



Universidad Academia de Humanismo Cristiano  
Escuela de Trabajo Social

**Participación Social En Salud:  
“Aportes De Los Consejos De Desarrollo Local De La  
Comuna De La Florida”.**

Alumna: Priscilla Castro García  
Profesor Guía: Nora Donoso

Tesis para optar al grado académico de Licenciado/a en Trabajo Social  
Tesis para optar al título de Trabajadora Social

Santiago de Chile 2015

## INDICE:

Introducción.....	05
Planteamiento del Problema.....	06
Preguntas de Investigación.....	12
Objetivos.....	13
Hipótesis.....	14
Estrategia Metodológico.....	15
Tipo de Estudio.....	15
Unidad de Análisis.....	16
Técnicas de recolección de la información.....	17
Técnicas de Análisis de la Información.....	19

## **Primera Parte Marco Teórico**

### **Capítulo I “Salud”**

1.1 Concepto Salud.....	23
1.2 Determinantes sociales de la salud.....	26
1.3 Conceptualización de Promoción en Salud.....	30
1.4 Promoción de la salud en Chile.....	33

### **Capítulo II “Participación”**

2.1 Participación Social.....	37
2.2 Participación ciudadana en salud.....	40
2.3 Participación Social en Salud acciones en Curso.....	43
2.4 Motivaciones Para Participar:.....	45
2.5 La Participación como necesidades humanas.....	46

### **Capítulo III “Concepto Ciudadanía”**

- 3.1.-Breve mirada histórica del desarrollo de la ciudadanía en Chile....52
- 3.2.- Estado y Sociedad: Conceptos Sociedad Civil y sus usos..... 55

## **Segunda Parte Marco Referencial**

### **Capítulo IV Modelos De Salud Familiar Con Enfoque Comunitario Y Atención Primaria De Salud**

- 4.1.-Atención Primaria (APS).....58
- 4.2.- Proceso de Municipalización.....59
- 4.2.-Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.....62
- 4.2 Principios del modelo de salud en Chile.....63

### **Capítulo V Reforma de Salud en Chile**

- 5.1.-Actual Reforma de la salud en Chile.....69
- 5.2 Pilares fundamentales de la Salud en Chile.....71
- 5.3.-Leyes que respaldan la nueva reforma de la Salud.....75

### **Capítulo VI Marco Jurídico Legal de la Participación Ciudadana**

- 6.1-Aproximación histórica de la Participación en Salud en Chile.....75
- 6.2.-Ley 20500 Sobre Asociaciones Y Participación Ciudadana En La Gestión Pública...79
- 6.3.- Principales elementos de la Política.....81
- 6.4.-Participación ciudadana en salud.....83

### **Capítulo VI Comuna de la Florida**

- 7.1.-Características de la comuna.....87
- 7.2.-Indicadores Demográfico.....88
- 7.3.- Red Comunal de Salud.....90
- 7.4- Objetivo De La Red De Salud De Salud Comunal De La Comuna De La Florida.....98

## **Tercera Parte Análisis de Contenido**

### **Capítulo VIII**

8.1.-Procesos de Participación.....96

### **Capítulo IX**

9.1.- Líneas de Acción del trabajo de los CDL.....111

**Conclusiones**.....118

**Hallazgos de la Investigación**.....125

**Aportes del trabajo Social**.....128

**Bibliografía**.....132

**Anexo**

## **Introducción:**

*“Para transformar debemos participar, en la medida que nos vamos formando, nos vamos empoderando” (Fundación EPES)*

El presente trabajo constituye una investigación en torno a la participación comunitaria en el área de la Salud Primaria de la Comuna de La Florida, como tal, entregará elementos para aportar a la discusión en torno a la participación comunitaria, en la promoción del bienestar y la calidad de vida de las personas, a través de la participación, la democratización, y de la aplicación del concepto de ciudadanía en los espacios comunales. Este último, manifestado a través del ejercicio en la toma de decisiones que afectan directamente a su salud, a la forma de colaborar en la gestión de los centros de salud familiar (CESFAM) y a la oportunidad que tienen los usuarios en el acceso a programas, servicios que se entregan.

Se realizará una contextualización sobre la participación comunitaria en salud y los tipos de participación que están activos en la Comuna de la Florida, además de cuáles son las políticas en Chile sobre esta materia.

