios y comunidad sobre el funcionamiento del establecimiento (programas, sistemas de atención, vinculación con otros establecimientos de la red pública, atención de urgencia, especialidades, campañas sanitarias, otros)
- iv. Analizar información proveniente de las OIRS y medición de la satisfacción usuaria.
- v. Recoger opiniones e iniciativas de la comunidad y del personal de salud para mejorar la calidad de la atención y la satisfacción usuaria.
- vi. Impulsar acciones de trabajo conjunto entre equipo de salud y comunidad.
- vii. Movilizar recursos financieros y otros aportes de la comunidad.
- viii. Contribuir al compromiso de los ciudadanos con el fortalecimiento del Servicio Público de Salud, la promoción de salud y calidad de vida, la corresponsabilidad en la gestión de la salud y, en la actualidad, con el proceso de instalación de la Reforma de Salud.

Con el objeto de conocer el estado del arte de los Consejos, en el año 2003, la Unidad de Participación Social del MINSAL, realizó un monitoreo nacional en los Servicios de Salud. La Unidad recibió información de 16 Servicios de Salud, de la cual se derivó; existen 275 Consejos de Desarrollo a nivel nacional, en los que participan 5928 personas, el 34% de ellos funcionan desde hace más de 6 años, el 26% de ellos tienen entre 2 y 5 años de funcionamiento y el 19% de ellos llevan menos de 2 años de funcionamiento.

Según su distribución por tipo de establecimiento, destaca que el 34% pertenece a Consultorios Generales Rurales y Urbanos y un 21 % a Hospitales de diferentes tipos. En cuanto a su labor, el 94% se encuentran activos y el 74% tiene plan de trabajo anual.

Dentro de dichos planes anuales de trabajo, destacan los proyectos realizados, especialmente los de gestión, entre otros se encontraron; proyectos de infraestructura y equipamiento, satisfacción usuaria y humanización de la atención, apoyo a la gestión y mejoramiento a la capacidad resolutive, información y difusión de actividades, apoyo a la elaboración de políticas institucionales y capacitación, etc.

Dentro del estudio, la Unidad de Participación solicitó a los encargados del tema, realizar una autoevaluación del cumplimiento de los objetivos de los Consejos, esta autoevaluación tuvo los siguientes resultados: entre las dificultades de orden interno existen; escasez de recursos humanos, materiales y financieros, incompatibilidad horaria entre comunidad y equipos de salud, problemas de conformación, conducción y organización de algunos Consejos, escasez de comunicación entre algunos consejeros, agotamiento y envejecimiento de algunos líderes u organizaciones, etc.

Respecto a otras dificultades presentadas, se encontraron; escasa información acerca de las funciones de los Consejos, incertidumbre creada por las políticas divergentes por parte del Ministerio especialmente entre participación y promoción de la salud.

Es así, que a partir de los datos arrojados del estudio realizado por la Unidad de Participación Social del Ministerio de Salud durante el año 2003 y de la información que se maneja del funcionamiento y acciones realizadas por los Consejos, es que se plantea la necesidad de ir trabajando de manera progresiva con éstas instancias, a través de la delegación de responsabilidades en la evaluación y control permanente de los sistemas de atención de salud.

**TERCERA PARTE**

**ANALISIS DE LOS DATOS**

## **CAPITULO VIII**

### **UNA MIRADA DESDE LA POTENCIALIDAD DE LOS CONSEJOS DE SALUD COMO ESPACIO DE PARTICIPACIÓN**

La información recogida por medio de veinticinco instrumentos cualitativos, entre, entrevista semiestructurada, entrevista grupal y un focus group, aplicados a los distintos actores de los Consejos de Salud, es de tal magnitud e importancia, que para el análisis de los contenidos elaboramos una matriz descriptiva que nos permitió ordenar la información y realizar su procesamiento a través de tres categorías y once sub categorías. Estas categorías son: Potencialidades de los Consejos, rol de los Actores y efectividad de la participación.

#### **Potencialidades de los Consejos para la participación.**

La primera categoría de análisis definida como “Potencialidades de los Consejos para la participación”, se orienta a reconocer, desde la perspectiva de los distintos actores las condiciones de funcionamiento de los Consejos como instancias de ejercicio de participación en los establecimientos de salud.

Desde esta perspectiva se distinguen distintos niveles de análisis, por un lado, un aspecto más descriptivo referido a reconocer los roles y funciones que ejercen los Consejos y los ámbitos de la gestión de los establecimientos que aborda su quehacer, y por otro, un aspecto que rescata la reflexión de los actores en cuanto a las fortaleza y debilidades de estas instancias como espacios de participación.

#### **1. Percepción de roles y funciones de los Consejos de Salud**

La percepción de los roles y funciones de una organización a partir de las distintas miradas da cuenta de la visión que cada actor tiene sobre los alcances del quehacer de los Consejos en los establecimientos de salud. Es así que, podríamos

decir que si bien existen semejanzas en las opiniones de los distintos actores, al mismo tiempo, existen distintos énfasis dependiendo del rol que ejerce en la institución, así como también del tipo de establecimiento al cual corresponden los entrevistados.

- **Los Directores de Establecimientos.**

En las opiniones de los Directores de establecimientos, podemos distinguir dos concepciones del rol de los Consejos, por un lado tenemos aquellos Directores que ponen el acento en la labor de colaboración en el establecimiento, estos coincidentemente corresponden a servicios de Atención Primaria, donde la colaboración se traduce en acciones concretas de apoyo a las actividades administrativas propias del Consultorio, así como también en funciones vinculadas al traspaso de información desde y a la comunidad.

***“...Ellos nos han ayudado en la sectorización del Centro, el CDL, de hecho, nosotros sectorizamos el Centro con la comunidad... y cada cierto tiempo ellos vienen a recordarle a la gente, se ponen con sus mapas allá afuera, son súper apoyadores de la labor...” (Director Atención Primaria N° 1)***

***“...Ellos son los portadores de lo que está pasando en sus unidades vecinales, en salud hacia nosotros, entonces son el vínculo, son el nexo, además ellos nos están colaborando también, en la ejecución de encuestas de satisfacción de usuarios...” (Director Atención Primaria N° 2)***

Por otro lado, tenemos aquella visión que pone el énfasis en el rol asesor del Consejo, entendido esto como la organización que representa y canaliza las opiniones de los usuarios del establecimiento.

***“...El Consejo Consultivo es clave como nuestra principal instancia de concertación, concertación de opiniones de escucha... Nos da una***

***mirada amplia de lo que puede opinar alguien en particular.”  
(Director de Hospital)***

Otra de las opiniones da cuenta de un sutil rol controlador toda vez que le adjudica al Consejo el ejercicio del monitoreo de los compromisos contraídos.

***“...Entonces están como muy preocupados de que vayan resultando las cosas, van monitoreando...” (Director Atención Primaria N° 2 )***

- **Encargados de Participación de los Servicios de Salud.**

Por su parte, los Encargados de Participación de los Servicios de Salud, al ser los responsables de un territorio que abarca distintos establecimientos con distintas realidades, plantean una visión global de los distintos roles que ejercen los Consejos en sus respectivos establecimientos, reconociendo la diferenciación existente según el tipo de establecimiento y los procesos de maduración de las organizaciones.

***“... Va a depender del desarrollo, de la instancia local... Hay otros que están recién naciendo y tiene poco tiempo de duración, pero además tiene poco crecimiento como grupo, entonces eso hace más lento la incorporación a todas las actividades...” (Encargado de Participación Servicio. N° 1)***

***“... en algunos lugares la participación es más restringida, es más de colaboración, más a la antigua... En otros es más de control social...”  
(Encargado de Participación Servicio N° 2)***

En las opiniones anteriores se denotan dos aspectos a destacar, por un lado el definir “la incorporación a todas actividades” da cuenta de una predefinición del quehacer y no necesariamente de una construcción social colectiva que puede tener diferentes direcciones dependiendo de la situación específica, por otro lado, se

rescata el concepto restringido de la participación asociado a la colaboración como una experiencia anterior y el control social como una experiencia actual.

Los Encargados de participación dan cuenta de una serie de roles, dentro de los que se destacan: de apoyo a aspectos administrativos referido a pérdida de recursos hora- profesional y de apoyo en actividades de promoción y prevención, ambas funciones las ejercen al ser nexo y comunicación con la comunidad.

***“...también ellos apoyan en la pérdida de hora, es decir ellos trabajan tratando de pesquisar a las personas que se ausentan de sus controles por largo tiempo... También apoyan en otras cosas que son actividades de promoción, actividades de prevención...” (Encargado de Participación Servicio. N° 1)***

Otro rol que destacan es la gestión de reclamos e iniciativas para el mejoramiento de la calidad de la atención al usuario, área que a orientado la política en estos últimos años.

***“...a ver, cuales son las mejoras posibles para mejorar la calidad de atención, el trato al usuario y la satisfacción usuaria en general, esas son como las principales tareas...” (Encargado de Participación Servicio. N° 1)***

- **Encargados de Participación de los establecimientos**

En lo que concierne a los Encargados de Participación de los establecimientos, podemos señalar que se le atribuyen roles y funciones a los Consejos dependiendo del carácter de la institución. Por su trayectoria la Atención Primaria, la cual ha desarrollado la estrategia de promoción con la incorporación de



la participación, pone un fuerte acento en éste tipo de actividades a través de un carácter de colaboración.

***“...Tenemos distintas actividades, colaboran en las actividades de promoción de la salud, colaboran en actividades de difusión, cuando se sectorizó el centro de salud, ellas estuvieron en la mañana guiando, acompañando a la comunidad en este tema... “ (Encargado de Participación APS N° 1)***

***“... Dentro del año hicieron hartas cosas, degustaciones de jugos naturales, se colocaron en las Ferias Libres, brochetas naturales también con un stand informativo... Esto esta calendarizado, en conjunto con promoción...”(Encargado de Participación APS N° 2)***

En el caso de los Centros de Referencia de Salud, los respectivos Encargados señalan que el rol de los Consejos es principalmente asesor de la Dirección, al ser los interlocutores de las necesidades de la población, además actúan como apoyo en aquellos problemas derivados de la administración de horas de especialidades. Además constituyen un canal de comunicación con la comunidad usuaria, que en estos casos corresponde a varias comunas.

***“...El trabajo del Consejo Consultivo acá se define más bien como un traspaso de información, o sea acá ellos reciben información, vienen preguntan, -doctora estamos preocupados porque resulta que desde hace mucho tiempo que la gente está reclamando que se pierden las horas de rayos-, por ejemplo, que se demoran mucho, por qué hay tantas listas de espera, entonces a eso más bien se remite el trabajo del Consejo Consultivo...” (Encargado de Participación CRS N°4)***

***“...Ellos tienen como función específica en su estatuto asesorar a la dirección en todo lo que tiene que ver con las necesidades de la población...” (Encargado de Participación CRS N°4)***

Según los Encargados de participación de los Hospitales el principal rol es asesor, en la medida que los representantes expresan opiniones y realizan sugerencias con relación a problemáticas específicas de los establecimientos.

***“...La función es asesorar, asesora al director en la acción... se presentó el proyecto al representante para que lo estudien, para que hagan sugerencias y también en la próxima reunión, pidió el director que se generara una reunión entre el comité de usuarios y los encargados del proyecto... de tal manera de que esta es una entidad de participación donde la idea es un Consejo Asesor...” (Encargado de Participación Hospital N°6)***

- **Consejeros representantes de usuarios.**

Los representantes de usuarios por su parte, manifiestan una amplia heterogeneidad de funciones, pudiendo resumirse en los roles de colaborador, de asesor y comunicador. De igual forma que en los análisis anteriores se observa una diferencia según el tipo de establecimiento.

Los representantes de usuarios de establecimientos de Atención Primaria ponen el énfasis en acciones de colaboración en ámbitos administrativos de diverso tipo y en acciones comunitarias de promoción y prevención de salud. Además las opiniones denotan un cierto grado de apropiación del espacio al considerar los resultados como parte de logros colectivos.

***“...Nosotros estamos participando en la cosa de la salud familiar, entonces el Consultorio necesitaba una separación de las fichas y ahí los vecinos participaron ayudando a ordenar las fichas... participamos de sus campañas papanicolao, campaña de la rubéola. Estamos trabajando en eso y tenemos buenos rendimientos, es el Consultorio mejor calificado de toda el área...” (Usuario APS N°1)***

***“...Abrimos la OIRS, la abrimos entre una persona del Consejo Consultivo y una del Consejo Local y el Director y ahí nos vemos...”  
(Usuario APS N°4)***

Por su parte los representantes de usuarios de Hospital y Centros de Referencia de Salud, manifiestan que su rol es principalmente de comunicación, toda vez que llevan la información, en ambas direcciones, entre la Dirección del establecimiento y sus comunidades locales.

***“...Traigo novedades y llevo novedades allá al Hospital, y eso nos ha servido mucho en el Consultorio, como también allá en el Hospital...”  
(Usuario Hospital N°11)***

***“...Los papas a mí me cuentan las situaciones que a ellos les esta pasando y yo anoto todo y luego, cuando hay Consejo Consultivo, siempre se plantea el tema” (Usuaría Hospital N°3)***

En relación a los roles y funciones de los Consejos de Salud, a partir de las opiniones de los actores presentes en ellos, tenemos que gran parte de ellas se orientan a un rol de colaboración y apoyo a dos ámbitos de funcionamiento de los establecimientos, el administrativo y el programático. En el administrativo vemos funciones de apoyo a la gestión de horas, al proceso de sectorización, manejo de fichas, atención de OIRS, entre otras, y en lo programático vemos funciones referidas principalmente a acciones comunitarias de promoción de salud en la Atención Primaria.

Ambas funciones se asocian al rol que se le adjudica al Consejo como un nexo o espacio de comunicación del establecimiento con la comunidad.

Si en la Atención Primaria las funciones tienen un claro carácter hacedor, en la medida que colaboran como recurso humano en las funciones administrativas y programáticas propias de los establecimientos, en el nivel hospitalario o de

referencia, el carácter es más bien opinador, en la medida que se pronuncian sobre distintos aspectos administrativos de los establecimientos.

El rol de apoyo y colaborador a la administración en la Atención Primaria podría asociarse a la relación dispar entre la magnitud de las necesidades y carencia de recursos propia de estos establecimientos. En este sentido los representantes de usuarios pasan a ser un recurso humano funcional a las necesidades de los establecimientos. Otra orientación de este rol podría ser el propender al desarrollo, de parte de la comunidad, de una apropiación del establecimiento y de la salud bajo el concepto de corresponsabilidad colectiva.

Por su parte el rol asesor definido en los otros niveles de la atención, Hospitalario y Centro de Referencia, podría estar influenciado por el carácter más normativo de estas instituciones, las cuales han acogido como norma la escritura legal tipo de los Consejos Consultivo de los primeros Hospitales Autogestionados, reproduciendo mecánicamente la forma y contenido organizacional presente en dicha estructura legal.

Otro factor que podría estar influenciando el carácter asesor de éstos Consejos de Salud, es la conformación de éstos mismos, caracterizados por incluir a representantes de usuarios miembros de organizaciones funcionales del establecimiento más que representantes territoriales de la población usuaria.

Un aspecto a rescatar, en el análisis de los roles y funciones de los Consejos, es el reconocimiento a la diversidad de experiencia de acuerdo al énfasis en el quehacer del Consejo, lo que se encuentra fuertemente relacionado al tipo de establecimiento, al proceso evolutivo propio de toda organización social y sobre todo, a la orientación de la dirección del establecimiento.

La conformación de los Consejos de Salud corresponde a una iniciativa que surge desde la política pública de participación más que de la demanda de la

comunidad, en este sentido el carácter del espacio social va a estar fuertemente asociado a la concepción participación preponderante, pero sobre todo a la concepción de salud arraigada en el sistema de salud.

El concepto de salud preponderante es el biologicista que entiende la problemática de salud desde la enfermedad como una alteración biológica del individuo, no incorporando la dimensión colectiva o social que sí considera la visión biopsicosocial de la salud. Esta supremacía del concepto tradicional de salud se traduce en la priorización por el rendimiento del profesional en la atención individual y no por la inversión en desarrollo comunitario. Desde esta perspectiva se podría explicar la función del Consejo como apoyo a las actividades propias del establecimiento más que un ente controlador perteneciente a la comunidad usuaria en dicho establecimiento con capacidad de deliberación.

## **2. Ámbitos de la gestión que abordan los Consejos de Salud**

En relación con la subcategoría definida como ámbitos de la gestión que abordan los Consejos, podemos distinguir a partir del análisis de las opiniones de los actores, que hay distintos ámbitos abordados por los Consejos, siendo los más recurrentes aquellos vinculados a la calidad de la atención.

Del mismo modo que en la subcategoría anterior tenemos que hay desarrollos diferenciados dependiendo del establecimiento y del tiempo de maduración de la organización.

- **Directores de establecimientos.**

En los establecimientos de mayor complejidad, como Hospitales y Centros de Referencia de Salud, definen como ámbitos de los Consejos de Salud las Cuentas Pública y el Plan de actividades del establecimiento, ambas iniciativas que

incorporan una orientación participativa desde los Compromisos de Gestión ministerial.

***“...Los temas centrales son el Plan de actividades, que es lo que tiene que hacer el Hospital y después la Cuenta Pública de como se concretizó...” (Director Hospital)***

Otro ámbito, es la gestión de las solicitudes ciudadanas, es decir, la gestión de las opiniones, reclamos o sugerencias emitidas por las personas en las OIRS. Del mismo modo que en las anteriores iniciativas, la incorporación de la participación del Consejo en la gestión de las solicitudes corresponde a una orientación ministerial asociada a incentivo económico. El nivel de involucramiento en este nivel es muy variado, pasando por aquellos establecimientos que informan, con diversa periodicidad, el consolidado de la información de la OIRS, hasta aquellas que incorporan al Consejo en el proceso de respuesta de las solicitudes ciudadanas.

***“...La gestión del reclamo de los usuarios pasa a través del Consejo Técnico, por la Directora y por el Consejo de Desarrollo Local, la respuesta lleva las firmas de la Presidenta del Consejo -que es una persona representante de la comunidad- y la Dirección del Centro, y se va a dejar a domicilio...” (Directora Atención Primaria N° 1)***

Dentro de los ámbitos de la gestión que abordan los Consejos, la Dirección del Hospital manifiesta un límite definido por el marco político administrativo del sistema de salud, restringiendo el concepto de democracia y participación a los ámbitos definidos por la autoridad del establecimiento.

***“...Al ser un establecimiento de propiedad estatal se tiene que ceñir a las políticas que el Estado determina a través del Gobierno, y en este caso del Ministerio de Salud, por lo tanto, tampoco nosotros podemos ser democráticos en el sentido de cual acción se votan y trabajamos según la mayoría, porque estamos obligados a cumplir políticas y las políticas las fijan el Ministerio... hay que ser súper claros, en que***

***consiste la participación, cuales son esos espacios y también cuales son los límites...” (Director Hospital)***

Paradójicamente tenemos la experiencia de un establecimiento de Atención Primaria, donde la Dirección abre la participación incorporando el ámbito presupuestario del establecimiento en el quehacer del Consejo, de modo de transparentar la información y permitir la retroalimentación de los actores en las definiciones de los recursos del establecimiento.

***“...Nosotros trabajamos el presupuesto directamente con ellos. Nosotros no somos un Centro de Costo propiamente tal... nosotros somos un Departamento de Salud y Educación Municipal... virtualmente trabajamos a nivel del Municipio los presupuestos. Cuando nos transfieren a nosotros los presupuestos lo trabajamos con nuestro Consejo y con nuestros jefes de Programa, a mi me interesa la participación de la comunidad, que tenga conocimiento, cuanto se esta invirtiendo en salud...” (Directora Atención Primaria N°1)***

Esta disparidad de visiones en relación con los ámbitos del quehacer de los Consejos, especialmente en lo referido a los límites de la participación da cuenta de un proceso de conceptualización no acabado, sino que más bien, en proceso de construcción, al tiempo que es una manifestación de la supremacía del rol de la Dirección en la delimitación de los ámbitos de acción de los Consejos.

- **Encargados de participación de los Servicios y de los establecimientos.**

Los Encargados de participación de los Servicios de Salud y los Establecimientos, son coincidentes con los elementos aportados por los Directivos, al tiempo que especifican la importancia de la orientación ministerial en la definición del ámbito de acción, dándole el carácter de mandato.

***“...Otra instancia de participación donde los directivos están mandatados por las orientaciones técnicas, a que las preparen junto con la comunidad y que esas Cuentas Públicas no sean técnicas, no sean para el interior del establecimiento, sino que sean para las inquietudes de la población...” (Encargado de Participación Servicio N° 2)***

Junto con lo anterior se incorpora como otro ámbito del quehacer lo denominado como calidad de la atención y satisfacción usuaria, referido tanto a trato en la relación usuario – funcionario, como también a condiciones de la infraestructura.

***“...el tema de trato, el tema de hacer una salud mucho más amigable, el tema de las OIRS...también en la parte de mejora en la infraestructura” (Encargada de Participación Servicio N° 3)***

- **Consejeros representantes de usuarios.**

Por su parte los representantes de usuarios participantes del Consejo, manifiestan, como uno de sus ámbitos de acción aspectos administrativos como son el manejo de fichas, atención OIRS, entre otras.

***“...Para ayudar a los médicos, bueno en ese tiempo se trabajaba con las fichas para allá, para acá, entonces uno iba donde los médicos se presentaba y ahí uno los ayudaba que a traer las fichas, llevar las fichas, guardar las fichas, a llamar a los pacientes, a ver que fuera en orden la atención y cosas así y lo que el médico necesitara...” (Usuaría N° 6)***

***“...Atendemos, una vez a la semana, todos los viernes, de 11:00 a 12:00, con la Directora, todo lo que es reclamo, OIRS” (Usuaría N° 17)***



Como se mencionó en la subcategoría anterior, el ámbito de acción de los Consejos los circunscribe al apoyo de funciones administrativas más que a gestión en decisiones relevantes para el establecimiento.

Sin embargo, en las opiniones de los usuarios, deja ver una preocupación por abarcar nuevos ámbitos de la gestión que no han sido abordados, los cuales no están exentos de debate, entre estos, el tema presupuestario.

***“...Entonces para mí nosotros tenemos que introducirnos más en el manejo del Hospital, en los recursos de Hospital, cómo se distribuyen los recursos del Hospital, a nosotros nos entregan al final del año, hacemos una evaluación, nos entregan una lista de, un balance y cosas, pero nosotros debiéramos manejar toda la parte...”  
(Usuario N° 1)***

***“... ¿A usted le gusta que se metan en el presupuesto de su casa? Por esos te digo, uno tiene que saber lo que tiene que saber pero... yo creo que eso va a ser imposible en alguna medida, que nos tengan que decir como se gasta la plata...” (Usuario N° 3)***

El diálogo anterior da cuenta de posiciones contrapuestas en relación con el manejo del ámbito presupuestario por parte del Consejo, por un lado se legitima y demanda la necesidad de que los usuarios, representados en el Consejo, tengan la información sobre el uso de los recursos públicos para poder incidir en este ámbito. Por otro lado, tenemos una posición que autodefine límites a los ámbitos de acción del Consejo, haciendo referencia al rol de la autoridad como legítimo cautelador de la información sobre la materia en cuestión.

En la primera posición se hace referencia a la entrega de información, por medio del balance entregado en la Cuenta Pública, cuyo carácter es tan general que no permite una real transparencia de la información.

A partir de las opiniones de los usuarios se podría decir que hay concepciones dispares de la participación, asociada al tipo de relación que se establece con el espacio público, en este caso el establecimiento de salud. Por un lado, tenemos un sentido de pertenencia y/o apropiación del espacio, de tal modo que aparece legítimo acceder a todo el conocimiento de la gestión de ese espacio público, incluso aquella área más sensible, como es la presupuestaria. Esto da cuenta de un sentido de propiedad colectiva de lo público que es coherente con la obligación de transparentar la información a los ciudadanos.

Por su parte la posición opuesta, da cuenta de una concepción de la participación con subordinación a la supremacía de la autoridad, quien aparece como el legítimo “dueño” de la información, la cual tiene un carácter privado y que corresponde a la autoridad definir cuando y como darla a conocer.

***“...es imposible... que nos tengan que decir como se gasta la plata...” (Usuario N °3)***

En esta misma línea de reflexión tenemos la opinión que profundiza en los ámbitos que le compete a la organización social.

***“...Nosotros partimos de la idea que para nosotros, todos los servicios públicos que funcionan en el área de nuestra competencia, digamos en nuestra población, tienen que ser transparente... necesitamos de parte del Estado una mayor transparencia, la Escuela, cómo funciona, qué problemas tiene, qué problemas tiene el Consultorio, para ir también opinando, entrando en el problema de ellos...” (Usuario N° 1)***

Queda de manifiesto que el sentido de transparentar la información, es exigible por corresponder a lo público en el territorio que les pertenece, expresando un fuerte sentido de propiedad colectiva del espacio poblacional y de las instituciones que ahí operan. Al mismo tiempo se releva el rol de la información transparente como

herramienta que permite ejercer el derecho a opinar y aportar en la resolución de los problemas.

A partir del análisis de esta subcategoría podemos ver que el ámbito de la gestión que abordan los Consejos se circunscribe a distintas áreas. Así tenemos que dentro de los ámbitos se destaca lo referido a atención al usuario, es decir, temáticas como trato y satisfacción usuaria y calidad de infraestructura. Junto con esto, tenemos los ámbitos de acción referido a: el Plan de actividades, las Cuentas Públicas, la gestión OIRS, todas orientaciones ministeriales asociadas a Compromisos de Gestión.

En relación con el ámbito de atención al usuario, se debe atender al sentido que hay implícita en esta estrategia, pudiendo expresarse una mirada desde la lógica del consumo o desde la lógica del derecho. Mientras la lógica del consumo es funcional a la competitividad del mercado, la lógica del ejercicio de derecho, pone el acento en el desarrollo pleno de los derechos humanos en la salud, siendo integradora y humanizadora de las relaciones al interior de las instituciones.

Sobre los ámbitos de la gestión que abordan los Consejos, que se encuentran vinculados a Compromisos de Gestión, tenemos que es importante considerar que dichos compromisos son asociados a estímulos económicos que se traducen en incremento de los ingresos de los trabajadores de los establecimientos, los que si bien son un aporte al momento de incorporar una estrategia de participación, deben ser acompañadas de procesos de reflexión de manera de precisar el carácter de la acción de los Consejos y las proyecciones de éstos.

Por último, del análisis de los ámbitos de acción de los Consejos queda de manifiesto que estos se circunscriben a una esfera limitada de acción, la cual ha sido direccionada por la autoridad de salud, no alcanzando a ámbitos como la gestión de los recursos institucionales. En este contexto el proceso de transparentar la información surge como una necesidad para que los Consejos puedan hacer un

ejercicio efectivo de participación, de esta forma la información no es un bien privativo de la autoridad sino que un bien social que debe ser transparentado.

### **3. Fortalezas de los Consejos de Salud.**

En relación con la categoría fortalezas de los Consejos de participación en salud los distintos actores destacan como la principal fortaleza a las personas que lo constituyen, es decir al capital humano que da vida a los procesos de participación.

- **Directores de establecimientos.**

Los Directivos de establecimiento ponen el énfasis en las cualidades de los representantes de usuarios, especialmente en su motivación, capacidad de entrega y confianzas.

***“...Es la riqueza, la pluralidad, la diversidad de los integrantes, de los líderes...” (Director Hospital)***

***“...Es que la gente que viene tiene la intención todavía de que esto mejore, de seguir participando, que haya cambios, de estar con nosotros, de llevar la palabra o las necesidades que tenemos nosotros hacia los demás, de ser escuchados...” (Directora Atención Primaria)***

Además contextualizan el proceso al hacer referencia a los hechos históricos que vivió por nuestro país en materia de participación social.

***“...Tú comprenderás que después de los años de nula participación que hubo, social, en nuestro país, que un Centro de salud se habrá a la participación de la comunidad y que este inmersa en nosotros es fundamental...” (Directora Atención Primaria N°1)***

En este sentido a la participación en salud le antecede 17 años de acción sistemática dirigida a anular a fuerza todo intento de expresión democrática, rompiendo con un proceso ascendente de protagonismo popular que tuvo su desarrollo en la década que antecede al Golpe militar. Esto es importante incorporarlo en el análisis, toda vez que permite explicar la resistencia y falta de amplitud de la participación en salud en la actualidad.

- **Encargados de Participación de los Servicios.**

Por su parte los Encargados de Participación de los Servicios ponen el acento en el carácter del espacio en el cual confluyen los tres actores involucrados en la problemática de salud. Lo cual es coherente con la introducción en la Atención Primaria de los Centros de Salud Familiar y los Centros Comunitarios de Salud, ambas estrategias que requieren la participación activa de la comunidad intra y extra establecimiento.

***“...Hay tres agentes que son súper importantes en todo el desarrollo de la organización del Centro de salud, sobre todo si estamos pensando en el paso a Centro de Salud Familiar... éste se orienta hacia el trabajo con la comunidad, la familia, el entorno y la prevención...” (Encargada de Participación Servicio N°1)***

Del mismo modo que los directivos, se recata la calidad de los representantes de los usuarios, especialmente el aprendizaje y experiencia adquirida a partir de las políticas de promoción en salud.

***“... El soporte comunitario que tiene cada uno, la trayectoria, la experiencia que tienen del trabajo de participación, aquí hay un trabajo de años... que se lleva con el tema de promoción y prevención, y yo creo que eso fue un enganche para poder sacar dirigentes buenos...” (Encargada de Participación Servicio N°3)***

Junto con esto, destacan como fortaleza la contribución de estas experiencias a los procesos de institucionalización de la participación en salud. Es decir, el desarrollo de los Consejo ha permitido la legitimación de este espacio de participación al interior de los establecimientos.

***“...la bondad es que esto se va institucionalizando... finalmente hay muchas estrategias que contribuyen a potenciar esto y que esto sea institucionalizado... (Encargado de Participación Servicio N° 2)***

- **Encargadas de participación de los Establecimientos.**

Confluye con las opiniones anteriores, los Encargados de participación de los Establecimientos, centran su análisis de las fortalezas de los Consejos en la calidad de las personas que la conforman.

***“...A pesar de no tener grandes conocimientos y nada, ellos están siempre opinando y están participando y quieren mejorar esto, quieren que se mejore el servicio y quieren mejorar su comunidad, eso yo encuentro, la motivación, esas ganas es su fortaleza...” (Encargado de Participación Hospital N° 4)***

***“...La historia que ellos tienen como dirigentes, con mucho manejo organizacional, porque eso lleva el tema de como pedir las cosas, los contactos, un montón de cosas...” Encargada de Participación Atención Primaria N°6)***

De las cualidades de los representantes de usuarios se destaca especialmente su alta motivación y su experiencia organizacional, lo cual es coherente con la incorporación mayoritaria de personas de tercera edad y que a nivel local tienen representación organizacional.

***“...La validación del Director, la presencia del director y la validación de esta instancia como válida yo creo que esa es una fortaleza está dentro de la línea de trabajo del hospital...” (Encargado de Participación Hospital N° 6)***

Dentro de los actores que conforman el Consejo se destaca el rol del Director, considerando que su presencia en esta instancia valida el espacio, lo que a su vez podría aportar a la institucionalización de la participación. Lo anterior se ve reforzado por el carácter altamente jerarquizado de los establecimientos de salud.

- **Consejeros representantes de usuario.**

Las opiniones de los representantes de los usuarios, son coherentes con las que plantean los Encargados de Participación de los establecimientos, toda vez que destacan la calidad del recurso humano involucrado en el proceso, así como también los procesos de desarrollo organizacional que permiten generar aprendizajes y/o habilitación de nuevas capacidades.

***“...Tuvimos una organización genial entre el centro de salud en conjunto con el consejo de desarrollo local y logramos hacer un bingo a beneficio de una compañera y nos salió espectacular y ahí nos dimos cuenta que si éramos capaces de generar otros recursos si nos lo proponíamos...” (Usuaría N° 6)***

***“...La capacidad organizativa que tenemos nosotras como para cuando queremos hacer algo... lo hicimos, lo organizamos netamente todas nosotras así buscando los debidos apoyos, y la cooperación, entonces se hizo y salió bien, y sabemos que somos capaces de volver a organizar otra cosa igual o mejor quizá...” (Usuaría N° 6)***

Lo anterior es importante relevarlo toda vez que hay que considerar la ausencia de espacios participativos durante el periodo dictatorial, lo que llevo a la perdida social de una práctica participativa en el ámbito local o institucional.

Durantes los primeros años de retorno a la democracia, la participación fue principalmente canalizada por la vía electoral, limitándose las expresiones de ejercicio de democracia ciudadana a los procesos eleccionarios de distinto nivel. Desde salud se introduce iniciativas de participación a partir de la promoción de la salud primero, y desde los Consejos de Salud posteriormente, siendo ambas experiencia que han contribuido a desarrollar destrezas y habilidades de participación en las personas. Junto con ello, y no menos importante, es el proceso de auto reconocimiento como dirigentes de sus capacidades y potencialidades en la salud.

Otro aspecto a que se hace mención es la legalización que es visto en directa relación con el acceso a recursos para hacer sus actividades.

***“...Una de las fortalezas es tener personalidad jurídica, yo hablo de plata...” (Usuaría N°10)***

Del análisis de las fortalezas se concluye que la más importante, para todos los actores, son las personas y el inmenso capital humano que ellas constituyen para la participación en salud. De los miembros del Consejo se releva, primero, la motivación, capacidad de aporte y la experiencia de los representantes de usuarios y, luego en un segundo nivel, la presencia de la Dirección. Llama la atención la nula mención a los representantes de los funcionarios, lo que podría dar cuenta de la escasa participación de este sector.

#### **4. Debilidades de los Consejos de Salud**

En relación a la categoría debilidades de los Consejos de Salud, podemos señalar que, de mismo modo que las fortalezas, las debilidades identificadas por los



distintos actores, se centran en las características de los representantes de usuario, además de las condiciones del espacio físico para reuniones y por último la legalización.

- **Directores de establecimientos.**

Los Directores de establecimientos de Atención Primaria enfatizan como debilidades la ausencia de usuarios representativos de la comunidad, mencionando que al Consejo asisten “siempre las mismas personas”, como así también la inconstancia de algunos usuarios en la asistencia a las reuniones.

***“...Las mismas personas que están en todas las cosas, entonces es súper importante de repente integrar a más personas de la comunidad, falta motivar a más gente de la población...” (Directora Atención Primaria N° 2)***

***“...Nosotros citamos a reuniones y no vienen todos a las reuniones, la constancia no es la misma...” (Directora Atención Primaria N° 2)***

Lo anterior da cuenta del reducido número de representantes de usuarios que participan en estas instancias, los cuales a su vez son dirigentes de otras organizaciones locales, lo que les dificulta su persistencia en la participación. Al mismo tiempo se denota un problema que abarca al ámbito social en general, el cual es, la carencia de nuevos dirigentes que se incorporen a los distintos espacios de participación a nivel local e institucional.

Otra debilidad mencionada, la cual es de relevancia para el funcionamiento del Consejo según la Directora del establecimiento, es la falta de formalización.

***“...No se ha podido constituir... con personalidad jurídica...” (Directora Atención Primaria N° 2)***

En el caso del Director de Hospital, éste señala como una debilidad del Consejo, la presencia únicamente de los padres de los usuarios, no existiendo representación de la comunidad territorial al interior de éste.

***“...La comunidad que participa efectivamente son más bien los padres organizados, más que la comunidad territorial, vecinal... no se si sea posible, por que lo hemos intentado, aquí esto es muy fuerte, aquí llegan de todos lados y más encima estamos en Providencia comuna que menos lo necesita...” (Director Hospital)***

Los hospitales tipo 1, de especialidad, alta complejidad y de alcance nacional, se ven limitados de incorporar a representantes territoriales, privilegiándose los representantes de organizaciones intrahospitalarias como son las comités o grupos de padres, grupos de auto ayuda, damas de colores, entre otros. Otros establecimientos han optado por la conformación de Consejos a través de la representación de los Consejos de Atención Primaria de sus comunas objetivos. Ambas estrategias adolecen de debilidades y fortalezas, así los que privilegian la representación de las organizaciones intrahospitalarias podrían tener una mirada centrada en el funcionamiento interno del establecimiento, mientras que los que vienen de las comunas podrían aportar la visión de la relación del Hospital con los centros de Atención Primaria.

- **Encargados de Participación de los Servicios**

Según lo planteado por los Encargados de Participación de los Servicios de Salud, podemos ver que existen diferentes énfasis, así algunos se centran en la conformación homogénea de los representantes de usuarios, otros en los hábitos personalistas de los mismos y por último, en las debilidades productos de las características propias del sistema de salud.

***“...Deberían integrarse más los jóvenes, integrar más otras personas, porque nos damos cuenta que la información a veces llega hasta ahí, porque son los mismos que prácticamente ya no tienen tiempo***

***de hacer más porque están en la junta de vecinos, están en varias otras organizaciones...” (Encargados de Participación de Servicio N° 1)***

Lo anterior da cuenta del reducido número de personas dispuestas a participar en esta instancia, habitualmente son personas mayores que participan simultáneamente en otras organizaciones y que se ven sobrepasadas por los requerimientos de las instituciones.

Junto con esto, es considerada como otra debilidad, el personalismo de algunos dirigentes quienes tienen el hábito de expresar, en sesiones del Consejo, necesidades personales, en desmedro de los intereses colectivos de su comunidad.

***“...Tenemos en los dirigentes, es que todavía no se sacan la camiseta, como del “yo”, o sea, ponte tú, nos hemos encontrado en jornadas acá, que hacemos, o lo mismo cuando nosotros vamos a reuniones de Concejo, hay algunos dirigentes que dicen: “pero sabe que yo me encontré con que “yo” fui a tomar una hora, y no me dieron la hora, entonces yo quisiera que usted me diera la hora”; ¿te das cuenta?, o sea, “yo”...” (Encargados de Participación de Servicio N° 3)***

Por último, encontramos aquel Encargado de Participación que pone acento en las debilidades que existen en el sistema, especialmente en los diferentes requerimientos para los establecimientos de la red pública.

***“...Los problemas son que atención primaria va dispar de nosotros, no hay exigencia de que los Consultorios den Cuenta Pública, eso no puede ser... hay una disparidad de exigencias, entre los establecimientos dependientes y la atención primaria...” (Encargado de Participación de Servicio N° 2)***

Lo anterior expresa claramente la doble dependencia de los establecimientos de salud, mientras la Atención Primaria es responsabilidad de los gobiernos municipales, los establecimientos Hospitalarios reciben la orientación directa del Ministerio de Salud por medio de los Servicios de Salud.

Así, la política de participación en salud podría ser desarrollada en forma diferencial según el tipo de establecimiento, lo que, en última instancia, se traduce en niveles de exigencia disímiles. Esto a su vez puede producir una diferenciación entre las distintas comunas, dependiendo de la política o criterio de los alcaldes en cuestión.

- **Encargados de Participación de establecimientos.**

Por su parte, de las opiniones de los Encargados de Participación de establecimientos, podríamos señalar, que las debilidades de los Consejos se remiten a su funcionamiento y a su madurez en tanto organizaciones en desarrollo.

***“... Yo siento que es su poco nivel organizativo... esta forma de funcionar dependiente, ¡muy dependiente!, o sea, la autonomía es cero, digamos, y eso hace que en definitiva, tú como parte organizacional del centro de salud te desgastes...” (Encargada de Participación Atención Primaria Nº 1)***

***“... Todavía están en un plano en que muchas veces no miran el contexto general, sino que se quedan en la cosa puntual, que uno vecino les dijo...” (Encargada de Participación Atención Primaria Nº 5)***

Tanto el grado de autonomía como la perspectiva colectiva son dos condiciones relacionadas con el proceso de maduración de un grupo u organización social, podríamos pensar que la conformación de estos Consejos como una iniciativa desde el establecimiento de salud pueda ser un factor que retarde la independencia

de la organización, lo cual se ve reforzado por el carácter jerarquizado y paternalista de los servicios de salud.

En relación con la perspectiva individual del discurso de los representantes de usuarios, esto podría explicarse, además del proceso evolutivo propio de toda organización, en el tipo de vinculación histórica que han tenido las personas con los establecimientos, cuya relación es de carácter individual más que colectivo. Por lo tanto cuando se espera un cambio en la mirada de los usuarios hay que reconocer que persisten cánones culturales asociado a la relación de tipo individual, de dependencia y subordinación a la autoridad.

Otro aporte en referencia a las debilidades, es el tipo de representante de los usuarios, los cuales son en su mayoría adultos mayores, cuyo nivel de participación varía estacionalmente.

***“...Las debilidades es que participa mucha gente mayor, entonces en invierno se enferman, cuesta un poco reunirlos, esa es como la principal debilidad...” (Encargada de Participación CRS N° 3)***

Junto con la dificultad de participar que determina la edad de los representantes de usuarios se incorpora otra variable, está el grado de representatividad de los mismos.

***“... Yo considero que hay pocas organizaciones detrás del Consejo en el sentido que hay poco apoyo, son las mismas personas de siempre, no hay mucho aporte de parte de la comunidad, son como personas claves, que siempre son los dos que vienen a las reuniones siempre...” (Encargado de Participación Hospital N° 4)***

***“...Yo creo que dentro de las debilidades que yo he observado el tema de la falta que la comunidad no está preparada no tiene toda la información como para poder opinar...” (Encargado de Participación Hospital N° 6)***

Se expresan dos niveles de debilidad en relación con la comunidad, por un lado, los representantes de usuarios que participan en el Consejo no cuentan con el apoyo de sus organizaciones, lo cual podría indicar que en una débil base representativa, por otro lado, la comunidad tiene poca información lo cual, a criterio del profesional, la haría poco competente para opinar.

Cabría preguntarse de que tipo de información se esta hablando, ya que el usuario no tiene información técnica de salud, pero sí posee una información complementaria a la del carácter técnico, nos referimos a la información de la situación de salud que vivencia la población en su cotidianeidad. En este sentido es importante entregar información a la comunidad, aun cuando la ausencia de información no puede limitar el acceso a opinar.

Por último llama la atención una opinión autocrítica que da cuenta de una debilidad referida a la indefinición del sentido del Consejo.

***“... Yo creo que la gente todavía siente que... nosotros no sabemos todavía, cómo participar, o sea esto, me entiendes tú, cuál es nuestro rol como Consejo de Desarrollo, eso no lo tenemos claro, no lo sabemos...” (Encargada de Participación CRS N° 4)***

Toda organización requiere, para fortalecerse y proyectarse en el tiempo, desarrollar una definición en relación a su misión, ya que esta actúa como guía que direcciona y da sentido al quehacer. Si bien a nivel ministerial hay una clara orientación al respecto, las organizaciones son construcciones eminentemente sociales, es decir, se constituyen en la interacción de los actores, y son estos los que en la práctica deben crear la definición organizacional que les permita precisar el para qué y cómo participar. En la opinión anterior queda de manifiesto un proceso inconcluso que genera incertidumbre y que requiere, para enfrentarlo, el desarrollo de una reflexión colectiva.

Lo anterior podría explicarse en que la conformación de los Consejos responden, en la mayoría de los casos, a una disposición política del Ministerio y no han surgido como una necesidad de la gestión a nivel del establecimiento, por lo tanto la maduración del proceso asumirá el ritmo y orientación que los actores involucrados vayan definiendo en el ejercicio de la participación.

- **Consejeros representantes de usuario**

Por su parte, los usuarios han señalado que dentro de las debilidades tenemos: la ausencia del espacio físico y la falta de recursos para la realización de sus actividades, la relación abusiva de algunos funcionarios del establecimiento, las dificultades en la comunicación con la comunidad usuaria.

***“...Tener una oficina, tener nuestro propio lugar... de los proyectos vamos a sacar unas cositas para el Consejo, unos vasitos, unos mantelitos, para cuando tengamos eventos o alguna cosa...”.***  
***(Usuaría N° 7)***

A la precariedad de los recursos propios de los usuarios se suma la ausencia de fondos, desde el Ministerio de Salud, que les permitan financiar los costos básicos de operación. En este sentido, el incentivo a la política de participación en salud no se ha visto acompañada de una inversión de recursos acorde a las necesidades de las organizaciones, las que deben generar diversas estrategias para obtenerlos, entre las que se cuenta la postulación a Proyectos, a los cuales se les “recortan” recursos para distribuirlos en otras actividades del Consejo.

En los lugares donde los representantes de usuarios asumen funciones propias de los funcionarios se presenta una situación abusiva por parte del funcionario quien descansa en la persona que esta apoyando.

***“... El funcionario descansa en uno, por ser yo le ayudo al funcionario, el funcionario sale afuera, a una oficina y es mucho los***

***minutos que esta afuera, entonces todo el usuario pasa por las manos de uno... claro abusan, si a uno le toca aprender cosas que le corresponde al funcionario y cuando uno aprende, ya están al otro lado, no se preocupen que ella lo hace...” (Usuario N° 6)***

En la situación anterior se expresa un conflicto producto de la delimitación de los roles y funciones de ambos actores. La naturaleza de los roles del funcionario y el representante de usuario son totalmente distintas, el primero desarrolla un trabajo por el cual recibe una remuneración y que debe hacer dentro de ciertos niveles de exigencia, el segundo desarrolla un rol de representación y debe velar por el interés de su comunidad.

Para terminar, la opinión de los representantes de usuario, también dejan ver una autocrítica a su quehacer, la cual es la deficiencia en la información que ésta maneja.

***“... Han habido muchas sugerencias para trabajar... resulta que lo que más la gente se queja es de “información”, a lo mejor la información no la sabemos entregar... también tenemos que ver cómo estamos entregando la información, el papelito la persona no lo lee, yo estoy segura que solamente el que tiene un interés pleno en el problema específico, lo lee, y el que no lo deja pasar...” (Usuario N° 2)***

Lo anterior da cuenta de un problema propio de las organizaciones sociales de representación, la cual es, la comunicación con la comunidad que representan. Esto es de mucha relevancia, ya que los distintos actores definieron como una función del Consejo, la comunicación desde y hacia los usuarios del establecimiento. Cabría preguntarse por la necesidad de desarrollar nuevas formas de comunicación y traspaso de información a la comunidad.



Para terminar, a partir del análisis de la Categoría potencialidades de los Consejos para la participación, podemos decir que están presentes una serie de factores que influyen los procesos de participación en salud.

Desde la perspectiva de los roles y funciones podemos decir que coexisten distintas perspectivas dependiendo de la experiencia particular de cada establecimiento, así tenemos como uno de los roles el de ser nexo de comunicación desde y hacia la comunidad, el de ser un ente colaborador del establecimiento referido al apoyo a actividades del tipo administrativas, y el rol asesor orientado al proceso de opinar y hacer sugerencias sobre distintas materias que la Dirección solicite o que los mismos usuarios manifiesten.

Los ámbitos de la gestión que abordan los Consejos son también variados, dentro de ellos destacan: la Cuenta Pública, el Plan Anual de actividades, la gestión de OIRS, calidad de la atención y satisfacción usuaria. Siendo la Dirección, la autoridad que delimita los ámbitos de acción de un Consejo.

Dentro de los ámbitos de acción aparece como un tema sensible la incorporación de los aspectos presupuestarios de la gestión de los establecimientos y la necesidad de transparentar la información para hacer efectiva la participación.

Por otro lado, se destaca dentro de las fortalezas de los Consejos el capital humano que los constituye, es decir, la experiencia, motivación, red de contactos, etc. que tienen los representantes de los usuarios que pertenecen al Consejo. Además se valora la constitución de un espacio que reúne a los tres estamentos que conforman un establecimiento: la Dirección, los funcionarios y los usuarios.

En relación a las debilidades se destaca la poca heterogeneidad de los dirigentes que participan que son principalmente adultos mayores y el personalismo de algunos dirigentes. También se considera una debilidad la falta de legalización de la organización y la escasez de recursos materiales y espacio físico.

Aun cuando los representantes de la comunidad son portadores de una serie de cualidades como dirigentes, también adolecen de carencias de formación y de representabilidad, las cuales deben ser enfrentadas de manera de potenciarlos en su rol.

Si bien las experiencias son variadas en su desarrollo y madurez organizacional, podemos decir que la estructura del sistema de salud jerarquizado y verticalista, y los factores culturales que subyacen al concepto de salud hegemónico en los distintos actores, determinan el desarrollo de una organización con alto grado de dependencia de la autoridad y que asume funciones que son funcionales a los intereses de establecimientos más que a la comunidad representada.

## **CAPITULO IX**

### **LOS ACTORES DEL CONSEJO DE SALUD EN EL EJERCICIO DE LA PARTICIPACION**

Dentro del proceso de participación, los distintos actores involucrados desempeñan diversos roles que van dando forma y contenido a la participación. Desde esta perspectiva cada uno puede actuar como un facilitador o no del proceso de desarrollo organizacional y de la participación en salud.