Posteriormente, se entregan referencias teóricas del concepto de salud frente a implementación de las nuevas políticas, mencionando elementos importantes del Modelo de Salud Familiar como es la Promoción en Salud, pilar fundamental en el rol que cumplen los CESFAM, así como la Participación Comunitaria con fines de mejorar la calidad de vida de las personas y comunidades y los Determinantes de la Salud, como fundamentos de la implementación del nuevo

Modelo de Atención, abarcando sus características, objetivos y, la incorporación de la Participación Social en Salud.

Durante el proceso de la investigación es importante mencionar el Marco Metodológico, presentando las preguntas de investigación, las que van en relación con los objetivos propuestos. Por tanto, esta investigación está orientada a responder interrogantes acerca de ¿Cómo son los procesos de participación que tienen los usuarios de los Consejos de Desarrollo Local (CDL) salud en los distintos CESFAM de la Comuna de la Florida?

Otro punto importante a considerar en esta investigación es el cambio de Modelo de atención en Salud, que busca avanzar desde el modelo biomédico al modelo biopsicosocial con enfoque familiar y comunitario, que tiene una mirada holística frente a las personas considerando su estado biológico, social y psicológico, se hace mención a la Reforma en Salud, a la modernización del Estado.

A través de una metodología de investigación cualitativa entraremos en diálogo con los distintos actores que pertenecen a los CDL de la comuna de la Florida, respecto de su comprensión sobre cuáles son los aportes de la participación en el área de la salud primaria.

## **Planteamiento del Problema**

En 1995, durante el gobierno de Eduardo Frei Ruíz Tagle, se prioriza la participación en el sistema de salud, y se enfatiza la creación de nuevos canales de participación social, para que la población pueda exigir rendición de cuenta a

todos aquellos que gestionan el recurso público con el fin de mejorar la gestión, Se crean así, las primeras instancias de participación social denominada: Consejo de Desarrollo Local, que tiene como objetivo que las personas participen en los procesos de toma de decisiones y el seguimiento de las políticas públicas de salud , además de llevar un control social, sin embargo los CDL no necesariamente inciden en una decisión política ni en el cambio de los modelos de atención en salud.

En el año 2000, durante el gobierno de Ricardo Lagos se hace referencia a la forma en que el gobierno debe garantizar a la población, los medios para participar en las decisiones del sistema democrático el país. El sistema de salud no siempre otorga los espacios necesarios para garantizar dichos medios quedando, en muchos casos, supeditado a la voluntad política de las autoridades y directivos del sector. . La incidencia de la comunidad usuaria debiera expresarse en una participación permanente en diferentes instancias como son los diagnósticos participativos de salud, mesas territoriales, entre otras. Para aquello, los usuarios deben tener una alta capacidad de organización, ya que de aquí se desprenden cuáles serían las principales necesidades y prioridades de salud en un territorio.

En el año 2008, durante el primer gobierno de Michelle Bachelet, bajo un instructivo promulgado el 27 de agosto de este mismo año, señala la obligatoriedad de generar normas sectoriales para posibilitar la participación ciudadana. (Servicio metropolitano sur oriente. Depto. de participación social y gestión integral de usuario, Pag.3).

La Participación en Salud se puede entender de una forma holística, dinámica lo que explicaría el desarrollo heterogéneo de estas instancias, dependiendo de la voluntad política de las autoridades de las fortalezas de las organizaciones sociales que los constituyen, ya que es una forma de actuar o estar presente en una determinada actividad, como también un puente, un acceso para adquirir un tejido social, es decir tener sentido de pertenencia a un lugar, a una comunidad, a una sociedad, para que esta pueda satisfacer las necesidades emocionales, sociales, económicas, de salud ,educacionales entre varias que tiene toda persona:

Autores como Hopenhayn, señalaría que no siempre las decisiones tomadas en *“La participación está referida a acciones colectivas provistas de un grado relativamente importante de organización, y que adquieren sentido a partir del hecho de que se orientan por una decisión colectiva”* (Flisfisch, Hopenhayn, en 1988:1), por lo se puede señalar que generalmente las decisiones tomadas en el área de la salud, no siempre responden a lo que la comunidad requiere.