A través de la categoría que desarrollaremos a continuación vamos a develar como se caracteriza el rol que cada actor ejerce en relación a los Consejos de Salud, desde la percepción de los mismos actores.

Es de especial interés reconocer la autopercepción del rol de los representantes de usuario, en cuanto a la participación que se genera en los Consejos de Salud y la incidencia en las decisiones de la gestión de los establecimientos de salud.

#### **Rol de los actores en el ejercicio de la participación.**

La segunda categoría de análisis, definida como el “rol de los actores en el ejercicio de la participación en los Consejos de Salud”, se orienta a reconocer el aporte que realizan los distintos actores al ejercicio de la participación en la gestión de los establecimientos de salud.

Para optimizar la capacidad de análisis hemos dividido la categoría en cuatro subcategorías complementarias entre si, en la medida que permite analizar cada uno de los roles en juego, estas subcategorías son: rol de los Directores, rol de los Encargados de participación de los Establecimientos, rol de los Consejeros

representantes de la comunidad usuaria y actitud de los funcionarios de salud de los establecimientos frente a los Consejos.

## **1. Percepción del rol de los Directivos en relación a los Consejos de Salud.**

Los Directivos de establecimientos de salud son uno de los actores centrales en la definición del carácter de los Consejos de salud y en especial, en la característica que pueda tener la participación en salud. Aparece entonces relevante conocer cual es la percepción que tienen los otros participantes de esta organización del rol que cumple o debe cumplir un Directivo.

- **Encargados de Participación de Servicios.**

En lo que concierne a la subcategoría Percepción del Rol de los Directores en relación a los Consejos de Salud, podemos señalar que los Encargados de Participación de Servicios, plantean la centralidad del rol del Director al momento de implementar la política de participación.

***“...Si tú no tienes apoyo de los directivos no cuentas, no puedes hacer nada, o sea te vas a desgastar trabajando pero no vas tener éxito, por que tú necesitas implementación, tú necesitas tener a disposición el consultorio. Entonces si el Director no quiere, o si a su vez el jefe de él no quiere, y si a su vez el jefe de más arriba no quiere, no lo va hacer...” (Encargado de Participación de Servicio N° 1)***

Lo anterior da cuenta de un sistema jerárquico como una cadena de mando que coloca en el centro a los distintos niveles de la autoridad.

Los establecimientos de salud tienen distinta dependencia según el tipo de servicio que brinde. Los Directores de Atención Primaria dependen de los Departamentos de salud comunal, los que a su vez son parte de las Corporaciones

de Salud y Educación que depende de la dirección política del Alcalde. Así, dentro de los gobiernos comunales podemos encontrar aquellas gestiones más proclives a la participación y aquellas más restrictivas. Al mismo tiempo podemos encontrar distintos énfasis en la participación, desde aquella que propicia espacios de deliberación y control, hasta aquellas que desarrollan una participación de tipo instrumental y decorativa. Todo ello podría determinar el carácter de la participación en los Centros de salud primaria.

Por su parte los establecimientos de atención hospitalaria dependen de la Dirección de los Servicios de Salud y estos a su vez dependen del Ministerio de Salud a través de las Subsecretarías de Redes Asistenciales y de los SEREMI Regionales. Dentro de los Directores de Servicio se puede observar niveles diferenciados de apropiación de la temática de participación.

En este sentido la disposición de los Directores de establecimiento está influida por la importancia que le dé al tema el Director del Servicio de Salud, ya que es éste quien le dará la prioridad al tema dentro de su gestión, designando recursos y desarrollando iniciativas en esa dirección.

***“...Nuestro Director de Servicio cree 100% en el trabajo con la comunidad y por eso es que también ha apoyado varias iniciativas para poder fortalecer el crecimiento y la activación de estos consejos de desarrollo...” (Encargado de Participación de Servicio N° 1)***

Otra observación que podemos hacer a partir de las opiniones de los Encargados de Participación de los Servicios es que el rol de los directivos está, en su generalidad, mediatizado por el grado de desarrollo que posea el Consejo.

***“...Hay diferencias, en algunos donde los consejos han logrado desarrollar este buen trato entre ambos, los directores están muy convencidos de lo que están haciendo. En otros lados, donde todavía se están formando, hay poca credibilidad...” (Encargado de Participación de Servicio N° 1)***

Lo anterior nos permite inferir que, así como el Director es relevante al momento de desarrollar la participación en los Consejos, el desarrollo de éstos también ejerce una influencia en la disposición de los Directores. Lo anterior se refuerza cuando los Consejos pasan a ser funcional a las necesidades de la gestión de establecimiento.

***“...Cuando los Consejos ya están consolidados, generalmente, los Directores ven en los Consejos un apoyo a su gestión...” (Encargado de Participación de Servicio N° 1)***

Otro elemento para la reflexión dice relación con los estilos que de la dirección en el ejercicio de su autoridad.

***“...Los estilos de dirección, de los jefes de establecimientos, hay quienes mantienen estilos más tradicionales, verticalistas, donde siguen más o menos una lógica de que estos son grupos de ayuda, autoayuda o de colaboración con los establecimientos, por lo tanto, como que son subordinados a las órdenes de ellos...” (Encargado de Participación de Servicio N° 2)***

Esto se produce, principalmente en aquellos establecimientos de mayor complejidad, donde la Dirección genera una vinculación vertical y autoritaria considerando al Consejo como un ente colaborador y no adjudicándole roles como la deliberación y el control de la gestión. Lo anterior se podría explicar en el hecho de que casi la totalidad de los Directores de establecimientos más complejos, entiéndase Hospitales y Centros de Referencia, son dirigidos por el profesional médico, cuya formación es eminentemente científica con escaso desarrollo de los componentes sociales de la salud.

Podríamos decir que la existencia, en salud, de una política institucional que genera una estructura fuertemente jerarquizada y autoritaria, junto con el perfil científico técnico de los Directores, propicia las condiciones para el desarrollo de una

política de participación, en los Consejos de Salud, de mucha dependencia y subordinación al ente directivo.

La formación curricular de los profesionales de la salud pone el énfasis en los procesos de salud y enfermedad desde una perspectiva individual y eminentemente técnico científica, con escaso desarrollo del componente social y menos aún comunitario de la salud. Desde esta perspectiva se entiende que los Directores, no necesariamente poseen destrezas de manejo comunicacional y grupal, lo que podría hacer que se enfrenten, inicialmente a estas organizaciones, con falta de credibilidad y desconfianza.

Otro elemento que hay que reconocer, es la ausencia de experiencias previas de participación, por parte de los Directores que hoy ocupan dichos cargos, ya que, si bien en la década de los 60 e inicio de los 70 se generaron experiencias de participación en salud, estas no adquirieron un carácter masivo y fueron bruscamente interrumpida con la irrupción del régimen dictatorial.

- **Encargado de participación de establecimiento.**

Por su parte, los Encargados de Participación de establecimientos, tanto de Atención Primaria, como de aquellos establecimientos de mayor grado de complejidad, plantean distintas perspectivas dependiendo de la experiencia particular de cada establecimiento.

Así tenemos aquellos establecimientos donde los Directores tienen una posición facilitadora del proceso de participación en los Consejos, expresando su disposición a trabajar con la comunidad.

***“...La dirección ha tenido las puertas abiertas a estar con ellos en las reuniones a atender con ellos a los usuarios que piden hablar con la directora, a difundir esta cosa, el día que quieran ellos pueden venir acá hablar y dejar sus inquietudes, y eso que sean avalados por la***

***entidad más alta del consultorio y eso es una gran fortaleza...”***  
***(Encargado Participación Atención Primaria N° 6)***

El apoyo de la dirección es visto como un aval del quehacer del Consejo, lo que es un aspecto positivo al momento de empezar a trabajar con la organización, pero puede ser un aspecto negativo, ya que puede generar un cierto grado de dependencia hacía la Dirección. Esto es especialmente relevante en los establecimientos donde la movilidad de los cargos directivos alta, ya que podría influenciar la estabilidad del desarrollo organizacional. Muchas veces la sola presencia del Director es visto como un apoyo al Consejo.

***“...La dirección, digamos ha sido súper, súper diligente en mantener esa cuestión viva, o sea, nosotros nos reunimos los últimos martes de cada mes, llueva o truene... la disposición de la dirección a mantener esta instancia está claramente establecido... y la doctora jefa cuando falta la gente del establecimiento, los representantes de acá de la institución, empieza a mandarlos a buscar, qué pasa con tal persona, llámenla...”*** (Encargado de Participación CRS N° 4)

El rol de autoridad máxima del establecimiento es ejercido al momento de asegurar la asistencia de los representantes de la institución, cuya permanencia es muy variada o escasa. En general cuando el Director no acude a las sesiones del Consejo, los representantes de los otros estamentos se ausentan. Junto con esta función de “convocar” a los funcionarios, cumple otras funciones como son la de informar y la de recoger las opiniones de los asistentes.

***“...el Director esta participando... y esta informando a la comunidad... por lo menos esta súper presente, y aporta y a veces se enoja y se le para la pluma y todo, pero de todas formas esta súper presente en estas reuniones, por lo menos de mi parecer, demuestra interés de cual es la opinión del Consejo...”*** (Encargado de Participación Hospital N° 4)



Al representar la autoridad máxima del establecimiento, los Directores pueden generar relaciones verticales, de distinto nivel, con los usuarios del Consejo, lo que se puede traducir en problemas de desarrollo organizacional.

***“...La relación de la dirección con el Consejo Consultivo ha sido vertical, hasta ahora...” (Encargada de Participación CRS N° 1)***

***“...llegan los programas de adulto mayor, llega a la dirección tiene una cantidad de millones que son muchos millones, pero nosotros no sabemos cómo se reparten esos millones, o sea ni la encargada del programa sabe cuántos millones se transfieren, ni el Consejo...” (Encargada de Participación Atención Primaria N°1)***

Junto con el carácter jerárquico y verticalista en la relación Director y representantes de usuarios, se presenta una falta de transparencia en la gestión. Especialmente sensible aparece el tema referido a la información sobre los recursos financieros asignados a los distintos Programas. Generalmente este estilo vertical y autoritario no sólo se manifiesta en la relación con los usuarios sino que también con los distintos funcionarios.

Considerando la cadena de dependencia jerárquica, puede producirse, a nivel de Atención Primaria, que la Corporación Municipal tenga una política restrictiva en relación a la información, lo que a su vez se traducirá en falta de transparencia a nivel del establecimiento.

Aparece relevante la demanda implícita por transparencia en la información ya que ésta, es un elemento importante a incorporar al momento de participar, ya sea opinando, sugiriendo o decidiendo.

- **Consejeros representantes de usuarios.**

En lo que concierne a la opinión de los usuarios, con respecto del Rol de los Directores en los Consejos de Salud, ellos manifiestan que la Dirección está

dispuesta a trabajar con el Consejo en una relación de mutuo beneficio, especificando las distintas responsabilidades de las partes.

***“...Hay una comunidad que ayuda y también hay una Directora que se hace cargo de las necesidades, de que la gente participe...son las direcciones las que tienen que hacer una buena gestión...” (Usuario N° 1)***

***“...Pero hay una cosa de los Directores ahora, qué están obligados a participar, porque si no la comunidad tampoco va a participar cuando ellos lo requieran...” (Usuario N°3)***

Se expresa una relación donde la comunidad ayuda al establecimiento, pero es la Dirección la responsable de gestionar y dar respuesta efectiva a las necesidades de salud.

Al mismo tiempo se expresa una relación de conveniencia, por parte de la Dirección, de involucrarse en la participación comunitaria, toda vez que la comunidad organizada puede ser un apoyo al momento de implementar ciertas políticas de salud, muchas de las cuales tienen carácter de Compromiso de gestión y/o implican el logro de metas sanitarias, ambos parámetros con que se miden la evaluación de gestión de la Dirección. En este sentido se deja percibir la autovaloración del rol de la comunidad frente a la Dirección, es decir, el poder que significa ser requerido por la Dirección.

En algunos establecimientos de atención hospitalaria podemos observar un cierto distanciamiento de los Directivos, producto principalmente, del desconocimiento del Consejo de Salud.

***“...Hay personas Directivos del hospital, si bien no es que no apoyen, pero no entienden mucho, no lo entienden mucho esto del Consejo...” (Usuario N° 3)***

En este sentido hay que considerar que muchos Directivos efectivamente no conocen y por lo tanto no entienden el sentido de la participación y de los Consejos de salud, esto hace que tomen distancia y no se involucren en las iniciativas de participación, traspasando la responsabilidad de dicha labor a los Encargado de Participación de cada establecimiento.

Otro aspecto que aparece en relación al rol de Director, más allá del Consejo, dice relación con la política de atención al cliente vinculada al buen trato a los usuarios.

***“...El Director dijo -yo no voy a aguantar ni al médico, ni a la auxiliar de que traten mal al usuario, porque la idea es que el usuario sea bien atendido-, y se llegó a un caso incluso, en que el médico atendió mal y que fue despedido. El Director siempre se esta conversando con nosotros y hay disponibilidad de él para prestarnos, para decirnos háganlo...” (Usuaría N°4)***

De alguna forma la estrategia de mejoramiento de la calidad de la atención y la actitud en pro de la defensa de los derechos del usuario manifestada por la Dirección, potencia el proceso de empoderamiento del Consejo y de la comunidad que se representa, toda vez que deja de manifiesto el protagonismo de los usuarios en el servicio de la salud.

En relación a la percepción del rol de los Directivos en los Consejos de Salud, podemos decir que éste está mediatizado por el ejercicio de autoridad máxima del Establecimiento, en este sentido el apoyo, incluso sólo presencial en el Consejo, representa, para los distintos actores, un elemento de fortalecimiento a la organización.

Al mismo tiempo, donde el estilo de dirección se caracteriza por ser verticalista, autoritario y paternalista, se tiende a desarrollar relaciones de subordinación y dependencia del Consejo, lo que limita la posibilidad de un desarrollo

organizacional participativo, autónomo y representativo de los intereses de la comunidad en conjugación con los servicios del Establecimiento de salud.

Para poder avanzar en un cambio de estilo de dirección hay que propender a un cambio en la forma de entender la salud y la relación profesional - usuarios. Cambio que principalmente, debe venir de la formación profesional de los futuros Directores y del personal del establecimiento y, seguidamente, de la comunidad usuaria de salud.

Llama la atención la relación de mutua conveniencia entre la Dirección y la comunidad, lo que puede ser un buen punto de inicio para el desarrollo de la instancia de Consejo de Salud.

Del mismo modo aparece como relevante la necesidad de transparentar la información, tanto para recuperar o generar confianza entre los distintos actores, como para poder aportar eficiente y efectivamente a la resolución de los problemas de salud de la comunidad. En este sentido, sin una información completa y veraz no es posible generar espacios de participación efectiva de la comunidad.

## **2. Percepción del Rol de Encargado de Participación del Establecimiento**

La categoría percepción del Rol del Encargado de participación muestra que los distintos actores reconocen el rol, aunque con distinto nivel de reflexión sobre el tema. Se observa que el análisis que realizan los propios Encargados de participación, es decir, la autopercepción de su rol es la más extensa en relación a los otros actores, esto da cuenta de la preocupación por reflexionar sobre los alcances de la participación y su rol dentro de este proceso.

- **Directores de establecimiento.**

El Director de Hospital distingue claramente la relación entre el trabajo social y participación, al mismo tiempo que rescata el concepto de equipo de trabajo más que individualidades.

***“... aquí el equipo de Trabajo social lleva más de una década trabajando, continua, persistentemente en ampliar los espacios de participación...” (Director Hospital)***

Si bien en la mayoría de los establecimientos el Encargado de participación es un profesional de las ciencias sociales, específicamente Asistentes Sociales, también se han incorporado, en menor medida, otras profesiones como son: periodistas, psicólogo, etc. o profesionales paramédicos como matronas, enfermeras, etc.

Considerando que la intervención de salud es interdisciplinaria aparece como relevante que el ámbito de la participación, entre ello el Consejo de Salud, se estructure a partir de un trabajo en equipo que incorpore a profesiones complementaria que potencien sus distintos aportes particulares, aún cuando es central que el liderazgo lo ejerza un profesional con competencia en la materia.

- **Encargados de Participación de los Servicios.**

Por otro lado los encargados de Participación de los Servicios realizan una reflexión de dos aspectos relevantes del rol, por un lado, el perfil profesional óptimo para asumir la responsabilidad del rol y, por otro, las características y destrezas que debe desarrollar el profesional al momento de proponerse trabajar con la comunidad.

***“...Uno tiene que estar muy convencida de lo que la comunidad es para poder trabajar con la comunidad, o sea eso qué significa, que tu no puedes ir a imponerle a la comunidad algo, sino que tu tienes que ir dispuesta a aprender de la comunidad que te puede entregar mucho, es decir, uno de los grandes problemas que hay es cuando***

***uno estimula a la comunidad a participar ya, pero cuando ellos te dicen algo que, tu dices no, no lo vamos hacer así por que yo soy profesional... (Encargada de Participación Servicio N° 1)***

Una de las características que se resaltan es la capacidad de reconocer y valorar el saber de la comunidad como un aporte a la resolución de la problemática de salud, lo que se debe traducir en un respeto a las opiniones, sugerencias y decisiones que la comunidad realice a través de sus organizaciones.

***“....Entonces tienes que ser muy asertiva en el sentido de no ofrecerles cosas que no le vas a poder dar, y si le ofreces algo, tienes que dárselo, porque sino ellos no creen en ti, nunca más te van a apoyar, entonces tu tienes que tener, tienes que ir humildemente a trabajar con la comunidad, no puedes ir con tu etiqueta arriba...” (Encargado de Participación Servicio N° 1)***

Otra característica es la asertividad de los profesionales que trabajan con la comunidad, referido al cumplimiento de los compromisos contraídos y a no generar falsas expectativas en las personas que participan. En este sentido, la confianza en la relación usuario - profesional aparece como un componente gravitante de los Consejos de salud.

***“...El encargado de participación, el tema de la participación implica además otro horario, implica otra estrategia o sea no es lo mismo hacer un tema educativo con pacientes y decirles como se tomen los medicamentos o no sé qué cosa, que trabajar con los dirigentes que tienen una representatividad social, que están curtidos, que no es la única cosa de participación que están...” (Encargado de Participación de Servicio N° 2)***

Por último, aparecen otras características del profesional que trabajan con la comunidad referido a destrezas sociales de la relación, como son la comunicación, la

ponderación del poder o red de los dirigentes, la disposición de tiempos y horarios acorde a las condiciones de la comunidad, etc.

Todas las competencias, destrezas y habilidades profesionales necesarias para el trabajo con comunidad y con el Consejo de Salud, dejan de manifiesto que se requiere de personal con una formación y habilitación específica en esta área, lo cual se circunscribe a la formación de las ciencias sociales y en específico a la formación de la asistente social.

- **Encargados de Participación de los establecimientos.**

En las opiniones de los Encargados de Participación de los establecimientos sobre su Rol, encontramos algunos aspectos que destacan, por un lado, tenemos profesionales que consideran que el rol del encargado de participación debe asumirse por quien encarna dos condiciones básicas, estas son: la motivación y el manejo de destrezas de trabajo comunitario. Del mismo modo que los profesionales del Servicio, se rescata el concepto de equipo de trabajo.

***“...Empecé a salir a la comunidad y dije, no este es la mía, aquí yo tengo que trabajar... y voy a pelear porque me tomen en cuenta, se den cuenta que me tienen que otorgar horas libres para trabajar con la comunidad y con la experiencia, yo llevo cuatro años en la comuna y la experiencia me ha dejado muchas alegrías y eso a dado también que se reconozca mi trabajo y el trabajo del equipo, porque no solamente es de uno es del equipo entero...” (Encargada de Participación Atención Primaria N° 2)***

Así partir de una opción y desafío personal y una formación profesional como Asistente Social, se logra posicionar una experiencia de participación en los establecimientos de salud.

***“...Si a uno no le gusta trabajar con la comunidad, salir, no funciona y trabajar con personas dirigentes es difícil, ellos saben de todos,***

***saben mucho y tienen mucho poder y ello lo saben... es delicado, difícil, pero a la vez satisfactorio...” (Encargada de Participación Atención Primaria N° 2)***

Del mismo modo que los encargados de Servicio, se rescata las habilidades profesionales para establecer relaciones interpersonales con los dirigentes, destacándose el perfil de los representantes de usuarios como personas con una red de relaciones y conocimiento que los dota de cierto poder dentro de la localidad o comuna y que por lo tanto requiere ciertas destrezas para vincularse con ellos.

Por otra parte, podemos distinguir, a partir de las opiniones de algunos de los Encargados de Participación de los Establecimientos, las carencias que enfrentan al momento de realizar su quehacer.

***“...Entonces nos hace falta un trabajo a nosotros de qué es lo que vamos a entender como participación, o sea nos falta una mirada más profesional de lo que es la participación.... nos faltan conocimientos para ir más allá. Mi temor siempre ha sido el de la subsistencia de esto, o sea yo creo que si nosotros no desarrollamos un trabajo más profesional en torno a la participación esto se puede extinguir...” (Encargado de Participación Hospital N° 1)***

Lo anterior da cuenta de la necesidad de contar con más y mejores elementos metodológicos y teóricos que les permitan desempeñar su rol de mejor manera, al tiempo de requerir desarrollar procesos de reflexión y retroalimentación que permitan precisar la orientación y dirección de la participación en sus establecimientos.

***“...Yo creo que nosotros no tenemos los conocimientos, cada uno ha improvisado desde su profesión y sin duda que podríamos hacer mucho más... claro, con buena voluntad entre la matrona y yo (periodista), que somos las que estamos ahí, nos falta conocimiento para ir más allá de lo que a ella y a mí se nos ocurre o lo que nos demanden...” (Encargada de Participación Hospital N° 1)***



En algunos establecimientos hospitalarios, dentro de las carencias de los profesionales encargados de participación, tenemos la falta de habilidades prácticas y de conocimientos teóricos sobre participación. En este sentido, la tendencia a incorporar periodista en este rol, supone el manejo de habilidades comunicacionales de carácter masivo, lo cual no necesariamente se vincula a las destrezas requeridas para la participación social.

En relación al Consejo de Salud hospitalario, se describen algunas funciones de carácter administrativas como son:

***“...Yo organizó lo de la reunión, gestiono lo de las invitaciones, la sala, que sé yo, tomo nota de las actas y envío la información al Servicio...” ((Encargada de Participación Hospital N° 3)***

La centralidad de la Encargada en estos aspectos administrativos podría significar una relación paternalista con el Consejo, que, a su vez, podría generar dependencia de la organización con el establecimiento no propiciando condiciones para el desarrollo organizacional.

Otro aspecto que destaca es la opinión que tienen los encargados de participación sobre el reconocimiento de su rol al interior del establecimiento.

***“...Tú haces un monto de trabajo que en realidad nadie te reconoce y ni siquiera saben lo que tú estas haciendo, no creo que es una cosa de acá del Hospital, yo creo que en todas las organizaciones que tienden a funcionar por inercia y que hay un montón de gente que hace muchas funciones que tienen a cargo muchas responsabilidades, pero no se ha dado el interés, ni la información...” ((Encargado de Participación Hospital N°4)***

Si bien, la falta de información sobre el quehacer de los funcionarios es un problema común en las instituciones de trabajo, el desconocimiento o falta de

socialización del rol del Encargado de Participación de un establecimiento aparece como una situación contradictoria, toda vez que su rol se vincula también a propender la participación de los llamados usuarios internos del establecimiento, es decir, los funcionarios.

- **Consejeros representantes de usuarios.**

Por último, los usuarios no dedican muchas opiniones referidas a los encargados de Participación, esto podría indicar que los dirigentes privilegian una relación directa con los Directores como los interlocutores principales.

***“...Si yo tuviera algún problema con la encargada de... es la Dirección la que tiene que solucionar el problema, si el Consejo tiene que hablarlo directamente con el Director del consultorio y él tiene que solucionar el problema si hay una persona que está pasando a llevar...” (Usuaría N°4)***

Nuevamente aparece la centralidad y supremacía del rol del Director, frente a cualquier situación que amerite su intervención, dejando en las manos de dicha autoridad la resolución de los problemas que aparezcan con otros funcionarios.

En los casos donde se hace mención a la realización de trabajo en conjunto entre el representante de los usuarios y el Encargado de participación, esto se asocia a la realización de Proyectos de promoción de salud en la comunidad.

***“...De hecho estamos haciendo un Proyecto, lo trabajamos con Mirian, encargada de participación... trabajamos juntas siempre...” (Usuaría N° 18)***

Se destaca además situaciones problemáticas que se producen a partir del la relación entre Encargada de Participación y representante de usuario.

***“...¿Quién es la que dirige? si hay un presidente de Consejo, - nosotros ahora tenemos personalidad jurídica- ¿por qué la***

***Encargada de Participación Social dirige entonces?. Resulta como nosotros no teníamos personalidad jurídica ayer... por lo tanto las cosas se giran y ella sabe que se van girar, por eso está molesta conmigo, por ende teníamos una reunión citada para mañana, y nos dijeron que la suspendiéramos porque ellas tenían una actividad... Ahora yo no me he llevado muy bien con la encargada de participación... pero ella lo sabía, ella a mí me conoce como dirigente, y ella sabe que si yo me comprometo soy al cien por ciento...” (Usuaría N° 2)***

Los conflictos en las relaciones entre funcionarios y usuarios son de muy diverso índole, pero en el caso que antecede, se podría decir que el proceso de empoderamiento de los dirigentes, deviene en una pérdida de poder y control por parte del profesional que puede sentirse amenazada en su rol, sobre todo si en el ejercicio de su trabajo tiende a copar el espacio o suplir el rol de la comunidad.

***“...Nosotros estamos recién tomando fuerza en lo que son, cómo trabajar... la única que trabaja ahí era justamente la Asistente Social encargada de Participación, entonces yo decía -hay que hacer esto- y no se nos tomaba mucho en cuenta, y no podíamos hacer mucho....” (Usuaría N°1)***

Cuando los representantes de los usuarios no se apropian de su rol, es la profesional encargada la que activa y conduce el Consejo, esto que puede ser una situación necesaria al momento de iniciar la organización, debe dar paso a un proceso de autonomía que permita la expresión de los usuarios y el ejercicio de una práctica democrática.

En la estructura del sistema de salud podemos identificar un conflicto de poder latente entre el funcionario de salud y el usuario, el cual pasa a un estado de manifiesto al momento que se moviliza la fuerza de la relación, a partir del empoderamiento del usuario. En este sentido, los funcionarios de salud, no están preparados para devolver el poder a los usuarios, ya que la estructura de

funcionamiento jerárquico y verticalista les ha dado la potestad sobre el poder en la relación profesional (funcionario) – usuario.

Lo anterior se ve reforzado por una cultura de dominación hegemónica en los funcionarios de la salud, lo que se traduce en una actitud autoritaria por parte del funcionario, de cualquier rango, y una sumisión por parte del usuario.

### **3. Percepción del rol de los consejeros representantes de la comunidad usuaria**

En relación con la categoría Percepción del Rol de los Consejeros Representantes de la Comunidad Usuaria, podemos ver que existen diferentes visiones del rol de los consejeros usuarios asociado al rol y funciones de los Consejos.

- **Directores de establecimientos**

Los Directores de establecimientos, tanto de Hospitales como de Atención Primaria, realizan una relación directa entre el rol del Consejo y el rol de los representantes de los usuarios. En este sentido pasan a ser los interlocutores de la autoridad del establecimiento.

*“...Es una instancia de participación de los usuarios, donde ellos pueden expresar su opinión, del sentir en salud de sus organizaciones sociales, por lo tanto yo pienso que el Consejo Consultivo, son la voz de nuestros usuarios...” (Directora Atención Primaria N° 2)*

*“...Es una instancia donde uno ha podido conocer a parte de la comunidad, a los participantes, los intereses, los puntos de vista...” (Directora Atención Primaria N° 3)*

El rol, según los Directivos, es el de representar la voz de los usuarios y ser los interlocutores de la autoridad, en cuanto expresan opiniones e intereses de la comunidad. Además permiten acercar a los funcionarios del establecimiento al conocimiento de su comunidad objetivo, conocimiento relevante al momento de tomar las decisiones de salud.

- **Encargados de Participación de los Servicios**

Los Encargados de Participación de los Servicios, señalan en relación a esta categoría, que los Consejos son la instancia de participación que involucra a la ciudadanía en los problemas de salud que le afectan, además de ser una organización donde los representantes de los usuarios, cada vez van tomando más protagonismo en los temas que directamente le competen en el ámbito de la salud.

***“...yo creo que la experiencia que se ha tenido en salud con las organizaciones comunitarias, ha sido bueno, el traspaso que se le hace a la comunidad, para que ellos puedan decidir y tomar decisiones en conjunto con los establecimientos, eso ha sido bueno...” (Encargada de Participación de Servicio N°3)***

Se hace alusión a un proceso donde la comunidad debe ir transitando hacia un nivel de mayor participación, al generar espacios deliberativos.

***“...La gente ya está más acostumbrada a deliberar, de distintos estamentos del Estado se les está convocando y los que están un poco más asustados tienden a ser nuestros directivos o nuestros funcionarios, digamos, en esto de que entren los usuarios y tengan cada vez más participación...” (Encargado de Participación de Servicio N°2)***

Desde la perspectiva de los Encargados de Participación de los Servicios, en nuestro país hay mayor deliberación sobre distintos asuntos, lo cual genera reacciones encontradas en los trabajadores de salud. Lo anterior da cuenta del

conflicto de poderes expresado anteriormente, ya que la apertura a la participación de los representantes de usuarios, determina un mayor poder por parte de los ellos y por ende una mayor exposición del trabajo de los funcionarios de salud a la evaluación de la comunidad.

***“...La relevancia de que la comunidad se haga co-responsable porque ahora nuestro sistema de salud... nunca hacemos nosotros responsable al individuo de lo que nos pasa en salud...” (Encargado de Participación de Servicio N°2)***

Lo anterior releva el concepto de corresponsabilidad de la salud, como un bien social de responsabilidad colectiva.

- **Encargados de Participación de establecimiento**

Por su parte, los Encargados de Participación de establecimiento destacan que, dentro de los roles de los representantes de usuarios, esta la vinculación y retroalimentación que ellos generan con la comunidad usuaria.

***“...Si nadie nos dice que las estamos haciendo mal, nosotros pensamos que la estamos haciendo bien y que realmente la estamos haciendo de lujo y en realidad no es así y esas cosas las dice el Consejo...” (Encargado de Participación Hospital N° 4)***

El rol de los Consejeros permite al establecimiento recibir una evaluación permanente de la calidad del trabajo que realizan, pudiendo ser un elemento que se incorpore en la corrección y definición de estrategias de mejoramiento en las distintas áreas de salud.

***“...Ellos realizan un aporte desde el punto que se manifiestan y plantean las problemáticas que ellos visualizan, realizan un aporte porque esto lo reciben los Directores, y lo recibe el Director del Servicio...” (Encargado de Participación Atención Primaria N° 1)***

La mirada que aportan los Consejeros representantes de los usuarios, no sólo es de utilidad para la evaluación, sino que permite incorporar elementos al proceso de diagnóstico toda vez que los usuarios, que habitan una localidad o que enfrentan una problemática en común, son capaces de reconocer situaciones, factores y posibles soluciones a problemas de salud, que los funcionarios muchas veces no están en condiciones de reconocer. Esto se podría explicar en el tecnicismo del ejercicio de la atención de salud y en la ubicación privilegiada que tiene el usuario para reconocer su entorno y los factores determinantes de su salud.

***“...la participación es lo primordial que nosotros tenemos para el trabajo comunitario que es la promoción, que es prevenir enfermedades, el Consejo es lo que nos da el pie para acudir a la comunidad, o sea es un rol fundamental, sobre todo con el cambio de Modelo y todo lo demás...” (Encargada de Participación Atención Primaria N° 2)***

En Atención Primaria, donde se pone el énfasis en la promoción y prevención de salud, los Consejeros son el puente de comunicación con la comunidad y pueden facilitar el acceso del establecimiento a ésta. Lo anterior adquiere importancia en el contexto de la instalación del actual Modelo de Atención Integral, especialmente en los establecimiento que pasaran a ser Centro Comunitario de Salud.

Al mismo tiempo hay visiones más críticas sobre la capacidad de los Consejeros en los procesos participativos.

***“...Van detrás de los problemas que se generan, cuando ellos se informan en general ya el problema está en conocimiento de la Dirección y ya se está buscando una solución o ya se solucionó...” (Encargada de Participación CRS N° 1)***

***“...A los del Consejo les falta un poco de tener herramientas para que ellos puedan comunicar y capacitar más a esta comunidad...” (Encargada de Participación Hospital N° 2)***

Desde la perspectiva de los Encargados de Participación de los Establecimientos los Consejeros carecen de herramientas teóricas y metodologías que les permitan hacer mejor su quehacer frente a lo cual requerirían capacitación.

***“...Yo diría que hasta la fecha no han sido tan proposititos, yo los encuentro un poco pasivos en cuanto a su rol...” (Encargada de Participación de CRS N° 2)***

Lo anterior podría dar cuenta de una organización poco consolidada donde los representantes no se sienten en un ambiente propicio para expresarse, también podría tener su explicación en el tipo de liderazgo, si este es verticalista o autoritario. De cualquier manera, el que los Consejeros asuman un rol más activo dependerá del proceso de maduración grupal y de la apertura real del establecimiento o más específicamente de la Dirección ante la participación.

- **Consejero representante de usuarios.**

Dentro de las opiniones de los usuarios, en relación al rol que ellos ejercen al interior de los establecimientos, tenemos una gama amplia de matices que van desde un rol de servicio comunitario a un rol más político de representatividad.

***“...Pero cuando hay amor y voluntad todo se puede, no podemos discriminar, y a veces tenemos más voluntad por parte del adulto que de los jóvenes, porque uno acá no viene a perder el tiempo, el tiempo es muy valioso y lo que hace uno prácticamente es entregar puro amor y eso es importante... el voluntariado nuestro es para servir, servir más que nada a la comunidad...” (Usuaría N° 11)***

Esta visión particular se circunscribe al entendimiento del su rol como una forma de servir y ayudar a la comunidad, de manera desinteresada, en resumen se autoperciben desde la lógica de un trabajo voluntario de servicio a los usuarios, más de desde la representación de estos.



***“...Yo vivo sola con mi esposo ahora, ya no tengo hijos, no tengo nietos, entonces eso a mí me sirve de terapia también po, una terapia muy buena por que se que soy útil todavía, soy la tesorera del adulto mayor...” (Usuaría N° 9)***

También se destaca, dentro de la motivación para participar del Consejo una móvil de carácter personal, cual es la necesidad de sentirse útil, con lo cual se afecta positivamente la autoestima de la persona.

Por otro lado, otros usuarios consejeros, se conciben en su rol como representantes de una comunidad territorial.

***“...Para mí si queremos hacer una buena participación nosotros tenemos que participar del Consejo Consultivo, para introducirnos más en el manejo del Hospital, el cómo se distribuyen los recursos del Hospital, a nosotros nos entregan a final de año, hacemos una evaluación, nos entregan una lista de un balance y cosas, pero nosotros debíamos manejar todas las partes...” (Usuario N° 1)***

La apropiación del rol de representación les permite hablar en tercera persona, es decir, representan las necesidades de salud de su comunidad y no anteponen sus propias experiencias particulares, lo anterior se ve reforzado con la auto-percepción de su rol que pone el acento en el ejercicio del derecho y deber como ciudadano. Dentro de esta misma lógica se considera parte del ejercicio del rol el acceso a información de los distintos ámbitos de funcionamiento del establecimiento.

Al mismo tiempo surgen incertidumbres producto de las indefiniciones de las expectativas del establecimiento en cuanto a su participación.

***“...Los cinco Consultorios de la comuna, nos reunimos, empezamos a conversar temas muy importantes y decidimos que nosotros teníamos que tener una jornada en donde se nos explicara cuales eran realmente nuestros deberes como Consejo... porque si bien esto***

***hace bastante tiempo que esta, no todos estábamos claros que es lo que teníamos que hacer y que es lo que podíamos hacer como Consejo...” (Usuaría N°2)***

La precisión del rol de los Consejeros es un proceso que requiere la expresión de todos los actores involucrados, en donde el establecimiento debe precisar los alcances de la participación que desea de modo que los representantes de usuarios puedan tener opinión al respecto y poder reconocer el marco en que se moviliza su acción.

La diferencia entre estos dos enfoques del rol del Consejero, el de servicios a la comunidad y el de representación de la comunidad, se traduce en énfasis distintos al momento de desarrollar la experiencia participativa, podríamos esperar que en el primer enfoque se desarrolle una acción orientada a la colaboración del establecimiento, mientras que en el segundo podría ser orientado a cautelar o defender los derechos e intereses de la comunidad frente a la problemática de salud.

#### **4. Percepción de la Actitud del funcionario en relación al Consejo de Salud**

Por último, uno de los actores importante y del cual se hecho escasa mención es el funcionario del establecimiento de salud. En este sentido aparece importante reconocer cómo ha sido el proceso de recepción de los Consejos como instancia participativa.

En términos generales podemos ver que, a partir de la percepción de los distintos actores, la actitud de los funcionarios frente al Consejo es un elemento que ha ido cambiando en el tiempo, pasando de una actitud de temor y desconfianza a una de mayor aceptación.

- **Directores de establecimiento.**

La percepción de los Directores muestra claramente el proceso de transición de un momento de mayor desconfianza y temor a otro de aceptación.

***“... Hay mucha gente que le tiene miedo a la participación, le tiene miedo a que los usuarios intervengan en lo que es la salud...”  
(Directora de Atención Primaria Nº 2)***

***“...En la primera instancia bueno, hubo reticencias lo sentían como competitivo, como competencias, le iban a quitar el puesto, iban a vigilarlo, la típica, pero ahora no, ahora ya son parte nuestra o sea, el orgullo me entiendes, están ahí, desfilan con nosotros, ahí están en los desayunos... entonces y lo hace el Consejo de Desarrollo Local, junto con los jefes de sectores...” (Directora Atención Primaria Nº1)***

Todo proceso de cambio que se introduce a un sistema que genera tensiones, en este sentido podríamos esperar que la creación de los Consejos, con los representantes de usuarios incorporándose en el establecimiento, genere resistencia por parte de los funcionarios quienes ven invadido un espacio que consideraban exclusivamente de ellos. Lo anterior se ve reforzado por el desconocimiento de lo que son o pueden llegar a ser los Consejos de Salud y por lo tanto del poder que podría llegar a tener en las decisiones del establecimiento, todo lo cual es visto como una amenaza para los funcionarios.

Si al análisis anterior le incorporamos la cultura de atropello a la participación social y tergiversación del valor de la participación que se incorporó en el discurso oficial durante los 17 años de dictadura, nos parece como asombroso el temor a la participación que tienen ciertas personas, quienes lo asocian al concepto de desorden y falta de control social por parte de la autoridad.

- **Encargado de Participación de Servicio**

Por su parte, los Encargado de Participación de Servicio, que poseen una visión más general de la realidad de un amplio territorio, confirman la existencia de este proceso evolutivo de la relación Funcionario y Consejo.

***“...Una instancia que no ha pasado sin dolor, digamos, esto no ha sido sin dolor, porque aquí hay pérdida de poder, hay traspaso de responsabilidad a la comunidad, y la gente de salud no tiene formación para trabajar con la comunidad...” (Encargado de Participación Servicio, N°2)***

Las tensiones de un proceso de cambio se expresan en conflictos en las instituciones, en este caso los funcionarios ven mermado su control y poder sobre la acción de los establecimientos de salud al traspasar ciertas responsabilidad de la salud a la comunidad usuaria.

Como se ha hecho mención en otras partes del análisis, los funcionarios de salud, tanto médicos, paramédicos, auxiliares y administrativos no tienen una formación ni una práctica orientada a la apertura del establecimiento a la participación de la comunidad, por lo tanto no saben como enfrentar el desarrollo de las distintas estrategias de participación que se han implementado, como son Hospital amigo, OIRS, Consejos de Salud, presupuestos participativos, etc. Esta ausencia de elementos teóricos y metodológicos en su proceso de formación contribuye a resistirse a los cambios que se imprimen con la apertura de la salud a la comunidad usuaria.

***“...Nosotros instalamos esto y hay una reacción virulenta digamos, no tan sólo de las Direcciones... sino que de los funcionarios, a los funcionarios les cuesta que la familia entre a visitar a sus familiares hospitalizados, les molestó que instalásemos la OIRS...” (Encargado de Participación Servicio, N°2)***

Uno de los factores que facilita el proceso de aceptación de la participación de los Consejos, es la utilidad práctica que para los funcionarios implica el funcionamiento de esta instancia.

***“...una vez que la comunidad se inserta dentro del consultorio a trabajar con ellos, los funcionarios, es mucho más fácil poder lograr que las campañas que tengan éxito, que los programas tengan éxito...” (Encargada de Participación Servicio N° 1)***

Como vemos los Consejos de Salud aportan al cumplimiento de las metas programáticas al facilitar el nexo con la comunidad para el desarrollo de los distintos programas de salud. Por su parte, la ejecución exitosa de dichos programas representan un estímulo económico para los funcionarios del establecimiento, de esta forma se ven directa e indirectamente beneficiados con el rol de los Consejeros.

***“...la importancia también que tiene el que se integren también a los Concejos, los funcionarios del establecimiento, porque ellos son los que marcan el límite también...” (Encargada de Participación Servicio N° 3)***

Otra perspectiva que llama la atención, es el adjudicarle a los funcionarios que participan en el Consejo la función de demarcar los límites de la participación de los usuarios, se podría decir que son los que establecen un control sobre la participación definiendo la competencia de los consejeros. Si bien la conformación de los Consejos y su rol está propuesto en las orientaciones ministeriales y en las normativas de los Hospitales autogestionados, en la realidad, los límites a la participación son una definición que surge a partir de la interacción de los tres actores involucrados, cuales son, la Dirección, los representantes de usuarios y los representantes de funcionarios.

- **Encargados de Participación de los establecimientos**

Las opiniones de los Encargados de Participación de los establecimientos, manifiestan, coincidentemente con los otros actores, un cambio hacia una mayor aceptación por parte del funcionario de la participación de la comunidad expresada en el Consejo, lo anterior se ve asociado a las ventajas que implicaría para la labor de los funcionarios el trabajo en conjunto con la comunidad organizada.

***“...Cuesta a veces un poco que los mismos compañeros de trabajo entiendan y acepten que alguien de afuera, como ellos dicen a veces, que alguien de afuera venga a un Consultorio que supuestamente es nuestro. Pero cuando cambia la mentalidad y nos damos cuenta que esto es algo público, que no es de nosotros, es un espacio que ocupamos para trabajar solamente, que es de la comunidad, que ellos tienen que venir a trabajar acá, que tienen que abrirse a la comunidad...” (Encargado de Participación Atención Primaria, N° 2)***

La reflexión anterior da cuenta del concepto tradicional de propiedad del establecimiento, es decir, los funcionarios lo consideran propio y perciben la incorporación de la comunidad como una intromisión en su espacio. Al mismo tiempo aparece un concepto contrapuesto, el de propiedad colectiva del espacio público que le pertenece a la comunidad toda vez que el sentido del establecimiento es su salud.

Además se manifiesta que el cambio de actitud de los funcionarios ha sido un proceso lento que se ha intencionado a través de distintas estrategias implementadas por los Encargados de participación.

***“...En el Consejo, desde el establecimiento estamos la asistente social y es bastante débil el acompañamiento del resto de los funcionarios, yo te digo que a partir de un encuentro temático... se dieron cuenta que era importante conocer lo que la comunidad estaba pensando, porque esa labor se la tiran a la asistente social,***

***son como las expertas y el resto no se involucra...” (Encargado de Participación Atención Primaria, N° 1)***

Esto que puede significar un reconocimiento a la competencia de las Asistentes sociales, podría dar curso a un proceso de exclusión de los otros funcionarios, lo cual no permitiría una participación de los distintos estamentos del establecimiento.

***“Creo que falta más trabajo con nuestro usuario interno, los funcionarios. Nuestro usuario interno son todos, del médico hasta el auxiliar... que sepan más de lo que se trata, porque de repente hay un poco de temor a la participación de la comunidad...” (Encargado de Participación Hospital N° 3)***

***“...Todavía les cuesta entender, ven monitoras, ven reuniones de dirigentes con funcionarios, entonces por eso nosotros estamos tratando de hacer estas reuniones para que vayan entendiendo y vayan conociendo...” (Encargado de Participación Atención Primaria, N°5)***

Aparece como una de las debilidades de los Consejos la socialización de la información al interior del establecimiento, de modo que los funcionarios puedan comprender el rol de esta instancia y perderle el temor a la participación. Esto a su vez aportaría a mejorar la participación de los funcionarios.

***“...el médico viene de vez en cuando, profesional no viene nunca y no profesional se turnan en venir, ese es como el nivel de asistencia que tienen...” (Encargado de Participación CRS N° 2)***

El funcionario aparece como el gran ausente del Consejos, su participación es ocasional y discontinua lo que no permite una integración de los distintos actores. Si la Dirección aporta la perspectiva de la gestión política del establecimiento, los representantes de usuarios la de la comunidad, los funcionarios podrían aportar la

perspectiva de la implementación de la política de salud desde la cotidianeidad del funcionamiento del establecimiento.

- **Consejero representante de usuario.**

Los representantes de usuarios, por su parte, expresan como han vivenciado las distintas actitudes de los funcionarios ante la participación de los Consejos en los establecimientos, explicitando un proceso paulatino, y no exento de dificultades, tendiente a la aceptación de la participación.

***“...Es como una reacción que ellas tienen muy fuerte por temor a que nosotras la acusemos, pero nosotros seremos verde, pero no somos lora. Si hay un máximo de respeto del funcionario hacía nosotras... y siempre mirando de reojo, como preguntado y qué hacen, para qué están aquí, por qué, ellos como que sienten invadido el lugar donde ellos trabajan...” (Usuaría N°11)***

Como podemos ver se vuelve a reafirmar las actitudes de los funcionarios expuestas anteriormente, como son: el temor, la desconfianza, la irrupción de su espacio y el desconocimiento o falta de información. Del mismo modo aparece como relevante el tema de la asistencia de los funcionarios incorporándose un nuevo elemento.

***“...Los Consejos de Salud están constituidos por tres estamentos, cierto, la Dirección, los usuarios y el personal. Nosotros funcionamos con dos estamentos, la Dirección y los usuarios, ¿dónde esta en personal?...” (Usuario N° 4)***

***“Acá la gente tiene temor a participar porque lo pueden despedir. En el Consultorio digo yo, en los cuatro Consultorios de la comuna...” (Usuario N° 3)***



El temor a perder la estabilidad laboral aparece como una de las causas que impide la participación de los funcionarios. Si consideramos que los Consultorios dependen de los gobiernos comunales y que a su vez hay distintos estilos de gestión en ellos, aparece plausible que los funcionarios se inhiban de participar si la Dirección comunal no lo facilita o promueve. En este sentido aparece como relevante las orientaciones ministeriales que incorporen nuevos parámetros que estimulen la participación de los funcionarios.

Para terminar, de la percepción de la actitud de los funcionarios en relación a los Consejos, podemos precisar que hay elementos comunes en las opiniones de los distintos actores, entre lo que destaca la constatación de un proceso de cambio que va desde una actitud de temor, desconfianza, competencia, rechazo, sentimiento de amenaza, etc. a una actitud de aceptación de la incorporación del Consejo en el establecimiento.

Otro elemento común es la desinformación por parte de los funcionarios sobre lo que son y lo realizan los Consejos de Salud, esta falta de información acrecienta la desconfianza, por lo tanto podría ser un elemento a considerar en el desarrollo de las estrategias de participación de los Consejos. En los establecimientos de mayor complejidad, como los Hospitales, donde los recintos son muy extensos y cuentan con una gran dotación de personal, la desinformación es también mayor.

El sentido de propiedad que establecen los funcionarios de salud con su Centro u Hospital, hace que consideren la incorporación de la comunidad como una intromisión en su espacio, es por lo tanto relevante considerar al momento de socializar los componentes de la participación, la reflexión sobre la propiedad del espacio público que corresponde a un bien común de la comunidad y no debe ser apropiado por ningún actor.

Si bien se observa una mayor aceptación de los Consejos de salud y de la incorporación de la comunidad en los establecimientos, persiste una baja participación de los funcionarios en este espacio, lo cual podría corresponder a una

variada gama de motivaciones, entre las que destaca el temor a la inestabilidad laboral en los establecimientos de dependencia comunal.

La aceptación de parte de los funcionarios de la incorporación de la comunidad a los Establecimientos se ha visto facilitada por la funcionalidad o conveniencia que ha significado para los funcionarios contar con el apoyo de la comunidad, toda vez que el Consejo ha aportado al desarrollo de ciertos Programas de salud, los cuales se encuentran asociados a metas e índices de rendimiento, los que a su vez representan estímulos económicos para los funcionarios.