De lo anterior se puede decir que la importancia de organizaciones sociales está en beneficiar a la comunidad en general, cosa que el individualismo no puede lograr, la articulación participativa siempre ha sido una forma de manifestarse y de producir cambios sociales de empoderarse en la acción , además de ser una intervención e integración en la vida comunitaria, si no participamos nuestra situación será de pasivismo, conformismo y sometimiento, ya que no intervenimos de ninguna forma y a su vez no defendemos las desigualdades, inequidades existente en todo ámbito de cosas.

La participación en salud está totalmente ligada al nuevo enfoque biopsicosocial, donde no es solo la salud física de la persona, sino que también todo lo

que se refiera a la salud emocional, psicológica y al entorno que lo rodea. Por lo que la salud debe ser de tipo holístico, ya que se encuentra inserto en el modelo sistémico de la sociedad, abarcando a todos los grupos sociales y estratos económicos, ciclos vitales, aspectos psicológicos y estados de ánimo, por lo que es necesario que la comunidad, las personas, ya sea mujeres u hombres sean parte del bienestar y calidad de vida del ser humano en lo que respecta a salud.

En ese sentido, la indagación que se realiza en la comuna de la Florida intentara analizar la participación en salud desde los actores locales que la hacen posible, se sabe que hay actores pertenecientes a la salud y como tales deben cumplir funciones sociales al Estado, ejecutando una política pública. También se encuentran los actores que no pertenecen al sistema de salud, que son los usuarios de los servicios entregados por los que se ejecutan dicha política, la salud de las personas es un fenómeno inminentemente social o al menos es más social de lo que se piensa, ya se siempre predomina el modelo biomédico en el pensamiento de las personas.

En el marco de la implementación de la nueva reforma de salud Familiar, la participación comunitaria enfocada desde un enfoque biopsicosocial tiene una relevancia que busca superar las limitaciones de la concepción netamente salud enfermedad, dando a las personas una mirada más integral desde una perspectiva multidisciplinaria con una visión integradora donde existan distintas dimensiones de la realidad social: dimensión cultural, histórica y urbanística

Una de las estrategias de intervención en salud en Chile y países miembros de Latinoamérica y el Caribe para entregar respuestas a las necesidades de salud

es la “Promoción de La Salud”, estrategia que se basa en la Participación, que es parte de la política de salud implementada por la Organización Panamericana de la Salud y que se ejecuta principalmente en los Servicios de Atención Primarias de Salud Pública (APS).

Según Kickbusch, la Promoción de la Salud tiene *“la finalidad de crear entornos sanos y hacer más saludable la vida diaria. Por tanto, la agenda debe ser tanto una responsabilidad política y social como una responsabilidad individual”* (Kickbusch, 1996:22). Enfoque que se ha transformado en un paradigma de la salud educacional a nivel internacional y es declarada dentro de la carta de Ottawa (Canadá) como parte de la revolución en salud del siglo XX.

Actualmente Chile a través del Ministerio de Salud (MINSAL; 2008), fija como principios orientadores de su accionar; la equidad, la descentralización y la Participación Social, ejes del desarrollo de un sistema público de salud eficiente y al servicio de las personas. Al desprenderse estas nuevas necesidades en salud las personas no exigen beneficios sino derechos para ello debe haber conocimiento, información, competencias, habilidades para incidir de manera colectiva, por lo que se instaura un nuevo Modelo de Atención integral con una mirada sistémica que supera el Modelo de Atención biomédico (biológico) e incorpora el paradigma psicosocial (la persona y su entorno) con el Modelo de Participación en el proceso de atención de los usuarios a partir de su ciclo vital, y así aborda los problemas que le atribuyen a su situación de salud y genera estrategias de solución, enfatizando la promoción y prevención de las enfermedades.(MINSAL; 2008), para esto se hace necesario conocer el territorio con el cual se trabajara.

El Ministerio de Salud a través de la Unidad de Participación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales durante los gobiernos de la Concertación de Partidos por la democracia y, especialmente en los dos últimos períodos (2000 – 2010) da énfasis a la Participación comunitaria con el fin de fomentar estrategias que mejoren la calidad de vida de los individuos, familias y comunidades, y entregar respuestas a estas nuevas necesidades. Lo que necesita que las instituciones gubernamentales que están para prestar servicios a la ciudadanía generen instancias donde las personas participen y tomen decisiones frente a sus nuevas problemáticas sociales.