Lo anterior tiende a reforzar el rol colaborador del los Consejos por sobre los roles deliberativo y controlador, siendo estos últimos menos prácticos a los intereses de los funcionarios pero más funcionales a los intereses de la comunidad.

En síntesis, en relación a la categoría rol de los actores en el ejercicio de la participación podemos ver que la Dirección aparece en una posición central al momento de desarrollar la experiencia de los Consejos, toda vez que el estilo de dirección se proyecta a esta iniciativa. Si bien el apoyo del Director es primordial para potenciar el espacio, podría tender a generar una relación de dependencia.

Por su parte, el rol del Encargado de Participación del establecimiento aparece como central desde la Dirección, ya que el Encargado es el que asume la relación cotidiana con la comunidad. Se destaca la necesidad de poseer ciertas competencias profesionales vinculadas al trabajo comunitario como son la asertividad, el manejo de grupo, la comunicación, etc.

Desde los usuarios no se visualiza claramente el rol del Encargado de Participación, ya que se privilegia la relación directa con la Dirección. Al mismo tiempo aparecen críticas a su gestión referidas a un excesivo protagonismo que retarda los procesos de autonomía y liderazgo de los usuarios.

En relación al rol de los usuarios estos aparecen como interlocutores de la comunidad frente a la Dirección, al tiempo que permiten la retroalimentación del quehacer del establecimiento. En atención primaria se pone el énfasis en el rol vinculado a las tareas de promoción y prevención y a nivel hospitalario, en el rol asesor. Al mismo tiempo coexisten dos autopercepción disímiles del rol, por un lado están los que se autodefinen como de servicio a la comunidad, asociados al trabajo de voluntariado, y los que se definen como representación de la comunidad.

Por último, en relación a la actitud de los funcionarios estos han transitado de un momento de temor y desconfianza a uno de aceptación, aun cuando ellos son los grandes ausentes del Consejo.

Los roles de los distintos actores van dando forma a los Consejos donde claramente son los Directores asumen la supremacía y los usuarios se apropia lentamente del espacio y los funcionarios no participan activamente.

La relación de los distintos roles podría estar influenciada por los estilos autoritarios de Dirección, la preponderancia de la concepción biomédica de la salud y la estructura jerarquizada y verticalista del sistema de salud, todo lo cual se conjuga para entorpecer el ejercicio de roles que propenda a una participación más efectiva de los usuarios.

## **CAPITULO X**

### **LOS CONSEJOS DE SALUD**

#### **¿UNA INSTANCIA DE PARTICIPACIÓN EFECTIVA?**

La participación es el centro de nuestra investigación, reconocer de qué forma participan los Consejos en los establecimientos de salud, las condiciones que facilitan u obstaculizan la participación y el rol de los distintos actores, han sido hasta ahora lo que hemos desarrollado en nuestro análisis. Corresponde entonces precisar que rol le adjudican los distintos actores a la participación en salud y, en este marco, cual es la incidencia del Consejo en el proceso de toma de decisiones en los ámbitos de la gestión de los establecimientos de salud.

#### **Los Consejos de Salud y la participación.**

La última categoría de análisis denominada “la efectividad de la participación en salud”, se orienta a reconocer, a partir de la perspectiva de los distintos actores, la importancia de la participación que se realiza en los Consejo de Salud y la efectividad de dicha participación. Metodológicamente hemos desarrollado dos subcategorías, estas son: la importancia de la participación en salud y la incidencia en la toma de decisiones del establecimiento.

##### **1. Importancia de la Participación en salud.**

En relación a esta subcategoría, la percepción de cada uno de los actores adquiere matices distintos dependiendo del rol que ejerce en la institución de salud. Podríamos decir que concurren distintas perspectivas, siendo algunas más globales en el caso de los actores que se ubican en funciones directivas, y otras más acotadas o específicas en los actores desempeñan su rol a nivel local.

- **Directivos de establecimientos**

Los directivos de establecimientos de diversa complejidad concuerdan en destacar la importancia del Consejo en la participación en salud, considerándola un espacio privilegiado para la comunicación y el encuentro entre los distintos actores de los servicios de salud.

***“...Es nuestra máxima instancia de participación... el Consejo Consultivo tiene además la ventaja de que reúne a distintos actores...” (Director Hospital)***

***“... Es que ha servido como una instancia de conocimiento de la comunidad, incluso están yendo los jefes de sector, la asistente social, la encargada SOME: Ha permitido una instancia de conocerse y ver cómo cada uno trabaja y ellos han ido entendiendo... ellos saben por qué trabajamos de la manera que trabajamos, o de por qué nos demoramos en ejecutar las cosas...” (Directora Atención Primaria N° 3)***

Junto con ser un espacio de encuentro entre los estamentos Directivos, funcionarios y usuarios, permite un primer nivel de conocimiento de las partes. De parte de los directivos aparece como relevante que el usuario conozca la lógica de funcionamiento de un establecimiento.

***“... El Consejo... nos permite que ellos se involucren en el quehacer de salud, y de una vez podamos trabajar en conjunto, el equipo de salud con la comunidad...” (Directora Atención Primaria N° 2)***

En este sentido, el Consejo de salud es la estructura que permite este acercamiento y facilita la “entrada” de la comunidad al Establecimiento de salud, teniendo en como propósito el trabajo en conjunto entre comunidad y el equipo de salud del establecimiento.

Cómo ya hemos mencionado en análisis anteriores, aparece destacado la relevancia de la orientación ministerial en el quehacer del establecimiento.

***“...Sabíamos más o menos lo que teníamos que hacer, porque mucho fue como muy guiado, “tienen que hacer un concejo de desarrollo comunal “y tienes que hacerlo y tú tienes que hacerlo porque hay que cumplir...” (Directora Atención Primaria N° 3)***

Esto, que puede aparecer como positivo en término de dar inicio a un proceso, podría trasformarse en un contrasentido, si la aplicación de la disposición ministerial no se hace acompañada de un proceso de reflexión y de reconocimiento de las particularidades de cada realidad específica.

Otras opiniones dan cuenta de la incorporación de una nueva visión de la salud que rescata el rol de la comunidad en el quehacer del establecimiento.

***“...Trabajar con la comunidad, que la comunidad no es el 50%, es el 100%, nosotros somos los que colaboramos con la comunidad en lo que es la salud, la comunidad tienen que sentirse empoderada de lo que es la participación en salud...” (Directora de Atención Primaria N° 3)***

Aparece con fuerza el rol de la comunidad como responsable de su salud, siendo el equipo de salud el que debe colaborar, desde su especificidad técnica a generar mejoras en la salud de la población.

- **Encargados de participación de los Servicios**

Los Encargados de participación de los Servicios, al referirse a la importancia de la participación en salud, realizan una asociación del concepto de salud y de la participación.

***“...Yo creo que eso es la importancia de la participación, en el sentido que son ellos los que están viviendo la enfermedad, son ellos los que están viviendo su salud, son ellos los que ven las condiciones económicas, sociales, culturales, entonces si yo lo atiendo solamente y le doy remedio para su enfermedad, claro, estoy trabajando en el tema clínico, pero la salud dónde la dejo...”***  
***(Encargada de participación de Servicio N°3)***

Aparece una perspectiva más integral del concepto de salud, que involucra a los distintos determinantes sociales como son la educación, las condiciones socioeconómicas, el medio ambiente, etc. todos elementos importantes a considerar al momento de analizar la situación de salud de una población, los cuales son de conocimiento vivencial de la comunidad en particular. Desde esta mirada se releva la relación con la comunidad en el desarrollo del quehacer del establecimiento.

Junto con ello aparece la distinción entre estas dos visiones de salud, por un lado la más integral, representada en los determinantes sociales de la salud, y la más biomédica, referida a la atención individual de la enfermedad. Siendo ésta última la más incorporada en los establecimientos de salud y en la formación profesional del equipo de trabajo.

***“...Siempre hablamos del tema de que salud por mucho tiempo se pensaba que era la enfermedad, y la enfermedad es tratada por el médico y el médico es el todopoderoso, aquí es el que decide, le indica a la persona cuál es el medicamento y le dice usted tienen que volver, y el paciente se iba y volvía después, pero el paciente también es usuarios, también tiene voz y también puede decir “yo también creo que esta persona es muy competente y todo pero le falta algo”, entonces, sugiere y dice, porque salud no es solamente enfermedad...”*** ***(Encargada de participación de Servicio N° 3)***

Aquí, junto con el cuestionamiento al concepto de salud tradicional, aparece la importancia de la participación para abrir espacios de expresión de los usuarios, sin lo cual no sería posible desarrollar un nuevo modelo de salud de carácter integral. Desde esta concepción se releva una de las funciones del Consejo, cual es la de ser un espacio que permite la expresión de los usuarios.

***“...Lo más importante es que la ciudadanía en sí se empodere de los temas de salud, de conocer como poder defenderse y que logre mantener una calidad de vida sana y en este contexto es súper importante la participación de la ciudadanía...” (Encargada de participación de Servicio N° 1)***

Otro nivel de importancia de la participación en salud esta dado por la necesidad que las personas adquieran manejo sobre el tema de la salud, ya no referido a temas de gestión del establecimiento, sino que a buenas prácticas para la vida saludable. Lo anterior se inscribe en la estrategia de promoción de la salud que se orienta a incentivar estilos de vida saludables en la población.

Para implementar las políticas de participación en salud desde los Servicios, los encargados manifiestan que se han utilizados una serie de estrategias tendiente a incorporar la temática en la gestión del establecimiento.

***“...Actualmente el término que nosotros hemos tratando de instalar es el término “Consejo Consultivo de Usuarios”, en el sentido de una perspectiva que haga que la dirección de estás agrupaciones, o el conglomerado de estas organizaciones, junto con los directivos del establecimiento, participen de una estrategia mas deliberativa, o sea, participen mucho más de las decisiones... sean instancias de control social de la gestión...” (Encargado de participación de Servicio N° 2)***



***“...Entonces lo vital en la participación en salud es, primero que orientemos nuestros servicios a las necesidades de los usuarios y no a las necesidades de los presupuestos del programa, adentro de un hospital se vive y no se ve la luz... Pero afuera tenemos mal nutrición, tabaquismos, sedentarismo, accidentes en los jóvenes, y todo eso se soluciona antes de ir al hospital, entonces yo creo que esa es la relevancia de que la comunidad se haga co-responsable... a través de la participación social se atacan los problemas antes...”***  
***(Encargado de participación de Servicio N° 2)***

La orientación busca enfatizar el rol de control y deliberación de los Consejos por sobre el rol colaborador que se encuentra más arraigado en los distintos establecimientos de salud hasta el momento.

Otro elemento señalado por los Encargados de Participación de los Servicios, dice relación con la mirada desde la promoción y prevención de la salud en la población.

La importancia, desde esta perspectiva, surge el concepto de co-responsabilidad de la salud, que enfrenta la problemática de la salud a partir de la acción de los propios sujetos como responsables de sus vidas y no, exclusivamente desde el equipo de salud que tiene una perspectiva biomédica de la salud.

- **Encargados de participación de establecimiento**

Los Encargados de participación de los establecimientos hacen referencia a la participación como un proceso en desarrollo, que se construye en forma cotidiana en la relación entre usuarios y funcionarios públicos.

***“...Yo diría que más que nada ha sido el ir fortaleciendo la relación entre la comunidad y la Dirección... ha ido tranquilizando, de algún modo a la Dirección en relación a los usuarios... que le vaya perdiendo el temor a la relación con los usuarios, la contribución***

***más importante es perderle el miedo a la gente. Por su parte ellos, los usuarios, se han dado cuenta de que sí es posible entablar una relación, es posible lograr colaboración y comprensión de parte de la Dirección...” (Encargado de Participación Hospital N°3)***

Un nivel básico de valoración de la participación del Consejo es que éste permite poner en contacto a dos actores –Dirección y usuario- y hacerlos hablar, conocerse y atenuar las mutuas desconfianzas y temores. Esto podría corresponder al primer nivel de acercamiento entre la comunidad y el establecimiento y es esencial al momento de cimentar una relación que profundice la participación de la comunidad.

Como parte de un proceso de relación entre el establecimiento y los usuarios, hay una etapa en que el representante del usuario empieza a expresar su particular visión de la situación, frente a lo cual hay una reacción de la Dirección y los funcionarios.

***“...No te digo que al principio fue bueno, a nadie le gusta que le critiquen, pero después fuimos entendiendo el fundamento, la necesidad y la forma en que ellos nos expresaron, era una forma normal, a parte que se hizo con respeto, no en la manera de atacar sino que siempre de mejorar. De a poquito nosotros hemos ido entendiendo que la comunidad es importante y que nosotros podemos mejorar... todos fuimos aprendiendo y todos nos dimos cuenta que esto era una herramienta pero esencial para poder mejorar la gestión...” (Encargado de Participación Hospital N°2)***

Un nivel de importancia es el que se relaciona con la retroalimentación que tienen los equipos de salud a través de la comunicación con los usuarios, en este sentido la participación ha servido para evaluar la gestión de los establecimientos e implementar las correcciones para desempeñar mejor su quehacer.

Coincidente con lo expresado por los Encargados de Servicio, otra expresión de la importancia de la participación es aquella que la vincula con la promoción y prevención de la salud.

***“...Para mí el tema de los Consejos no es nuevo, yo trabaje en los años 70 con ese tema... yo creo que la participación comunitaria debe liderar todo lo relacionado con la promoción de la salud, trabajando en el autocuidado... yo creo que la participación comunitaria en salud sobre todo los consejos tienen que empezar a liderar todo lo relacionado con la promoción...” (Encargado de Participación Atención Primaria N° 6)***

Otro ámbito que abordan las opiniones de los Encargados de participación de los establecimientos de salud se refiere con el ajuste al cumplimiento de las disposiciones del Ministerio.

***“...Yo creo que esta cumpliendo con una disposición que viene determinada desde el Ministerio, desde el Gobierno, hay que tener un Consejo Consultivo para ser un Hospital Autogestionado... lo principal pasa por el lado de cumplir...” (Encargado de Participación Hospital N°3)***

En este caso la importancia esta daba por el cumplimiento de una disposición y la utilidad que eso representa para el establecimiento en término de calificar como Autogestionado, más que como una necesidad de gestión del propio establecimiento. En tal caso podría ser que, al calor del funcionamiento del Consejo, se valore la importancia de esta instancia de participación desde otra perspectiva.

- **Consejero representante de usuario.**

Los representantes de los usuarios que participan en los Consejos de salud, frente a la subcategoría de la importancia de la participación en salud, manifiestan, entre otras opiniones, un sentido de pertenencia y de responsabilidad con su comunidad usuaria.

***“...El año 97 nos asignaron recursos, nosotros donamos 5.000 metros cuadrados de terreno y el Ministerio nos construyo, entonces eso es de nosotros, o sea hay un grado muy grande de pertenencia de la gente, la gente cuida el Consultorio, se mantiene limpio, están dispuesto a ayudar, o sea, es como si fuera de todos nosotros, es bien interesante esa experiencia...” (Usuario N° 1)***

En Atención Primaria es más posible encontrar este nivel de sentido pertenencia con el establecimiento de salud, sobre todo en aquellas poblaciones que posee un largo historial de experiencia colectiva. Este sentido de pertenencia podría permitir un nivel de empoderamiento mayor de la comunidad y por lo tanto una mayor responsabilidad sobre el quehacer de su establecimiento.

El sentido autoconciencia de su rol como representantes de la comunidad que trabaja a su servicio permite incorporar otra valoración a los Consejos.

***“...Creo que si seguimos así vamos a ir ayudando mucho a nuestra comunidad que son gente muy pobre. Los Consultivos que han salido, y creo que es un acierto del gobierno y deberíamos seguir luchando porque la salud para esta población para esta comunidad pobre sea así, que la luchemos nosotros que nosotros somos los que necesitamos....” (Usuario N° 14)***

La importancia esta dada por ser un espacio que propiciaría a los dirigentes realizar su quehacer de representar los intereses de su población y realizar acciones tendientes a lograr mejores condiciones de vida. Su quehacer lo define como una “lucha”, es decir, como un esfuerzo contra una serie de condiciones que actúan en oposición a sus intereses poblacionales. Esto da cuenta de una visión política del rol del dirigente como representante de su comunidad frente a la problemática de salud.

Otro aspecto que aparece como relevante, en el ámbito de la participación en salud, es la incorporación del concepto de redes.

***“...Dentro de los Consultorios uno está trabajando más directamente con la comunidad, pero eso no significa que uno pierda lo que acá en la comuna se ha tratado de trabajar, formar redes. Y creo que las personas que participamos en los Consejos de los Hospitales esa es la labor, formar una red, eso significa venir al Hospital y tomar información y llevársela a los Consejos de los Consultorios e ir trasladando a la comunidad la información...” (Usuaría N° 12)***

En este sentido la importancia de la participación en salud a través del Consejo esta dado porque éste se encuentra inmerso y aporta a la conformación de una red de participación más amplia de carácter comunitario. Desde esta perspectiva la participación en salud podría ser parte de un sistema de participación más general que abarca otras áreas de la comuna en cuestión.

Otro nivel de importancia de la participación en salud es que permite el desarrollo de habilidades organizacionales en los miembros de la comunidad.

***“... Haber sido una cosa que salió de acá del CRS y partió siendo una inquietud de los usuarios y que se haya logrado ese Encuentro. Para mí fue formidable, porque fue como el primer paso, porque yo creo que a futuro, porque vamos a seguir reuniéndonos, vamos a seguir planificando, vamos a seguir convocando y es justamente para formar esta red, para poder ir transmitiéndole a toda la comunidad lo que necesita, e ir resolviendo problemas que la comunidad también presentó en la mesa, porque sí bien hubo una jornada, en donde nosotros adquirimos muchos conocimientos, con respecto a la salud de nuestra comuna, resulta de que también necesitamos resolver otros problemas que se quedaron en la mesa...” (Usuario N° 2)***

El aporte de la participación en salud, a la habilitación y generación de destreza de los representantes de la comunidad se manifiesta en distintos aspectos, entre los que destaca, el reconocimiento de sus propias capacidades, el aprendizaje

de nuevos contenidos referidos a salud, la conformación de redes comunales y la capacidad de reconocer sus logros y de plantearse nuevos desafíos. De esta forma la participación en salud es una práctica que desarrolla capacidades en las personas que participan.

Por último, los usuarios también se posicionan desde una mirada más global frente al tema de la salud y reflexionan acerca de la descentralización de la salud y la transparencia del Estado, ambos aspectos importantes al momento proponerse de influenciar en las decisiones de la gestión pública.

***“... También necesitamos de parte del Estado una mayor transparencia, la escuela, el Consultorio, para ir opinando y entrando en los problemas... (Usuario N° 1)***

La transparencia de la gestión pública, es decir, el traspaso fluido de información a la comunidad y sus representados, es un elemento importante al momento de propiciar la participación. Sin transparencia no hay posibilidad de una información completa y sin ella no es posible aportar seriamente a las decisiones de las instituciones públicas.

***“... Entonces para nosotros personalmente para mí, no debía haber pasado nunca de atención en salud al área municipal, o sea, esa es una cosa que tiene que devolverse, porque ahí hay una fractura, hay una fractura en que las autoridades de salud, por ejemplo la promoción de salud acá en el Ministerio, dictan políticas, pero haya las toman de acuerdo al criterio de la municipalidad, entonces ustedes están hablando de participación, por ejemplo de que los usuarios opinen, de que la gente haga pesar su... pero eso depende de la autoridad política que dirige la municipalidad... Somos, los Consejos, los eternos desconocidos en todo esto...” (Usuario N° 1)***

Lo anterior da cuenta de un problema político administrativo, la descentralización de la salud permite que la aplicación de las políticas de salud quede bajo la dirección de la autoridad política de la comuna, lo que podría producir inconsistencia entre lo que se direcciona desde el Estado central y lo que se realice en la comuna. Lo anterior cobra relevancia cuando la gestión de los gobiernos comunales no poseen espacios efectivos de participación de los ciudadanos que les posibilite acceder a la información e incidir en las decisiones comunales.

En relación a la subcategoría importancia de la participación en salud hemos destacado distintas perspectivas, pudiendo decir que la relevancia del fenómeno va a depender del desarrollo específico de la experiencia de Consejo.

Así tenemos a un nivel más inicial del desarrollo organizacional, es decir, en la primera etapa de formación del Consejo, se distingue la importancia de la participación en salud a partir del cumplimiento de una disposición ministerial que le permite un mejor nivel de calificación. Luego, aparecen aquellas posiciones que ven en el encuentro de dos estamentos, la Dirección y el usuario, un potencial que aporta al conocimiento mutuo, a la pérdida de los temores y al desarrollo de las confianzas de ambas partes y al reconocimiento del otro como un legítimo interlocutor, el tránsito a este segundo nivel de importancia supone un funcionamiento más extenso y el ejercicio de algunas de las funciones definidas para el Consejo.

Otro nivel de importancia lo vincula a las nuevas concepciones de la salud que desarrollan una perspectiva más integral del concepto incorporando los determinantes sociales de la salud y por ende el rol de la comunidad como co-responsable de su salud en los procesos de prevención y promoción. Lo anterior, podríamos decir que se orienta a superar la visión tradicional de la salud de carácter biomédico que ubica al usuario como un paciente que recibe asistencia individual.

Por otro lado, tenemos la valoración que entiende los Consejos de Salud como parte de un entramado de organizaciones sociales de carácter intersectorial que se

orientan a la resolución de las problemáticas de la comunidad local, vinculando, por medio de la información, a distintos niveles de la red. En este sentido aparece la concepción del representante como dirigente de una localidad que exige transparencia y acceso a la información para aportar efectivamente a enfrentar los problemas de su comunidad.

Desde esta misma perspectiva, aparece el cuestionamiento al proceso de descentralización de la salud, que deposita en la autoridad política comunal la administración de la salud y las decisiones en dicho ámbito.

## **2. Incidencia del Consejo de Salud, en toma de decisiones del establecimiento.**

Sobre la incidencia que ejercen los Consejo en la toma de decisiones en materia de gestión de los establecimientos de salud, tenemos que se entiende de manera distinta según el actor entrevistado, así aparece que, lo que para unos es una incidencia relevante, para otros es de menor grado.

- **Directores de establecimiento.**

Los Directores de establecimiento de Atención Primaria evidencian, a través de su opinión, una serie de experiencias acordes a la realidad de cada establecimiento.

***“...Nosotros tenemos una reunión mensual con el Consejo y además ellos participan en todas las actividades como Centro... y forman parte de nuestro Consejo Técnico... La gestión del reclamo, la sugerencia y felicitaciones para a través del Consejo Técnico por la Directora y por el CDL... y la respuesta lleva la firma de la Presidenta del CDL y la Dirección del Centro...” (Directora Atención Primaria N°1)***



Los espacios donde el Consejo participa dentro del establecimiento de Atención Primaria como son la OIRS, el Consejo técnico, etc. Los que podrían ser considerado como espacio donde la opinión de los usuarios inciden en las decisiones.

Al evidenciar situaciones concretas donde los usuarios inciden en las decisiones, estas son referidas a tema del trato y de la infraestructura, por ejemplo:

***“...hace dos años atrás teníamos un guardia que era muy grosero, pero no delante de nosotros, de la jefatura, sino que con la comunidad, analizamos toda la situación con el Consejo y lo sacamos de ese lugar...” (Directora Atención Primaria N°1)***

***“...Vamos a comprar basureros más grandes para los baños, podrá ser absurdo, pero tal vez nadie se había dado cuenta que se trataba de baños de no uso familiar, porque los basureros que tiene son como de cualquier casa...” (Directora Atención Primaria N°3)***

Por su parte, el Director de Hospital, por medio de su opinión refuerza la necesidad de precisar los límites en que el Consejo Consultivo pudiese incidir en las decisiones referentes de la gestión del establecimiento.

***“...Las opiniones son consideradas, dentro de los límites que corresponden a un hospital público que debe cumplir con ciertas políticas, en ese sentido es importante señalarles a las personas cuales son esos espacios con que ellos cuentan...” (Director Hospital)***

Desde esta perspectiva los límites de la participación aparecen como una definición desde la autoridad del establecimiento y no son un proceso de creación organizacional. En el caso de la Atención Primaria también aparece un nivel de cuestionamiento similar.