En el caso de la salud se desarrollan estrategias que potencien la Participación con el fin de lograr un cambio en la calidad de vida de la población, fortaleciendo el rol de la ciudadanía ya que es relevante para todo proceso de cambio. El Modelo plantea que al trabajar en conjunto el equipo de salud y la comunidad, permite dar a conocer las necesidades e intereses del territorio local. (Plan de Salud 2013 Comunal de la comuna de la Florida).

La experiencia del proceso de implementación de ambos modelos; de atención y participación, es compleja en la práctica, por las diferentes realidades e historias que tiene cada red de Atención Primaria (diferentes realidades locales), cabe destacar que no siempre los gobiernos de turno conocen realmente la identidad territorial de la población, en cada territorio local existen una necesidad diferente, por lo que el modelo en salud debería ser flexible a cada comunidad, esto debido al cambio del perfil epidemiológico y demográfico, por lo que se debe definir nuevas áreas de acción a que debe ser la misma comunidad quienes se hagan cargo de su salud, fue por esto mismo que en 1995 el Ministerio de Salud (MINSAL) impulsa la creación de espacios de participación en la atención primaria de salud formando así los consejos locales de salud lo que ahora se conoce ahora como Consejo de Desarrollo Local de salud, instancias de participación ciudadana que buscan acuerdo y compromiso entre los usua-

rios y equipos del sistema para lograr el mejoramiento de la atención y la satisfacción de los usuarios de la red Pública de salud (Departamento de participación social y gestión integral de usuario:4),aportando así a la calidad de vida de las personas, familias y comunidad como organización articuladora de un territorio determinado geográficamente, con la finalidad de participar en el diseño del plan de trabajo anual de los CESFAM, entregando así nuevas estrategias de atención y de acción en la promoción de salud de acuerdo a la características epidemiológicas de su propio territorio.

Sin embargo pese a que los objetivos y funciones de los CDL están debidamente estipulados por normativas sectoriales en el marco de las leyes de la reforma de Salud y actualmente, en consecuencia con la ley 20.500 de participación en la gestión pública, en general la participación es insuficiente ya que no siempre hay voluntad política para dichas instancias

## **2.-Preguntas de Investigación:**

A raíz de lo mencionado anteriormente la pregunta que guiara la siguiente investigación en la comuna de la Florida es:

¿Cuáles son los procesos de participación que tienen los usuarios que participan de los Consejo de Desarrollo Local (CDL), salud en los CESFAM de comuna de la florida?

De esta pregunta principal se desprenden una seria de sub-preguntas que ayudaran a guiar esta investigación:

1. Cuáles son las motivaciones que tiene los usuarios de los CESFAM para participar en los CDL?

2. ¿Los consejos de desarrollo Local en Salud, inciden en la gestión de los establecimientos de atención primaria de salud?
3. ¿Por qué los usuarios participan en los consejos de desarrollo local en la comuna de La Florida?
4. ¿Los usuarios que participan en los CDL tienen claro sus objetivos?
5. ¿Cuáles son las actividades realizadas por los usuarios que participan de Consejo De Desarrollo Local en los CESFAM en la Comuna de la Florida?
6. ¿Los usuarios que participan de los CDL conocen sus fortalezas para trabajar?
7. ¿Los usuarios que participan de los CDL reconocen sus debilidades para trabajar en los consejos?
8. ¿Cómo ha influido la implementación del Modelo de Salud Familiar en la participación de la comunidad atendida en los CESFAM de la comuna de la Florida?
9. ¿Cuáles son los procesos de participación en salud con los que trabaja los CDL en la comuna de la Florida?
10. ¿Cuáles son las funciones que realizan los consejos de desarrollo local en salud en los CESFAM en la comuna de la Florida?
11. ¿Qué importancia le otorgan los directivos y funcionarios a los Consejos?

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

A raíz de las preguntas de investigación se desprende los siguientes objetivos:

#### **Objetivo General 1**

Caracterizar las modalidades de participación desarrollada por los Consejos de Desarrollo Local en Salud de la Comuna de La Florida.

#### **Objetivos Específicos:**

1.1.-Identificar cuáles son las principales intereses y motivaciones que tienen los miembros del CDL para participar

1.2.-Determinar los objetivos de los consejos de desarrollo local (CDL)

1.3 Caracterizar las líneas de acción que desarrollan los CDL.

### **Objetivo General 2:**

Determinar el alcance de la participación desde los propios actores involucrados en los procesos de participación de los consejos de desarrollo local de la comuna de la Florida.

### **Objetivo Específico:**

2.1.-Describir cuales el tipo de participación que desarrollan los consejo de desarrollo local en salud (CDL), en la comuna de la florida.

2.2.-conocer cuál es la visión que tienen los integrantes de CDL, los encargados de promoción y participación y social y los directores en respecta la participación en salud primaria en la comuna de la florida.

2.3.-Determinar los facilitadores y obstaculizadores para el logro de los objetivos de los consejos de desarrollo local de la comuna de la florida

### **Hipótesis:**

Para poder realizar la siguiente investigación debemos plantearnos distintas hipótesis para guiaran el estudio

### **Hipótesis 1**

**HI.** Los consejos de Desarrollo local tienen incidencia en la participación social en salud en la comuna de la Florida.

**Ho.** Los consejos de Desarrollo local NO tienen incidencia en la participación social en salud en la Comuna de La Florida.

### **Hipótesis 3**

**HI.-** Los consejos de desarrollo local son reconocidos por los Directores de los centros de salud y por los funcionarios como instancias de participación en los CESFAM de la comuna de la Florida

**HO.-** los consejos de desarrollo local NO son reconocidos por los Directores de los centros de salud y por los funcionarios como instancias de participación en los CESFAM de la comuna de la Florida

### **Hipótesis 4**

**HI.-** Los dirigentes de los Consejos De Salud reconocen cuáles son sus principales motivaciones para trabajar en la atención primaria de salud

**HO.-** Los dirigentes de los Consejos De Salud NO reconocen cuáles son sus principales motivaciones para trabajar en La atención primaria de salud

## **5.-Estrategia Metodológica:**

**5.1.-Tipo de estudio:** Corresponde a un tipo de investigación de tipo cualitativo, que tiene como finalidad conocer la realidad de un determinado contexto, considerando la experiencia de algunos individuos, este tipo de estudio nos permite conocer y analizar la opinión y el relato de los participantes.

La investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo-exploratorio, ya que permite buscar y establecer algunos elementos esenciales que permite identificar las nuevas políticas de salud en la Participación Comunitaria. Asimismo, se estudiarán los significados inter-subjetivos, a partir del relato de los entrevistados y observación directa por parte del investigador.

En el caso de la investigación, sería el proceso de participación y su vinculación con el Modelo de Atención Integral de Salud. Por tanto, se parte desde una realidad observada en un determinado contexto enfatizando sus cualidades, debilidades y fortaleza de los Consejos de Desarrollo local en la Comuna de la Florida, para así poder caracterizar cual es el tipo de participación que se da en la comuna, identificando cuales son los intereses, motivaciones que hacen que la gente participe de dichos consejos, y con ello conocer cuáles son sus principales líneas de trabajo y si esto va en función de las nuevas políticas de salud que implementa el MINSAL.

Esta investigación será de carácter No experimental, ya que se observara el fenómeno tal y como se da en la realidad misma.

### **5.2.-Unidad de Análisis:**

Los sujetos de análisis en esta investigación serán los miembros de Consejo de Desarrollo Local de Salud de la Comuna de la Florida, los funcionarios Encargados De Promoción Y Participación Social y los Directores de los nueve CES-FAM de la Comuna de la Florida

### **5.3.-Universo:**

Para este estudio el universo serán:

- Los participantes de los nueve Consejos de Desarrollo Local en Salud de los CESFAM de la comuna de la Florida.
- Tres funcionarios Encargados de Promoción y Participación Social de la Comuna De La Florida.
- Tres Directores de los CESFAM de la comuna de la Florida.

#### **5.4.-Muestra:**

- Los sujetos de estudio serán los dirigentes de los siguientes CESFAM: CESFAM Villa O'Higgins-CESFAM Trinidad-CESFAM Santa Amalia (Ya que estos dirigentes que llevan participando tres años de forma activa en los Consejos Desarrollo Local de la comuna).
- Tres funcionarios Encargados de Promoción y Participación Social que llevan un año trabajando en este cargo. De los CESFAM de Villa O'Higgins, CESFAM Trinidad, CESFAM Santa Amalia
- Tres directores que llevan a lo menos tres años en su cargo, de los CESFAM Trinidad, CESFAM villa O'Higgins, CESFAM José Albo.