***“...Es una instancia de participación, empoderamiento de la comunidad... pero de repente la comunidad adquiere un poder que es medio peligroso...” (Directora Atención Primaria N° 3)***

Si bien se reconoce la importancia de la participación y la generación de procesos de mayor empoderamiento de la comunidad, también se deja abierta la preocupación por los alcances de dicha participación, es decir, los ámbitos en que la comunidad puede o no puede incidir.

A nivel Hospitalario, las situaciones de incidencia en la toma de decisiones de la Dirección se refieren a aspectos de tipo administrativo, como por ejemplo:

***“...En montones de áreas, el manejo de la ficha clínica, en el programa de transición del joven hacía el hospital de adulto, con referencia a temas que tienen que ver con la agenda médica, en la distribución de un carné de usuario, con diferentes beneficios para los niños crónicos y bueno así han salido una serie de ideas del Consejo Consultivo...” (Director Hospital)***

- **Encargados de Participación de los Servicios**

Los Encargados de Participación de los Servicios, por su parte, ponen el acento en señalar, que la incidencia de los Consejos estará en relación con el grado de desarrollo y madurez que estas organizaciones posean, como así también dependerá del tipo de establecimiento en el cual el Consejo se inserte.

***“...Sí, esta habiendo mayor deliberación o mayor participación de las organizaciones sociales de la población organizada... yo creo que sí que están cada día más informada, esta es una tarea progresiva, pero también tiene que ver mucho con los lugares, con los territorios, con la diversidad...” (Encargado de Participación Servicio N° 2)***

La principal incidencia se relaciona con sugerencias de tipo administrativo, vinculadas al mejoramiento la atención, por ejemplo:

***“...Claro, por ejemplo... el tema era porque ese centro de salud, daba las atenciones, todas de las 8 de la mañana, no había atención regularizada, “si es muy sencillo, pongan horas para pacientes, ¿por qué no las dan parcializadas?”. Hicieron un documento fundamentado, porque siempre proponen y fundamentan, sugerimos que las atenciones sean de esta otra manera, se le presenta esto al director y él dice si, podríamos probar con esto, y funcionó...”***  
***(Encargada de Participación de Servicio N° 3)***

Las sugerencias desarrolladas por los Consejos a partir de las opiniones de los usuarios tienen distintos mecanismos, es decir, por medio de un documento que sustente la sugerencia, pero en otros casos puede darse en forma verbal y directa a partir de las sesiones ordinarias del Consejo.

- **Encargados de Participación de establecimientos**

Según lo planteado por los Encargados de Participación de los distintos establecimientos, al participar del vínculo con la comunidad en general y de las sesiones del Consejo en específico, el grado de incidencia en las decisiones no existe o es muy incipiente en algunos establecimientos, y en los casos en que existe, éste se refiere a decisiones puntuales de tipo administrativo.

***“...No creo que directamente haya incidido, si creo que tiene algún protagonismo, pero yo diría que más que nada ha sido el ir fortaleciendo la relación entre la comunidad y la Dirección...”***  
***(Encargada de Participación Hospital N° 3)***

***“...Tanto como que incida así, con un impacto profundo, no lo siento, sólo veo que estamos empezando a cosechar algunas cosas. Que esta siendo más consideradas la comunidad en algunas instancias***

***de cambio... han sido consideradas ciertas opiniones de la comunidad, pero igual falta, falta mucho hay harto que hacer todavía...” (Encargada de Participación de Hospital N° 3)***

Queda de manifiesto que los procesos en relación a la incidencia en la toma de decisiones son incipientes en la medida, que si bien, se considera la opinión de la comunidad en algunos temas esto no abarca aspectos de relevancia para la gestión, sino que se circunscriben a situaciones puntuales de tipo administrativo o del ámbito de la atención al usuario.

***“... Sí han tenido efecto, se han producido cambios, nosotros teníamos dos funcionarios del SOME que hacían la labor de inscripción... a partir de las diferentes manifestaciones de la comunidad se les cambio de función porque eran un poco agresivas con el usuario...” ((Encargada Participación Atención Primaria N°3).***

Se distingue además un centro de Atención Primaria donde la municipalidad realiza desde hace algunos años los Presupuestos Participativos, en dicho caso la comunidad logro decidir sobre el uso de una cantidad de recursos de la municipalidad.

***“...Acá dentro de la comuna la municipalidad realiza los presupuestos participativos, que son a nivel de toda la comuna y ahí participa salud, participa este Consejo defendiendo y consiguiendo recursos para salud, o sea, la comunidad por ejemplo con su participación en estos encuentros, logró el que nosotros tuviésemos un ecotomógrafo, logro una cantidad de millones que fueron distribuidos desde el municipio hacia salud para un ecotomógrafo, que ha facilitado por ejemplo el acceso a distintos exámenes, que antes la gente estaba esperando en listas de espera...” (Encargada Participación Atención Primaria N°1).***

Si bien, la experiencia anterior es una situación de decisión que beneficia a la salud de una comunidad, al permitir que ésta se exprese entre distintas alternativas de inversión, es una experiencia comunal puntual.

Cuando la incidencia se refiere a gestión estratégica de los establecimientos, esta no se manifiesta en ninguna de las experiencias.

***“...Pero no hay que yo sepa, que yo lo vea aquí, participación de diagnóstico en salud, en las priorizaciones de los problemas de salud, eso todavía sigue siendo un tema de los técnicos, no sé si alguna vez va a dejar de serlo, en realidad, pero la participación acá se denota en el tema de la calidad de la atención, en eso se traduce...” (Encargado de Participación CRS N° 4)***

Sobre la incidencia en las decisiones de la gestión estratégica del establecimiento, podríamos decir que los Consejos de Salud aún no han alcanzado ese nivel de participación que les permita incidir en ese ámbito de las decisiones. Dichas decisiones siguen siendo de competencia de los profesionales de la salud, los cuales utilizan criterios técnicos para decidir y no integran en el proceso a la comunidad.

Lo anterior aparece como una contradicción con el modelo integral y de corresponsabilidad a que hacen alusión los Directores y los Encargados de Participación de los Servicios.

- **Consejeros representantes de usuarios.**

Con respecto a las opiniones de los usuarios, estos manifiestan que la incidencia en la toma de decisiones de los establecimientos se materializa en acciones concretas de parte de la Dirección y que están en directa relación con beneficios para los usuarios.

***“...Nosotras antes esa situación no nos podíamos quedar calladas así que al otro día hablamos en una reunión privada con la Directora, lo conversamos y se nos pidió como presidenta un informe firmado por mí de la situación y con ese informe y otros antecedentes el doctor no esta....” (Usuaría N° 10)***

***“...Ahora con respecto a qué ha hecho el hospital por la mala atención que había en algunos sectores, bueno de hecho se han cambiado, se han removido, habían algunos que estaban muy apenados en ciertos lugares pero igual se han arreglado las cosas, el Hospital ha hecho muchas capacitaciones....” (Usuaría N°3)***

Se destaca la temática de trato, es decir, la atención que el personal del establecimiento, tanto administrativo como profesional, brinda a los usuarios. Esto corresponde a un nivel de empoderamiento del Consejo que se ha ido enfatizando a partir de la implementación de la OIRS, cuya mayor fuente de reclamos se refiere a la mala calidad del trato de algunos funcionarios.

Otras decisiones se vinculan al ámbito de la gestión de servicios específicos.

***“...El laboratorio lo trasladaron al Catamarca, que esta como a ocho cuadras del Consultorio, la comunidad de la Unidad Vecinal 23 se movió e hizo que los abuelitos en vez de ir para allá, el laboratorio funcionará dos veces a la semana en una Junta de Vecino...” (Usuaría N° 4)***

La vinculación del Consejo con las organizaciones territoriales permite una acción en conjunto para lograr incidir en las decisiones. En este sentido algunas decisiones en su ejecución involucran a otras instituciones como son, Municipalidad, Juntas de Vecinos y Hospitales de derivación, lo que le da el carácter de red a la participación.

***“...Sobre las interconsultas yo dije, el usuario es la pelota de pin pon porque no sabe que hacer, va hacia allá y va hacia acá, entonces digo yo en ese momento aquí hay que juntarse todos y quien es el que esta diciendo la verdad acá... nos reunimos los cinco Consejos de Peñalolén, empezamos a conversar temas muy importantes...”***  
***(Usuaría N° 2)***

En este concepto de red de participación aparece la relevancia de la coordinación de Consejos de distintos establecimientos de modo de incidir efectivamente en las decisiones de sus establecimientos.

***“...Tengo la sensación que con esto de la participación, con el presupuesto participativo y todo esto queremos hacer proyecto y programarlo y la once y el baile y el tango para los adultos, pero con eso empezamos como un poquito a bajarle el perfil a los problemas reales...”*** ***(Usuaría N° 2)***

Cabe destacar un cuestionamiento al sentido y orientación de la serie de iniciativas que desarrollan los Establecimientos para canalizar la participación de los usuarios o en el marco de la promoción de la salud, en la medida que éstas acciones no permiten involucrar a los Consejos en las decisiones de salud referidas a los problemas de los establecimientos y los problemas de la población.

Por último, en relación a la subcategoría definida como incidencia de los Consejos en la toma de las decisiones de establecimientos, podemos ver que hay una escasa incidencia en el proceso de toma de decisiones que realiza la Dirección, siendo éstas, en los casos en que esta presente, mayoritariamente en lo referido al mejoramiento en la calidad de la atención, específicamente mejoramiento del trato al usuario y mejoramiento en la implementación administrativa de algunas mejoras de infraestructura.

A partir de lo anterior podríamos decir que la incidencia en las decisiones de gestión de carácter estratégico, como son: el diagnóstico de salud, la priorización de

la inversión, el plan de desarrollo institucional, la programación y la planificación presupuestaria, etc. no son abordados como ámbito de acción o funciones de los Consejos de Salud.

Por último, en relación a la categoría Efectividad e la participación en salud, podemos decir que todos los actores involucrados destacan la participación en salud en la medida que permite el acercamiento y conocimiento de la comunidad por parte de los funcionarios y de la realidad del establecimiento por parte de la comunidad. Junto con esto permite desarrollar la estrategia de promoción de la salud a partir del ejercicio de la co-responsabilidad en la salud.

Por parte de los usuarios tenemos que al participar en el consejo de salud van generando un sentido de pertenencia y de responsabilidad con el establecimiento y la comunidad usuaria,.

Dentro de la importancia de la participación tenemos que los Consejos propician la conformación de una red social que podría sobrepasar el ámbito de la salud y de carácter eminentemente territorial. También aparece como importante el proceso de habilitación de las capacidades de los consejeros a partir del ejercicio práctico de la participación en salud.

En relación la incidencia en la toma de decisiones de los Consejos en la gestión de los establecimientos de salud, esta es efectiva en un ámbito acotado de la gestión institucional, específicamente en referencia a la temática satisfacción de usuario, calidad del trato y de la infraestructura y OIRS. El grado de incidencia va a esta en directa relación con el proceso de desarrollo o madurez grupal y cuando este se manifiesta es frente a situaciones puntuales, lo que se traduce en decisiones sobre asuntos administrativos, no abarcando temas de mayor importancia en la gestión del establecimiento como son diagnóstico de salud, priorización de la inversión, programas, planificación del presupuesto, evaluación del personal, etc.



## CONCLUSIONES

Los Consejos de Salud, denominados Consejos de Desarrollo Local o Consejos Consultivos, son organizaciones que posibilitan el encuentro de dos actores de la sociedad, por un lado, los representantes de los ciudadanos, en este caso los usuarios de los servicios de salud, y por otro, los representantes del sector público, los funcionarios de diversos estamentos, que debe otorgar el servicio de salud.

A partir de la información analizada, de los distintos actores involucrados en el proceso, realizaremos algunas observaciones que nos parecen relevantes destacar en la medida que aportan a la conceptualización de la Participación en Salud.

La primera constatación de importancia dice relación con la multiplicidad y diversidad de experiencias de Participación en Salud, si bien todas los establecimientos estudiados tienen Consejos de Salud, los contenidos de los mismos, es decir, el perfil de los usuarios, los roles y funciones que se definen, la efectividad de la participación que desarrollan, el tipo de vínculo con la comunidad, entre otras características, aparecen con matices distintos.

En relación al rol y las funciones de los Consejos, traducido en las actividades y ámbitos que abarcan, podemos decir que se distinguen cuatro roles distintos asociados a niveles de participación también diferenciados. Por un lado, tenemos el *rol colaborador* a las funciones propias del establecimiento de salud, lo que se traduce en apoyo tanto en el campo clínico asistencial como administrativo, por otro lado, tenemos un *rol comunitario* asociado a la línea de promoción de salud con énfasis en el traspaso de información y comunicación con la comunidad, también tenemos el *rol asesor* relacionado con la entrega de opinión y propuesta en relación a diversos temas del establecimiento y por último, tenemos el *rol controlador - deliberativo*, referido al ejercicio de control de la gestión de los establecimientos de salud asociado a las decisiones de carácter estratégico.

Estos roles pueden presentarse en forma simultanea en un mismo Consejo de Salud, aún cuando se manifiestan con distinto énfasis y siempre en relación de unos con otros, siendo el rol controlador – deliberativo en más incipiente en su desarrollo.

El *rol colaborador* se asocia a una participación más instrumental por parte de la Dirección, orientada a satisfacer los intereses y necesidades del establecimiento, en este caso prima la lógica de servicio a la comunidad o voluntariado. Este tipo de rol se asocia a una menor incidencia en los procesos de toma de decisiones de la Dirección privilegiándose el apoyo a las funciones administrativas propias del establecimiento.

El que hemos denominado *rol comunitario*, tiene un carácter menos instrumental, aun cuando responde a los intereses del establecimiento, estos son compartidos por la comunidad, ya que se orienta a desarrollar la política de promoción de la salud. En estos casos el Consejo desarrolla acciones de información y comunicación en conjunto en la comunidad territorial. Este tipo de rol se podría asociar a una mayor incidencia en las decisiones aun cuando se circunscriben a la prevención y promoción de la salud.

Por otro lado, el rol asesor se orientan a privilegiar del Consejo de Salud la entrega de opiniones y propuestas en aspectos solicitados por la Dirección y que podrían ser consideradas para la toma de decisiones.

Por último, el rol controlador -deliberativo referido a la participación directa en la toma de decisiones y a la realización de procesos evaluativos de la gestión del establecimiento en sus distintas áreas.

La relación de los roles de los Consejos se asocia a los ámbitos de la gestión que abarcan y a las posibilidades de incidencia en la toma de decisiones de la gestión, pudiendo esperarse que el ejercicio pleno del rol contralor pueda incidir con mayor propiedad sobre las decisiones en el ámbito de la gestión de salud.

Si bien no se puede hacer una relación lineal o evolutiva del comportamiento de los roles al interior de los Consejos, si pudiésemos reconocer que los roles colaborador y comunitario se encuentran más arraigado en las organizaciones de mayor data y con una mayor experiencia de desarrollo a nivel local, las que justamente surgieron en el marco de las políticas de Promoción de la salud que se desarrollaron con fuerza desde el Ministerio en la década de los 90.

Por otro lado, los roles asesor, controlador – deliberativo, asociado a las decisiones de gestión, que aparece incipientemente en algunos Consejos, corresponde a una política que se ha desarrollado con mayor fuerza en la presente década, impulsada a través de diversas metodologías de participación.

Junto con la distinción de los roles presentes en los Consejos podemos identificar ciertas funciones que desarrollan en el ejercicio de su quehacer, entre las que destacan: informar, opinar, proponer, sugerir y evaluar.

La función de *informar* se desarrolla tanto desde la Dirección a la comunidad, como de la comunidad hacia la Dirección. Es así que los Directivos y encargados de participación reconocen y valoran esta función, ya que permite el nexo entre el establecimiento y la comunidad usuaria, lo que representa el nivel más básico de participación en la gestión.

En relación a la Hipótesis “*los Consejos de Salud acceden a la información sobre la gestión que desarrolla el establecimiento de Salud*” diremos que esta ha sido comprobada, aun cuando esta función adolece de ciertas deficiencias, por un lado tenemos las dificultades de los Consejos para traspasar la información a la comunidad de modo de garantizar su efectividad y masividad y por otro, la selectividad y unilateralidad de la priorización de la información que realiza la Dirección del Establecimiento.

Las funciones de *opinar, sugerir y proponer* se desarrollan con distintos énfasis según las características del establecimiento y de su Dirección. Estas

funciones se encuentran asociadas a la demanda del establecimiento, aunque, en menor medida, también se puede expresar en forma espontánea a partir de los representantes de usuarios.

En relación a la Hipótesis *“los Consejos de Salud entregan opiniones, sugerencias y propuestas sobre la gestión de salud a la Dirección de los Establecimientos”* podemos decir que ésta ha sido aprobada en la medida que son consideradas parte de las funciones que ejercen los Consejos. Aun cuando el alcance y ámbito de la gestión que abarcan y por lo tanto influyen, en el ejercicio de estas funciones, se ven circunscrita a una esfera limitada de la gestión de salud como son: calidad de la atención, trato al usuario, calidad de infraestructura y gestión OIRS, sin abarcar ámbitos de la gestión vinculados a Planes, Programas, Recursos financieros, entre otros.

Por otro lado, la función de evaluación, asociada al control de la gestión, se desarrolla en menor medida y en forma asistemática. Algunos elementos de la evaluación se desarrollan parcialmente cuando se presentan situaciones críticas asociadas a prácticas de mal trato de algunos funcionarios. Por lo tanto podemos decir que la Hipótesis *“los Consejos de Salud realizan evaluaciones de la gestión impulsada por los Establecimientos”* ha sido probada parcialmente toda vez que esta función es ejercida en forma esporádica y no ha sido incorporada dentro de las funciones cotidianas de los Consejos.

Otro elemento a considerar al momento de reconocer la efectividad de la participación es la falta de transparencia en la información, sobre todo en lo referido a la administración de los recursos, es una condición que restringe la participación al limitar la capacidad de opinar y proponer iniciativas con fundamento en el conocimiento integral de la situación de salud.

Pese a esta afirmación los Consejos cuentan con una serie de condiciones desarrolladas a partir de la experiencia que podrían potenciar una práctica de participación más efectiva. Dentro de las potencialidades de los Consejos se

destaca el aprendizaje desarrollado por los distintos actores que ha permitido la aceptación por parte del equipo de salud, de los representantes de los usuarios como interlocutores validos en la relación. En otras palabras, la breve trayectoria de estas organizaciones ha permitido superar, en distinto grado, los naturales miedos y desconfianzas entre los distintos estamentos que participan en la salud, cuales son: la Dirección, los funcionarios y los usuarios.

En el auto reconocimiento de los consejeros representantes de usuarios se desarrolla dos miradas diferentes, por un lado tenemos los que tienen por motivación desarrollar un servicio a la comunidad y los que tienen por motivación el representar los intereses de la comunidad, en este último caso las personas miembros del consejo se proponen desarrollar una participación que inflencie las decisiones de la gestión del establecimiento, aun cuando expresan sus debilidades y los obstáculos que se presentan, principalmente referido a la restricción de la información y a los límites que ponen la Dirección a los ámbitos de competencia del Consejo.

Por lo tanto la Hipótesis *“los Consejeros de Salud, representantes de la comunidad usuaria, se auto reconocen como una instancia de participación efectiva que aporta al desarrollo de la gestión del Establecimiento”* ha sido comprobada parcialmente ya que, pese a que coexisten dos visiones distintas de su misión, todos se reconocen como un aporte a la gestión del Establecimiento, aun cuando la efectividad de ésta es entendida de forma disímil según el rol prioritario que los representantes de usuarios se autodefinan.

Puesto que, en el ejercicio de su quehacer los Consejos privilegian los roles de colaboración o comunitario, en desmedro de el rol asesor y controlador-deliberativos, que el ámbito de la gestión que abarcan es dirigido a un área de la gestión muy acotado y específico, y que no hay un manejo transparente de la información por parte de la Dirección podemos inferir que la incidencia de los Consejos de Salud en la toma de decisiones de la gestión de los establecimientos es muy restringida. Por lo tanto la Hipótesis *“los Consejos de Salud inciden en la toma*

*de decisiones de la gestión de los Establecimientos*” ha sido comprobada, aun cuando esta incidencia es incipiente dentro del proceso de participación en salud.

Considerando que los Consejos de Salud desempeñan preferentemente roles vinculados a la colaboración, privilegiando funciones de información, por sobre roles de control o deliberación, y que, la incidencia en los proceso de toma de decisiones son restringidos a un reducido ámbito de la gestión, podemos decir que la participación según los niveles definidos por Orrego (Noé; op.cit), transitan de un nivel de inexistencia de influencia en la decisiones a un nivel en que se manifiesta un grado de incidencia, generado por la incorporación de los representantes de usuarios en los Consejos.

Para poder definir una estrategia que permita avanzar hacia una participación más efectiva de los Consejos de Salud en la gestión de los establecimientos, se hace necesario analizar los factores que subyacen al actual estado de la participación, es decir, cuales son las condiciones propias de la institución de salud que no han permitido desarrollar una participación efectiva.

Podríamos decir que el énfasis que una organización ponga al momento de desempeñar su rol y por ende el tipo de participación que privilegia, está influenciado por una serie de factores, entre los que podemos distinguir las características del *contexto local*. Desde este punto de vista, aparece como relevante la historia del territorio, sus organizaciones y dirigentes, asociado a las características y conformación de la población. En aquellas localidades donde los dirigentes han desarrollado una larga experiencia de participación en distintos contextos históricos, podríamos suponer, con mayor propiedad, un mayor grado de desarrollo del rol controlador - deliberativo, no así en aquellos dirigentes formados en las organizaciones de salud creadas al amparo de la institucionalidad e impulsadas desde políticas de promoción de salud.

Otro factor que podría influenciar el carácter de la participación de los Consejos, dice relación con el *contexto institucional*, lo que incluye: la Dirección de

los establecimientos, la organización de la institución de salud y el modelo de gestión de salud.

La Dirección de los establecimientos, específicamente el estilo de liderazgo, aparecen como factores relevantes que influyen el carácter de la participación de los Consejos. Incluso podría llegar a ser un factor determinante al momento de potenciar u obstaculizar la creación de estas organizaciones.

Las Direcciones de los establecimientos de salud, están generalmente, bajo la responsabilidad de profesionales de la salud, en el caso de la Atención Primaria podemos encontrar profesionales no médicos, como son matronas, enfermeras, psicólogos, etc, pero en los establecimientos de mayor complejidad son casi exclusivamente dirigidos por profesionales médicos. Podríamos decir entonces que la formación curricular centrada en la salud biomédica podría imprimir en el trabajo de la Dirección de los establecimientos, un énfasis en tal dirección, en detrimento de una perspectiva de la gestión más integral que incorpore a la participación de los usuarios como una política relevante.

Otro aspecto del contexto institucional que influye el carácter de los Consejos de Salud en el ejercicio de la participación, es el tipo de establecimiento, es decir, el nivel de la atención de la institución primaria o de un nivel de complejidad mayor.

Así, los establecimientos de Atención Primaria, que tienen un fuerte arraigo territorial en su intervención, potencian con mayor facilidad el desarrollo de un trabajo vinculado a la promoción de salud, por lo tanto los Consejos privilegian los roles de colaboración y comunitario.

Por otro lado, los Consejos de establecimiento de mayor complejidad privilegian la función asesora, aun cuando ésta no asuma un carácter controlador – deliberativo, limitándose a ser transmisor de información desde el nivel local e

influyendo parcialmente en algunas temáticas definidas por la Dirección del establecimiento.

Por otro lado, el Modelo de gestión de salud, es decir, la forma de entender el concepto de salud y por consiguiente la forma en que se organizan los distintos factores institucionales para otorgar un servicio de salud a la población, es determinante en la orientación que imprima a la participación los Consejos de Salud.

A partir del análisis de los datos podemos ver que en las concepciones de salud se encuentran en disputa dos enfoques diametralmente distintos. Por un lado, esta el modelo tradicional biomédico y por otro el modelo integral de atención al usuario.

El modelo tradicional biomédico esta centrado en los procesos de salud enfermedad y en la relación unidireccional del vínculo médico paciente. En dicho concepto de salud el profesional es el que detenta el saber y en tal caso podríamos esperar una subvaloración de la participación de los usuarios, tanto individual como colectivamente.

Por otro lado, el enfoque definido como Modelo de Atención Integral al Usuario propone una concepción de salud influenciada por los determinantes sociales, estos son: las condiciones ambientales, socioeconómicas, culturales, etc. de una comunidad, por lo tanto incorpora el concepto de co-responsabilidad, donde tanto la comunidad como el equipo de salud velan por el bienestar de la población. Dentro de esta lógica cabe la potenciación de la participación, toda vez que incorpora y/o valida el rol del usuario en el proceso de la salud.

Aún cuando coexisten ambos modelo y una gama amplia de énfasis diferentes alrededor de ellos, prima una cultura hegemónica que es más coherente con el enfoque biomédico de salud y no el biosicosocial. Esto se puede observar tanto en los usuarios como en los profesionales y funcionarios de la salud.



Si a lo anterior agregamos el carácter verticalista y autoritario de la relación, profesional de la salud – paciente, podríamos pensar que esto se tiende a reproducir en la relación Dirección – Consejo, por lo tanto, se podría explicar de esta forma la relación de dependencia y subordinación del Consejo, en la medida que orienta su participación a satisfacer las necesidades e intereses de la Dirección.

Lo anterior se reafirma en la centralidad que tiene el rol del Director para los distintos actores, siendo él el que define los límites, temáticas y ámbitos de la participación.

A partir de las características predominantes en el estilo de Dirección, en conjunto con la concepción de salud dominante en los distintos actores, podemos decir que la Hipótesis *“los Consejos de Salud son reconocidos por la Dirección del Establecimiento como una instancia de participación efectiva que aporta a la gestión en Salud”* no ha sido comprobada puesto que la Dirección no reconoce al Consejo como una instancia de participación efectiva que aporta a la gestión de salud, toda vez que delimita el posible ámbito de influencia del Consejo a aspectos acotados de la gestión, al tiempo que establece una relación instrumental y funcional a las necesidades de la Dirección.

Considerando el análisis de las distintas hipótesis desarrolladas, podemos caracterizar a la participación que se desarrolla en los Consejos de Salud como poco efectiva, pues se privilegia roles que no permiten una profundización en la incidencia en las decisiones y se delimita su ámbito de influencia a partir de los criterios unilaterales definidos por las Direcciones de los establecimientos, por tanto la Hipótesis definida como *“los Consejos de Salud son una instancia de participación efectiva en los Establecimientos de Salud”* ha sido rechazada puesto los procesos de participación no se orientan, en su quehacer, al ejercicio del control integral de la gestión de la salud.

A pesar de la falta de efectividad en la participación ejercida por el Consejo, los representantes de usuarios, en algunas localidades, realizan un serio

cuestionamiento a su rol y se proponen avanzar hacia formas de participación más efectiva, lo anterior se asocia a un fuerte sentido de pertenencia y representatividad territorial.

Esta motivación por explorar nuevas formas de participación, “más fuertes” como expresan los dirigentes, reclaman como necesidad el acceso a procesos de capacitación e información que los empoderen en materias que hasta el momento le son restringidas, es decir, el conocimiento de los mecanismos de priorización de las decisiones de salud, y sobre todo, los aspectos vinculados al manejo presupuestarios de la salud.

En tanto que la información sea una propiedad individual de manejo discrecional por parte de la autoridad de Salud y no este al libre acceso del Consejo, podría inhibir los procesos de la participación y su desarrollo a niveles de mayor efectividad.

La transparencia de la administración del Estado en cualquiera de sus niveles y/o áreas es fundamental para legitimar los espacios de participación y para desarrollar un ejercicio democrático efectivo.

El transparentar la gestión, tanto a nivel comunal – municipal, como a nivel ministerial, tanto a nivel de la salud como de las otras esferas de la gestión del Estado, se constituye en un elemento central en el proceso de consolidación de la democracia, toda vez que permite que la población desarrolle confianza en las instituciones y no vea defraudadas las expectativas puestas en ellas.

El acceso sin restricciones a la información, por parte de la ciudadanía representada por los consejeros que participan en los Consejos de salud, podría permitir la habilitación de capacidades en los dirigentes que, a su vez, redundaría en el ejercicio más eficiente y efectivo de su rol, aportando así a mejorar la calidad de los servicios de salud y la calidad de vida de la población.

A partir de las conclusiones expuesta, referidas a las insuficiencias del Consejo de Salud para constituirse hasta el momento en una instancia efectiva de participación del usuario, la política institucional debe reorientar su quehacer a aquellas áreas más deficitarias y al fortalecimiento de las potencialidades existentes.

Desde la institucionalidad de salud se debería potenciar instancias de formación y capacitación de directivos, funcionarios y usuarios en la perspectiva de privilegiar la habilitación de los actores para el ejercicio de una participación que transite de un nivel primario, con acento en el rol informativo y colaborador a un nivel más avanzado que, manteniendo dichas funciones, integre con mayor propiedad el control y la deliberación en la gestión pública.

Queda de manifiesto que en el quehacer de la administración de salud coexisten, en disputa, dos conceptos de salud. Uno más tradicional caracterizado por el verticalismo en la relación y la supremacía del rol del profesional de la salud y, otros que se orientan a la horizontalidad en la relación y que posicionan al usuario como un actor central en el proceso de la salud, haciendo a las personas co-responsables de la salud de su comunidad.

Para que la práctica de la co-responsabilidad en salud sea efectiva se deben generar, las condiciones institucionales y normativas que faciliten este proceso de modo que los usuarios estén respaldados legalmente en su accionar y la participación sea un derecho garantizado por la ley.

En todo este proceso corresponde al Ministerio de salud propender a generar políticas de participación efectiva de los usuarios. Si bien es cierto las orientaciones ministeriales y los instrumentos de Compromiso de Gestión son un coadyuvante en esta línea, son por sí sólo insuficientes, corren el riesgo de transformarse en un instrumento formal de participación, sin repercusiones reales en las personas involucradas. Esto queda de manifiesto cuando algunos establecimientos refieren como motivación principal para generar iniciativas de participación, el cumplimiento de requisitos de calificación. Con lo que se corre el riesgo de potenciar una

tecnocracia administrativa carente de todo proceso reflexivo, donde se invierta mayor esfuerzo en cumplir el compromiso administrativo trasformando el espacio de participación en una estructura decorativa carente de todo contenido democrático.

En este proceso de participación ciudadana, el área de la Salud ha sido pionero, al incorporar y masificar una política de gobierno dirigida a la participación en todos los establecimientos de salud. Por medio de diversas estrategias en que confluyen, tanto prácticas individuales, como colectivas de ejercicio de derecho ha ido introduciendo, tanto en el discurso como en la acción, la participación en salud, legitimándola como instrumento de la gestión de salud.

Dentro de estas prácticas se destacan: las Oficinas de información, reclamo y sugerencias OIRS, los diagnósticos participativos, los Consejos Consultivos de usuario en los hospitales, los presupuestos participativos, entre otras. Es menester considerar estas distintas estrategias como un sistema holístico y no como parcialidades inconexas. De esta forma se reconocerá la coherencia interna de la institucionalidad de la participación.

La mirada sistémica, permite valorar todas las partes como elementos constituyentes de un todo, y en este sentido nada esta de más, en la medida que se interrelacionen de forma dinámica las distintas estrategias de participación. Esto permite que las personas circulen dentro y fuera de los sistemas y subsistemas, según sus requerimientos particulares y colectivos.

A pesar de lo anterior, se podría suponer una mayor inversión en este ámbito de la gestión, situación que no se condice con las demandas de los profesionales responsables del tema a nivel de los establecimientos, quienes expresan claramente la poca disponibilidad de recursos materiales, financieros y humanos para potenciar esta línea de trabajo. Queda de manifiesto la necesidad de incorporar, junto con los requerimientos de implementación que hace el Ministerio a los establecimientos, una inversión presupuestaria que permita sustentar en el tiempo el trabajo realizado por los profesionales. En este sentido se destaca la necesidad de normar laboralmente

el uso del tiempo de trabajo en horarios que son privilegiados por las organizaciones sociales y que no quede a la “buena voluntad” de la dirección de turno.

La institucionalización de la participación, supone, entre otras cosas, la inversión en el capital social de nuestra sociedad, es decir, en la potenciación de las capacidades de las comunidades locales. Y esto requiere una mayor inversión por parte del presupuesto del Estado. Nuestro país ha privilegiado notoriamente la inversión en infraestructura vial, por ejemplo, que facilita la reproducción del capital financiero y productivo, pero no ha hecho la misma inversión en el capital humano de nuestra sociedad.

Si bien las políticas de los gobiernos de la Concertación han puesto el énfasis en la participación esto no ha sido con la real inversión que requiere la temática. Por otro lado, toda política de gobierno para ser sustentable en el tiempo, junto con la asignación de recursos, requieren de leyes que las hagan inmutables frente a un cambio en el escenario político.

En este sentido podría ser el Proyecto de Ley “Sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública”, el cual avanza lentamente en su tramitación legislativa, la instauración de una política de Estado que obligue a las autoridades de gobierno, independiente de su orientación política, a generar las condiciones, que la ley le determine, para propender a la participación de los ciudadanos en todos los ámbitos de la gestión pública orientada a la profundización y legitimación de la democracia en nuestro país.

Cuando en democracia se abre la puerta a la participación, es difícil que esta se cierre, ya que la norma legal, la institucionalización, la inversión del Estado y, por sobre todo, los ciudadanos apropiados y empoderados no lo permitirán.

La participación social es el único garante de la efectividad de las políticas del Estado en sus más diversos ámbitos, al mismo tiempo que permite la sustentabilidad

de la profundización de la democracia, ambas condiciones necesarias para el desarrollo de una sociedad más justa, igualitaria y humanizada.

Para terminar diremos que la participación es una construcción social que realizamos todos los ciudadanos en los distintos espacios de interacción, siendo la salud un espacio privilegiado para avanzar en la profundización de las prácticas democráticas.

### **Hallazgos de la investigación**

La profundización en el proceso de investigación ha permitido abrir nuevos cuestionamientos que podrían traducirse en nuevas materias a estudiar. Dentro de éstos se destaca, como un problema que afecta al desarrollo de la política de participación en salud, la doble dependencia de los establecimientos de salud.

La Atención Primaria, pilar de la estructura del sistema de salud, queda subordinada político administrativamente a los gobiernos comunales. Esto que podría

ser una fortaleza al momento de analizarlo desde la perspectiva de la estructura y descentralización del Estado, se traduce en una debilidad al momento de implementar las políticas de participación en salud, ya que éstas van a adquirir la orientación política de la autoridad comunal, la cual, muchas veces obedece a otra lógica de análisis mucho más instrumental.

El carácter instrumental de la participación a nivel local, tiende a evidenciarse aun más en periodos electorales tanto de autoridades comunales como legislativas, ya que las comunas son el campo de operación de las campañas políticas.

Por su parte, los establecimientos de mayor complejidad al depender directamente del Ministerio a través de los distintos Servicios de Salud, pueden recibir la orientación de la política de participación en forma más directa. Esta disparidad se traduce en que lo que es obligación para algunos establecimientos, es a voluntad en otros, por tanto se podría producir disparidad de énfasis en la implementación de la política de participación.

Otra reflexión, que también abre nuevas interrogantes en la materia, es la relación dispar de poder entre la autoridad de salud, principalmente el profesional del área médica y los usuarios de los servicios de salud. Esto se podría traducir en la subordinación de los usuarios a las disposiciones de los Directivos, lo que, tanto en la intimidad de la atención de salud como en los procesos colectivos de participación puede ser un freno al momento de potenciar los derechos de las personas.

Lo anterior corresponde a una cultura de dominación, donde el profesional de la salud adquiere un poder sobre un aspecto relevante de la vida de las personas, sobre su salud. Muchas veces las decisiones unilaterales tomadas por los profesionales, no consideran para nada el punto de vista del paciente, lo que lleva a cometer errores graves.

En este sentido es menester trabajar un empoderamiento de las personas tanto a nivel colectivo como individual, incorporando con fuerza el derecho de cada

uno a decidir sobre “lo que quiere o no quiere que se le haga a su cuerpo”. Lo anterior es importante al momento de proponernos humanizar las relaciones y en especial las que se dan en un contexto de salud enfermedad, donde la fragilidad de los pacientes los hace sumisos frente a la autoridad.

Podemos ver, por medio de la comunicación masiva, como los usuarios – clientes de los servicios públicos y privado han empezado a tomar conciencia de sus derechos en el plano del consumo de bienes y servicios, esto no es menor en una sociedad de libre mercado donde las personas deben defenderse a diario de los abusos del mercado.

Por último, vamos a destacar la urgencia, planteada por los usuarios, de transparentar las decisiones del Estado en cualquiera de sus materias.

Esto, no hay que ser ingenuo, es impulsado por los Estado como un proceso funcional al fortalecimiento de la democracia en pro de la estabilización de los mercados para el desarrollo de la sociedad de mercado globalizada. Pero al mismo tiempo, es impulsada por distintos actores de la sociedad, como una necesidad para avanzar en formas de participación que permitan una mayor efectividad en las políticas sociales en pro de una mejor y más digna calidad de vida de la sociedad chilena. Además es entendida por otros actores como el ejercicio de un derecho, el derecho a saber qué, cómo, cuando, por qué... los recursos de toda la sociedad chilena se invierten de determinada manera. La transparencia es un derecho de los ciudadanos como partes constitutivas de la sociedad.

Aparece interesante profundizar dentro de la esfera de la salud estos tres fenómenos; la descentralización de la salud y los efectos en la participación, la relación profesional –usuarios en el proceso de humanización de la salud y la transparencia de la información como herramienta importante para el ejercicio de una participación efectiva, todas estas miradas, y otras complementarias, podrían aportar a entender el fenómeno de la participación en salud de modo de contribuir a



desarrollar estrategias para la ampliación de la participación efectiva dentro de el ámbito de la salud.

### **Aportes desde el Trabajo Social**

En lo que concierne a la realización de esta investigación, no podemos dejar de mencionar aquellos elementos, que sin duda, demuestran que el ámbito de la salud es un espacio único para el desarrollo de las competencias técnicas y humanas del Trabajo Social.

La sociedad chilena en la actualidad es más exigente al momento de demandar por el mejoramiento de la calidad de los servicios de públicos. Esto es de

particular relevancia en el área de la salud, por cuanto al sistema público acceden, alrededor del 70% de la población, a recibir una gama amplias de prestaciones de diversa complejidad. Dentro del mejoramiento en la calidad se reclama por una mayor diligencia, resolución y eficiencia en los servicios.

En este contexto se releva el rol del Asistente Social en salud, puesto que nuestra formación profesional, en el área de las ciencias sociales, incorpora el desarrollo y profundización de una serie de valores como son la libertad, la solidaridad, la justicia y la equidad social, lo cuales deben calar hondo en el funcionamiento de los establecimientos de salud.

El rol de nuestra profesión se releva aun más en salud que en otras áreas, puesto que los establecimientos de salud de diversa complejidad, aunque especialmente de Atención Primaria, intervienen en todo el ciclo evolutivo de las personas y familiar, desde antes del nacimiento a través de la atención prenatal, hasta la madurez a través de los programas de adulto mayor, lo que podría generar condiciones propicias de interrelación que permitieran incorporar ciertos contenidos relacionados con el mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

La Asistente Social integra las competencias tanto metodológicas como teóricas que debieran posicionarnos con mayor competencia en el liderazgo de los procesos participativos de la salud, lo cual podría garantizar el avanzar hacia la efectividad de las organizaciones y el desarrollo de las potencialidades de los usuarios como interlocutores proactivos frente a la problemática de salud.

Dentro de nuestra formación esta el respeto y valoración de las opiniones de los otros, la capacidad de escuchar y acoger en la relación y la destreza para conducir procesos orientados a la autonomía de las organizaciones. Todas estas cualidades que deben ser incorporadas al trabajo del equipo de salud.

En este sentido el Trabajador Social al incorporarse a los equipos interdisciplinarios de salud, estructura su quehacer en el tratamiento individual,

grupal y comunitario como componente de su labor en promoción y prevención de la salud, educación, gestión y fortalecimiento organizacional.

Si bien nuestra formación tiene un carácter integral, consideramos que tenemos déficit en el ámbito de la gestión y administración pública, esto que es una debilidad en la formación curricular de la profesional, se traduce en una ausencia de capacidades de tipo gerencial vinculada al ejercicio de funciones directivas, las cuales debemos estar preparadas para asumir.

Por otro lado, la presencia del Trabajador Social en los establecimientos de salud permite fortalecer la concepción integral de la salud que incorpora los factores biológicos, psicológicos y sociales de la salud. En este sentido, nuestra visión integral de la problemática social de cualquier índole, nos permite reconocer la interrelación entre el problema de salud y los componentes socioeconómicos, culturales y ambientales que determinan la calidad de vida y por consiguiente la salud de una población.

El Trabajo Social, dentro de su quehacer, pone énfasis en la vinculación y valoración del sujeto lo que, en el área de la salud, se entiende como la humanización de la atención, es así que uno de los desafíos actuales de la disciplina es incorporar esta nueva forma de entender la atención en salud en su praxis, poniendo acento en aquellos elementos que caracterizarán su relación con la comunidad usuaria, ya que de esta manera se estará respondiendo a la política actual de salud.

Como profesión, en el ámbito de la salud nos involucramos con la comunidad, sus agentes, sus problemas y necesidades, desarrollando un trabajo mancomunado entre los distintos actores del territorio procurando, como el fin último de nuestra intervención, satisfacer las necesidades de los sectores más postergados y carenciados de nuestra sociedad.

A partir de la experiencia de estudio hemos podido verificar que, las profesionales de Trabajo Social, muchas veces se encuentran sobre pasadas por la gran cantidad de trabajo asignado a su rol, lo que va en detrimento de los procesos de reflexión de la práctica.

La participación en salud y en todos los ámbitos de la sociedad son procesos que deben incorporar la reflexión como práctica cotidiana, pues sólo ella permitirá dar sentido al quehacer, y en última instancia permitirá ir construyendo una concepción de la participación que aporte a la conformación de una democracia real y profunda en nuestro país.

En este mismo sentido debemos ser las garantes de la socialización de la información pública, devolviendo a la comunidad toda la información, porque le es propia y porque le permitirá aportar más efectivamente a la resolución de los problemas de salud que son compartidos por los distintos actores en juego.

La participación en un fenómeno social que debe ser profundizado, por todos los actores de la sociedad, si queremos desarrollar una sociedad con más equidad social, política y económica, puesto que solo a partir de la participación en los distintos espacios públicos es posible cimentar una sociedad más justa y solidaria.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

- Araneda, C, Cáceres, P. *Participación social y mujeres mapuches*.  
(2002): Tesis para optar al Grado de Licenciado en Trabajo Social, Escuela de Trabajo Social, Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Badilla, B., Naranjo, M. (2004): *Sistema de Partidos Políticos en Chile. Ensayo*.  
Cátedra, Sociología de las Instituciones.

Santiago de Chile. Universidad Academia de Humanismo Cristiano.

Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL), (2002): *“Globalización y desarrollo”*. Vigésimo noveno periodo de sesiones. Brasil.

Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL), (2001): *La Reforma Educacional Chilena*. Revista de la CEPAL N° 73. José Pablo Arellano Marín

Chile. Ministerio General de Gobierno, (2005): *Secretaria Memoria 2000-2005. Gobernar con las personas, la política de participación ciudadana*. Santiago. SEGEOB

Chile. Ministerio de Salud, (2005): *Primer informe de monitoreo de Consejos de Desarrollo*. Santiago de Chile. Ministerio de Salud.

Chile. Ministerio de Salud, (2006): *Orientaciones metodológicas para la constitución de Consejos de Desarrollo y otras instancias de participación social en la red pública de salud*. Santiago de Chile. Ministerio de Salud.

Chile. Ministerio de Salud, (2006): *Hacía un nuevo trato entre la ciudadanía y el Estado. Unidad de Participación. Subsecretaría de redes*. Santiago de Chile. Ministerio de Salud.

Chile. Ministerio de Salud, (1993): *Políticas de Salud y Organismos no Gubernamentales en Chile. Balance de Gestión*

- 1990 – 1993, Santiago de Chile. Ministerio de Salud.
- Chile. Ministerio de Salud, *Estrechando Vínculos con la Ciudadanía. Unidad de Participación Social. Informe de Gestión 2003.* Santiago de Chile. Ministerio de Salud. (2003):
- Chile. Ministerio de Salud, *Reforma de Salud en Chile. Ministro Pedro García Aspíllaga.* Santiago de Chile. Ministerio de Salud. (2004):
- Chile. Ministerio de Salud, *Objetivos Sanitarios para Chile 2000 - 2010.* Santiago de Chile. Ministerio de Salud (2000):
- Chile. Ministerio de Salud, *Modelo de Atención Integral en Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencia Serie Cuadernos Modelo de Atención N°1.* Santiago de Chile. Ministerio de Salud. (2005):
- De la Maza, G.,(2005): *Tan lejos tan cerca. Políticas públicas y sociedad civil en Chile.* Santiago Chile. LOM
- Díaz, M., (2007): *Sistema de Información Reclamos y Sugerencias OIRS de la red asistencial del Servicios Metropolitano Central ¿Un aporte a la gestión participativa?* Magíster en Gobierno y Genérica Pública. Universidad de Chile
- Donoso, N., (2005): *Reforma de Salud, ¿oportunidad u obstáculo para la gestión participativa?* Artículo, Santiago

de Chile, Universidad Complutense de Madrid.  
España.

- Donoso, N., (2006): *Salud Pública. Apuntes Docente* s/n, Santiago de Chile. Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Doña, K., (2006): *Síntesis del proceso de Modernización del Estado en Chile (1994 – 2003)*. Documento de Apoyo Docente. Santiago de Chile. Departamento de Gobierno y Gestión Pública de Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile.
- Fernández, O. (2004): *Participación en Consejos Locales de Salud*. Tesis para optar al Grado de Licenciado en Trabajo Social, Escuela de Trabajo Social, Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Fuentes, C., (2007): *Reformas políticas en Chile: repitiendo una vieja historia*. FLACSO. Santiago de Chile.
- Godoy, W., Díaz, M., Erlwein, D., (1992): *Gestión Social y políticas Sociales*. PIIE. Santiago Chile.
- Gyarmati, G. (1992): *Reflexiones teóricas y metodológicas en torno a la participación*. s/l. s/e.
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P., (1998): *Metodología de la Investigación*. México. Distrito Federal, D.F. Segunda Edición. Editorial McGraw-Hill.

- Hopenhayn, M., (1988): *La participación y sus motivos*. Ponencia en el sexto Congreso de Trabajo Social, Bucaramaga, Colombia.
- Kliksberg, B., (1999): *Seis tesis convencionales sobre la participación*. Instituto Latinoamericano para el desarrollo.
- Lahera, E., (2004): *Introducción a las Políticas Públicas*. Fondo de Cultura económica. Santiago de Chile.
- Leblanc, C., (2005): *Políticas Públicas*. Apuntes Docente s/n, Santiago de Chile. Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Lucas, A., (1994): *Sociología para la Empresa*. McGraw-Hill / Interamericana de España S.A. España
- Magliozzi, P. (2006): *Humanizar, Salud y Sanación Hoy. Los desafíos de las distintas disciplinas a la medicina*. Programa de estudios Médicos Humanísticos. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Massad, C., (1994): *Acercar la Salud a la Gente. Discursos del Ministro de Salud Carlos Massad*. Seminario Modernización del Estado y Políticas sociales. s/l.
- Navarrete, J., (2001): "Ciudadanía activa y confianza social en Chile. Algunas notas teóricas y empíricas". *Anónimo*. s/l.



- Noé, M. (1997): *Participación ciudadana y políticas públicas*. Flacso. Chile
- Morales, A., (2007): Morales, Ana María (2007, 29 Octubre): “Revelan cómo han cambiado en 35 años las causas de muerte en Chile “, *La Tercera*, Santiago de Chile, (21)
- Orellana, P., (2004): “Contra la Burocracia, Capítulo VII”, en *La modernización de la gestión pública en Chile*. s/l.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (1978): *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Alma – Ata. Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2006): *Atención Primaria de la Salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros*. 44º Consejo Directivo. 55º Sesión del Comité Regional. Washington, D. C., EUA.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (1986): *Informe de la Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa. Canadá.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2006): *Promoción de la salud: logros y enseñanzas extraídas entre la Carta de Ottawa y la Carta de Bangkok*. 47º Consejo Directivo. 58º Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA.

- Organización Mundial de la Salud (OMS), (1978): *Promoción y desarrollo de la medicina tradicional. Informe de Reunión de la OMS.* Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), (1996): *Promoción de la Salud: una antología.* Washington, D. C., EUA.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2003): *La transición hacía un nuevo siglo de salud en las Américas. Informe anual de la Directora – 2003.* Washington, D. C., EUA.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2001): *Promoción de la salud en las Américas. Informe anual del director – 2001.* Washington, D. C., EUA.
- Palma, D., (1998): *La participación y la construcción de la ciudadanía.* Centro de investigaciones Sociales. N° 27. Universidad Arcis
- Pérez, G., (1994): *Investigación cualitativa. Retos e interrogaciones. II Técnicas y análisis de datos.* Madrid, España. La Muralla S.A.
- Salas, S., (2007): *Introducción a los Estudios Médicos. Indicadores de Salud. Apuntes Docente.* Santiago de Chile. Pontificia Universidad Católica de Chile. Facultad de Medicina.
- Valdés, T., Donoso, A., Céspedes, C., Muñoz, A., (2001): *El índice de Compromiso Cumplido – ICC. Una estrategia para el control ciudadano de la equidad de género.* Flacso. Chile.

## FUENTES ELECTRÓNICAS.

- Aguilar, O., (2006): *Estado, mercado y sociedad civil. Una mirada desde la sociología* [consultada el 29 Octubre 2007],  
<http://sociologia.uahurtado.cl/carrera/html/pdf/publicaciones/Omar%20Aguilar%20-%20Estado%20y%20sociedad%20civil.pdf>
- Arevalo, D. (2004): *Participación comunitaria y control social en el sistema de salud*. [consultada el 17 Mayo 2007],  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-)
- Baeza, A., (2003): *Por un Chile más justo y solidario. Reflexiones*. Monseñor Alfonso Baeza D. Vicario Episcopal de

- la Pastoral Social. Arzobispado de Santiago. [consultada el 17 Octubre 2007], [http://iglesia.cl/revistaiglesia/agosto2003/02iglesia\\_rojo.html](http://iglesia.cl/revistaiglesia/agosto2003/02iglesia_rojo.html)
- Battistella, G. (n/d): *Salud y Enfermedad.* s/l. [Consultada el 23 de Octubre 2007], [www.cedss.com.ar/trabajos/aps/El\\_proceso\\_salud\\_enfermedad.pdf](http://www.cedss.com.ar/trabajos/aps/El_proceso_salud_enfermedad.pdf)
- Borja, J. (2004): *Ciudadanía y Globalización: el caso de la Unión Europea.* . [Consultada el 5 de Agosto 2007], <http://www.gobernabilidad.cl/modules.php?name=News&file=article&sid=486>
- CASEN, (2006): *Análisis de los resultados preliminares y desafíos pendientes.* Alejandra Candia D. Publicación de Instituto Libertad. Ideas para Chile. Vol XVIII N° 175 ISS N o717 – 7933 [Consultada el 5 de Octubre 2007], <http://www.lasegunda.com/ediciononline/economia/Estudios/casen2006.pdf>
- Cansino, C., Ortiz, S. (n/d): *Nuevos enfoques sobre la sociedad civil.* Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales. [Consultada el 3 de Julio 2007], <http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/Cansino%20y%20Ortiz.pdf>
- Cid, C., (2001): *Algunas consideraciones sobre la situación*

- actual de la seguridad social de Salud en Chile.*  
[Consultada el 6 de Junio 2007],  
<http://cep.cl/Arcis/Visiones/Visiones0112/Visiones0112.html>
- Celedón, C. (2000): *Gobernancia y participación ciudadana en la reforma de salud en la Reforma de Salud en Chile.* [consultada el 8 Mayo 2007],  
[www.equidadensalud.org/foroliderazgo/archivos/CeledonOrellana.pdf](http://www.equidadensalud.org/foroliderazgo/archivos/CeledonOrellana.pdf)
- Celedón, C. (2000): *Reformas del sector de la salud y participación social.* [consultada el 7 Mayo 2007],  
[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-)
- Correa, E., Noé, M. (1998): *Nociones de una ciudadanía que crece.* [consultada el 2 Mayo 2007],  
<http://fondoftp.flacso.cl/fondo/pub/publicos/1998/libro/002297.pdf>
- Determinantes Sociales (2007): [Consultada el 22 de Octubre 2007], Ministerio de Salud de Chile, [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)
- Determinantes Sociales (2007): [Consultada el 22 de Octubre 2007], Organización Mundial de la Salud  
[http://www.who.int/social\\_determinants/strategy/QandAs/es/index.html](http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html).
- De la Maza, G. (2000): *Sociedad Civil y Construcción de Capital Social en América Latina: ¿Hacia dónde va la investigación? Ponencia presentada a la 4ª*

- Conferencia Internacional de la International Society for Third Sector Research (ISTR).* [Consultada el 8 de Julio 2007], [http://www.asesoriasparaeldesarrollo.cl/files/sociedad\\_civil\\_y\\_construccion\\_capital\\_social.pdf](http://www.asesoriasparaeldesarrollo.cl/files/sociedad_civil_y_construccion_capital_social.pdf)
- Encuesta Nacional de Salud, (2003): *Encuesta Nacional de Salud. Enfermedades crónicas no trasmisible, Informe Ejecutivo. Informe completo.* ). [Consultada el 8 de Octubre 2007], [http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/ENS\\_mayo2004.pdf](http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/ENS/ENS_mayo2004.pdf)
- Escobar, D. (2001): Participación ciudadana en los programas de promoción de la salud. [Consultada el 2 Mayo 2007], <http://www.innovacionciudadana.cl/ddt/dcto8.pdf>
- Figueroa, J. (2001): *Participación social en contextos de pobreza dura* [consultada el 3 de Julio de 2007], <http://www.ciudadania.uchile.cl/docs/docn11yfigueroa.doc>
- Grimaldo, J., (n/d): *Consideración de principios organizacionales para Administración Pública. Bases teóricas para una reforma administrativa en Venezuela.* [consultada el 20 de Junio de 2007], [http://www.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/centros\\_investigacion/cieprol/publicaciones/papers/org\\_adm\\_publica\\_jaime\\_grimaldo.pdf](http://www.saber.ula.ve/db/ssaber/Edocs/centros_investigacion/cieprol/publicaciones/papers/org_adm_publica_jaime_grimaldo.pdf)

- Lagos, R.(2000): *Instructivo presidencial sobre participación ciudadana*. [Consultada el 25 Abril 2007], [http://www.modernizacion.cl/1350/articles,56788\\_instructivo\\_participacion\\_ciudadana.pdf](http://www.modernizacion.cl/1350/articles,56788_instructivo_participacion_ciudadana.pdf)
- Longo, F., Echebarria, K. (2000): *La nueva gestión pública en la Reforma del núcleo estratégico del Gobierno: experiencias Latinoamericanas*. [Consultada el 22 de Julio 2007], <http://www.iadb.org/sds/doc/sgcestudioCLAD.pdf>
- López, O., (2004): *Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas*. Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) - México [Consultada el 22 de Octubre de 2007], <http://www.paho.org/Spanish/DPM/SHD/HP/hp-xi-taller04-pres-lopez-arellano.pdf>
- MINSAL, ( 2007): Subsecretaria de Redes Asistenciales / Subsecretaria de Salud Pública. Misión [Consultada el 22 de Octubre de 2007], [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)
- MINSAL, (2005): *AUGE 56*, [Consultada el 22 de Octubre de 2007], [http://www.gobiernodechile.cl/plan\\_auge/que\\_es\\_auge.asp](http://www.gobiernodechile.cl/plan_auge/que_es_auge.asp)
- Miranda, E., ( 1990): *Descentralización y privatización del sistema de salud chileno*. Estudios Públicos. [Consultada el 22 de Octubre de 2007],

<http://scholar.google.com/scholar?q=author:Miranda&title:Descentralizaci+y+privatizaci+del+sistema+de+salud>

Morales, M., (s/d): *Chile envejece: Prospectiva de los impactos políticos y sociales de este fenómeno hacia el bicentenario. Cambio Demográfico.* [Consultada el 25 de Octubre de 2007], <http://www.gerontologia.uchile.cl/>

Ochsenius, C., De la Maza, G., (2004): *Sociedad Civil y Sociedad Política en la transición Chilena a la Democracia* [consultada el 3 de Julio de 2007], <http://www.sepiensa.cl/edici3n>

Proyecto de Reforma y Modernización del Estado, [Consultada el 14 de Septiembre de 2007], Ministerio Secretaría General de la Presidencia. (2006): 2006. [www.modernizaci3n.cl](http://www.modernizaci3n.cl).

Ramírez, A., (2003): *Comunidad Virtual de Desarrollo Humano e Institucional. Gobernabilidad. Reforma del estado y modernización de la gestión pública. Lecciones y aprendizajes de la experiencia chilena.* [consultada el 15 de Julio de 2007], <http://www.gobernabilidad.cl/modules.php>

Ramírez, A., (2002): *Innovación en la gestión pública: lecciones, aprendizajes y reflexiones a partir de la experiencia chilena.* VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la



Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002. [consultada el 15 de Junio de 2007], <http://www.clad.org.ve/fulltext/0043607.pdf>

Ramírez, A.,( 2001): *Modernización de la gestión pública, el caso de Chile (1994 –2000)* Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas. Departamento de Ingeniería Industrial. . [consultada el 15 de Junio de 2007],[https://www.chilecompra.cl/portal/files/centro\\_informacion/diplomado/expo\\_profesores/Modernizacion de la GP Chile MGPP.pdf](https://www.chilecompra.cl/portal/files/centro_informacion/diplomado/expo_profesores/Modernizacion_de_la_GP_Chile_MGPP.pdf)

Reforma de Educación, (2007): [Consultada el 20 de Octubre de 2007], Ministerio de Educación. [http://www.mineduc.cl/index.php?id\\_portal=1&id\\_seccion=205&id\\_contenido=89](http://www.mineduc.cl/index.php?id_portal=1&id_seccion=205&id_contenido=89)

Reforma Procesal Penal, (2007): [Consultada el 20 de Octubre de 2007], Ministerio de Justicia. <http://www.minjusticia.cl/rpp/index.php>

Sánchez, H., Albala, C., (2004): *Mortalidad de Adulto en comunas del Gran Santiago*. Rev Med. Chile 2004: 453 – 460. [Consultada el 3 de Octubre de 2007], <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v132n4/art07.pdf>

Santibáñez, D., (2000): *Estrategia de Modernización de la Gestión Pública: El Paradigma de la Racionalidad Económica y la Semántica de la Eficiencia*. Revista Mad. No.3. Departamento de Antropología. Universidad de Chile. [consultada

el 20 de Julio de 2007],  
<http://rehue.csociales.uchile.cl/publicaciones/mad/03/paper06.ht>

SEGPRES, (2000): *Comité Interministerial de Modernización de la Gestión Pública. El Estado al servicio de la gente. Balance 1994 –2000.* [consultada el 26 de Julio de 2007],  
[http://www.modernizacion.cl/1350/articles-47999\\_pdf.pdf](http://www.modernizacion.cl/1350/articles-47999_pdf.pdf)

SEGPRES, (2007): *Ministerio Secretaria General de la Presidencia Reforma de la Salud.* [consultada el 3 de octubre de 2007], [www.modernización.cl](http://www.modernización.cl)

Sperberg, J., (n/d): *El significado de la sociedad civil para los pobres urbanos en Chile.* [consultada el 18 de Junio de 2007],  
[http://www.nuso.org/upload/articulos/2943\\_1.pdf](http://www.nuso.org/upload/articulos/2943_1.pdf)

Urzúa, R. (2004): *Integración, conflicto y dialogo social en Chile.* [consultada el 3 de Mayo de 2007],  
<http://www.plataforma.uchile.cl/fg/semestre2/2004/conflicto/modulo3/clase2/doc/espacios.pdf>

Waissbluth, M., (2005): *Reforma del Estado el Chile 1990 – 2005 Diagnóstico y propuestas de futuro.* [consultada el 3 de Octubre de 2007],  
<http://www.dii.uchile.cl/~ceges/publicaciones/ceges76.pdf>

## **ANEXOS**

# ANEXO 1

## OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

| Definición Conceptual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Definición Operacional                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Dimensiones                                                         | Indicadores                                                                                                                                                 | Ítems                                                                                                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>Consejos de Salud.</b></p> <p>Son instancias asesoras de la dirección de los establecimientos en aspectos vinculados con la gestión y que desarrollan funciones de tipo informativo, propositivo, promotor, consultivo, evaluativo y decisorio.</p> <p><i>Orientaciones metodológicas para la constitución de Consejos de Desarrollo y otras instancias de participación social en la red pública de salud. Ministerio de Salud, 2006.</i></p> | <p><b>Funcionamiento y percepción de los Consejos de Salud.</b></p> <p>Los Consejos de Salud son una instancia de participación social dentro de los establecimientos de salud, las que asesoran al director del establecimiento en temas relacionados con la gestión del mismo, desarrollando actividades y funciones que inciden en el mejoramiento del establecimiento.</p> | <p>Instancia de participación social dentro del establecimiento</p> | <p>Los Consejos de Salud son reconocidos por la dirección de los establecimientos como una instancia de participación social.</p>                           | <p>¿Usted reconoce a los Consejos de Salud como una instancia de participación social dentro del establecimiento?</p>          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                                                                                                                                                             | <p>¿Usted reconoce a los Consejos de Salud como una instancia de participación social efectiva dentro del establecimiento?</p> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     | <p>Los Consejos de Salud son reconocidos por el encargado de participación de los establecimientos como una instancia de participación social efectiva.</p> | <p>¿Usted reconoce al Consejo de Salud como una instancia de participación social efectiva dentro del establecimiento?</p>     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                     |                                                                                                                                                             | <p>¿Qué importancia le adjudica usted a la participación social que desarrolla el Consejo de Salud?</p>                        |

|  |  |                                                                   |                                                                                                                                                |                                                                                                                                 |
|--|--|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |                                                                   | Los usuarios consejeros reconocen al Consejo de Salud como una instancia de participación social al interior de los establecimientos de salud. | ¿Ustedes como consejeros consideran que su labor es reconocida al interior del establecimiento?                                 |
|  |  |                                                                   |                                                                                                                                                | ¿Ustedes se consideran como una organización que participa efectivamente en las cosas que tiene que ver con el establecimiento? |
|  |  | Ámbitos de la gestión que el Consejo de Salud asesora al Director | Los Consejos de Salud abordan temas relacionados con la gestión del establecimiento.                                                           | ¿Los Consejos de Salud abordan temas de la gestión del establecimiento?                                                         |
|  |  |                                                                   | Los Consejos de Salud generan opinión propuestas en temas relacionados con Satisfacción usuaria (OIRS, Trato)                                  | ¿Los Consejos de Salud generan opiniones y propuestas en torno a temas relacionados con Satisfacción Usuaria?                   |
|  |  |                                                                   | Los Consejos de Salud generan opinión propuestas en temas relacionados con Equipamiento e infraestructura                                      | ¿Los Consejos de Salud generan opiniones y propuestas en torno a Equipamiento e infraestructura?                                |
|  |  |                                                                   |                                                                                                                                                |                                                                                                                                 |

|  |  |  |                                                                                                              |                                                                                                    |
|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  | Los Consejos de Salud generan opinión propuestas en temas relacionados con Campo Clínico                     | ¿Los Consejos de Salud generan opiniones y propuestas en torno a Campo Clínico?                    |
|  |  |  | Los Consejos de Salud generan opinión propuestas en temas relacionados con Aspectos administrativos          | ¿Los Consejos de Salud generan opiniones y propuestas en torno a Aspectos Administrativos?         |
|  |  |  | Los Consejos de Salud generan opinión propuestas en temas relacionados con Recursos ( Humanos y Financieros) | ¿Los Consejos de Salud generan opiniones y propuestas en torno a Recursos (Humanos y Financieros)? |
|  |  |  | Las propuestas generadas por los Consejos de Salud son consideradas por la dirección del establecimiento.    | ¿Las propuestas generadas son consideradas por la dirección del establecimiento?                   |
|  |  |  | Los Consejos de Salud desarrollan actividades relacionadas con la promoción y prevención de salud            | ¿Qué tipo de actividades desarrollan los Consejos de Salud?                                        |

|  |  |                                                  |                                                                 |                                                                                                                                 |
|--|--|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  | Actividades y Funciones de los Consejos de Salud | Los Consejos de Salud desarrollan funciones de tipo informativo | ¿El Consejo de Salud desarrollan actividades y/o funciones de tipo informativa dentro del establecimiento y hacia la comunidad? |
|  |  |                                                  | Los Consejos de Salud desarrollan funciones de tipo propositivo | ¿El Consejo de Salud desarrolla actividades y/o funciones de tipo propositivo dentro del establecimiento?                       |
|  |  |                                                  | Los Consejos de Salud desarrollan funciones de tipo promotor    | ¿El Consejo de Salud desarrolla actividades y/o funciones de tipo promotor dentro del establecimiento?                          |
|  |  |                                                  | Los Consejos de Salud desarrollan funciones de tipo consultivo  | ¿El Consejo de Salud desarrolla actividades y/o funciones de tipo consultivo dentro del establecimiento?                        |
|  |  |                                                  | Los Consejos de Salud desarrollan funciones de tipo evaluativo  | ¿El Consejo de Salud desarrolla actividades y/o funciones de tipo evaluativo dentro del establecimiento?                        |

|  |  |                                                                        |                                                                                                                                            |                                                                                                                                              |
|--|--|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |                                                                        | Los Consejos de Salud desarrollan funciones de tipo decisorio                                                                              | ¿El Consejo de Salud desarrolla actividades y/o funciones de tipo decisorio dentro del establecimiento?                                      |
|  |  | Incidencia del Consejo de Salud en el mejoramiento del establecimiento | Los Consejos de Salud inciden en la toma de decisión del establecimiento en los ámbitos que son consultados.                               | ¿Los Consejos de Salud inciden en la toma de decisión del establecimiento en los ámbitos que son consultados?                                |
|  |  |                                                                        | Los Consejos de Salud inciden en la mejora del establecimiento producto de la labor que realizan al interior de éste.                      | ¿Los Consejos de Salud inciden en la mejora del establecimiento producto de la labor que realizan al interior del establecimiento?           |
|  |  |                                                                        | Las opiniones que genera el Consejo de Salud es considerada por la dirección del establecimiento e incide en la mejora del establecimiento | ¿Las opiniones que genera el Consejo de Salud es considerada por la dirección del establecimiento e incide en la mejora del establecimiento? |



|  |  |  |                                                                                                                    |                                                                                                                |
|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  |  |  | Los consejeros usuarios del Consejo de Salud perciben que su opinión incide en el mejoramiento del establecimiento | ¿Ustedes como consejeros usuarios consideran que sus opiniones inciden en el mejoramiento del establecimiento? |
|--|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**ANEXO 2**  
**PAUTA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA**  
**DIRECTORES DE ESTABLECIMIENTO**

|       |  |      |  |
|-------|--|------|--|
| Fecha |  | Hora |  |
|-------|--|------|--|

|                   |  |
|-------------------|--|
| Nombre            |  |
| Establecimiento   |  |
| Servicio de Salud |  |

1.- ¿Qué importancia le atribuye usted al Consejo de su establecimiento?

2.- ¿Considera usted que el Consejo realiza aportes a la gestión del establecimiento?

3.- ¿Usted participa de las reuniones del Consejo? ¿De qué forma? ¿Por qué?

4.- ¿Qué temas son abordados por el Consejo de su establecimiento?

5.- ¿Cuáles son las actividades o funciones que desarrolla el Consejo en relación a la gestión del establecimiento?

Si se hace necesario se pregunta:

- ¿En Consejo entrega opinión sobre la gestión del establecimiento? ¿Cómo incide en la gestión? (de ejemplo)
- ¿El Consejo realiza propuestas concretas que incidan en el mejoramiento de la gestión?

6.- Según usted ¿Cuáles son las principales debilidades y fortalezas que posee el Consejo de su establecimiento?

Si se hace necesario se pregunta:

- ¿Qué tendría que mejorar su Consejo?

**PAUTA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA  
ENCARGADOS DE PARTICIPACIÓN DE ESTABLECIMIENTO**

|       |  |      |  |
|-------|--|------|--|
| Fecha |  | Hora |  |
|-------|--|------|--|

|                   |  |
|-------------------|--|
| Nombre            |  |
| Establecimiento   |  |
| Servicio de Salud |  |

- 1.- Nos podría hacer una breve descripción de su Consejo.
- 2.- ¿Usted participa de las reuniones del Consejo? ¿Cuál es su labor?
- 3.- ¿Cuáles son las actividades que realiza el Consejo? ¿Cuáles son las funciones que desarrolla el Consejo en relación a la gestión del establecimiento?
- 4.- ¿La dirección entrega información al Consejo? ¿Por medio de que mecanismo?  
¿Entrega las condiciones para que éste funcione?
- 5.- ¿Qué temas de la gestión del establecimiento son abordados por el Consejo?
- 6.- ¿El Consejo entrega opinión o propuesta a la dirección en relación a la gestión del establecimiento? ¿Por qué mecanismos? ¿Son consideradas? ¿Se materializan?
- 7.- ¿El trabajo del Consejo incide en el mejoramiento de la gestión del establecimiento?
- 8.- Según usted ¿Cuáles son las principales fortalezas y debilidades del Consejo?
- 9.- ¿Qué opina usted del rol que realiza en Consejo al interior del establecimiento?
- 10.- ¿Usted cree que la labor del Consejo es valorado por el director (a) del establecimiento?
- 11.- ¿Considera usted que su labor como encargado (a) es valorado al interior del establecimiento?
- 12.- ¿Qué importancia le adjudica usted a los Consejos en los procesos de participación en salud?

**PAUTA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA  
ENCARGADOS DE PARTICIPACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

|       |  |      |  |
|-------|--|------|--|
| Fecha |  | Hora |  |
|-------|--|------|--|

|                   |  |
|-------------------|--|
| Nombre            |  |
| Establecimiento   |  |
| Servicio de Salud |  |

1.- Nos podría hacer una breve descripción de los Consejos adscritos a su Servicio de Salud.

2.- ¿Existe alguna incidencia de los Consejos en la toma de decisión de la gestión de los establecimientos?

Si se hace necesario se pregunta:

- Si existiera un ámbito en el cual los Consejos incidiera ¿ésta incidencia se traduce en un mejoramiento de la gestión del establecimiento? (ejemplo)

3.- ¿Cuáles son las principales fortalezas y debilidades de los Consejos de su servicio?

4.- ¿Cuál cree usted que es la percepción que poseen los directores de establecimiento en relación al rol de los Consejos?

5.- Según usted ¿Cuáles serían las capacidades y condiciones necesarias que tendrían que fortalecer los Consejos de su servicio para que realizaren un ejercicio de participación ciudadana?

6.- ¿Qué importancia le adjudica usted a los Consejos de Salud, como entes principales de la participación en salud?

**ANEXO N° 3**  
**PAUTA DE FOCUS GROUP**  
**PRESIDENTES O REPRESENTANTES DE CONSEJOS DE SALUD**

|                 |  |
|-----------------|--|
| Fecha           |  |
| Hora de inicio  |  |
| Hora de término |  |

| Participantes            | Nombre | Cargo |
|--------------------------|--------|-------|
|                          |        |       |
|                          |        |       |
|                          |        |       |
|                          |        |       |
|                          |        |       |
| Establecimiento de Salud |        |       |

Temas a abordar:

- 1.- Actividades y funciones del Consejo
- 2.- Comunicación del Consejo con la comunidad usuaria
- 3.- Incidencia del Consejo en la toma de decisión de la gestión del establecimiento
- 4.- Fortalezas y debilidades
- 5.- Importancia de la participación de los Consejos en salud.

**ANEXO N° 4**  
**PAUTA DE ENTREVISTA GRUPAL**  
**CONSEJOS DE SALUD**

|                 |  |
|-----------------|--|
| Fecha           |  |
| Hora de inicio  |  |
| Hora de término |  |

| Participantes            | Nombre | Cargo |
|--------------------------|--------|-------|
|                          |        |       |
|                          |        |       |
|                          |        |       |
|                          |        |       |
|                          |        |       |
| Establecimiento de Salud |        |       |

1.- Nos podrían presentar a su Consejo, ejemplo; cuando se formo, quienes lo conforman, cuantas veces se juntan a hacer reunión, etc.

2.- ¿Cuáles son las actividades que desarrollan acá en el establecimiento?

3.- ¿Cuáles son sus funciones específicas?

4.- ¿Ustedes como Consejo le dan opinión o hacen propuestas a la Dirección acerca del funcionamiento del establecimiento? ¿Esas opiniones las toma en cuenta la Dirección?

5.- ¿La Dirección les entrega información? ¿Cómo lo hace?

6.- ¿Ustedes como entregan la información que manejan a la comunidad que no participa del Consejo?

7.- ¿Cuáles son los aspectos positivos y negativos de su Consejo? ¿Qué le mejorarían?