#### **5.5.-Técnicas de Recolección de la información**

Para la recolección de los antecedentes se utilizarán las siguientes técnicas:

**Entrevista en Semiestructuradas:** Ésta es la más convencional de las alternativas de entrevista y se caracteriza por la preparación anticipada de un cuestionario guía que se sigue, en la mayoría de las ocasiones de una forma estricta aun en su orden de formulación, en la entrevista, la comunicación despliega toda su potencia y por ello mismo exige del entrevistador no sólo entrenamiento técnico, sino además la capacidad para "Adecuarse" a los códigos del entrevistado, debiendo suspender los prejuicios y ejercitar la escucha.

El cuestionario cumple varias funciones:

- a) asegurar que el investigador cubra todo el tema, en el mismo orden, para cada entrevistado, preservando de manera consistente el contexto conversacional de cada entrevista.
- b) cuidar el itinerario requerido para mantener la distancia profesional con el entrevistado.
- c) establecer los canales para la dirección y delimitación del discurso,
- d) permitir al investigador prestar toda su atención al testimonio de su entrevistado.

En resumen, el cuestionario busca proteger la estructura y objetivos de la entrevista. Aun así, con cada una de las respuestas a las preguntas del cuestionario, el investigador cualitativo puede explorar de manera inestructurada (esto es, no preparada de antemano, pero sí sistemática) aspectos derivados de las respuestas proporcionadas por el entrevistado.

Para efectos del análisis no basta sólo con registrar las ideas sino que también se requiere considerar el contexto de lenguaje no verbal en el que estas ideas aparecen (postura, mímica, gestos, etc. del entrevistado) (Quintana; 70).

**Entrevista Comunitaria:** Se trata de una entrevista colectiva, cuya especificidad y diferencia con respecto a la entrevista individual, radica en la construcción de una narrativa a varias voces que hace posible la negociación de significados entre los participantes, lo que permite a la entrevistadora, en este caso, visualizar las semejanzas, los nudos de conflicto y de manera más importante, los énfasis diferenciados que los entrevistados hacen con respecto a ciertos temas u objetos sociales. La entrevista colectiva permite recuperar en términos analíticos, discursivamente, la dimensión subjetiva en sus articulaciones con las representaciones colectivas, bajo un principio Habermasiano que señala que cuando los sujetos actúan comunicativamente a través del lenguaje ponen en juego tres mundos:

- a) el mundo objetivo, que alude a los objetos materiales,
- b) el mundo social, que hace referencia al contexto cultural y normativo que comparten los actores
- c) el mundo subjetivo, que alude a las vivencias, sentimientos y deseos del actor, a los cuáles sólo él tiene un acceso privilegiado (Reguillo; 177)

#### **5.6.-Técnicas de análisis de la información:**

La técnica de análisis que se usará en esta investigación es de tipo cualitativo, ya que se indagará en un contexto determinado, considerando las experiencias personales de los sujetos de estudio en su participación en los consejos de desarrollo local en salud en la comuna de la Florida y tienen por objeto elaborar y procesar datos relevantes sobre las condiciones mismas en que se han desarrollado las experiencias de los actores entrevistados.

Gloria Pérez en su texto *Investigación cualitativa retos e interrogantes* señala que *“El análisis de la realidad precisa del conocimiento y uso de una metodología con valor instrumental para la acción social, no pretende llevar a cabo un estudio cuyo objetivo se quede en sí mismo; la finalidad en este caso da preferencia a la acción social sobre la realidad objeto de estudio”*, es por lo que esta investigación solo se analizaran los relatos de los sujetos investigados

La investigación es de tipo exploratorio- descriptivo, ya que presenta una visión general y aproximada del objeto de estudio, además describe características y generalizan fenómenos similares, mediante la exploración y descripción de situaciones de la vida real.

Metodológicamente la información se analizara a través del análisis de contenido, ya que se rescató las experiencias empíricas de los diferentes actores la Fenomenología, Alfred Schütz define a la realidad como un mundo en el que los fenómenos están dados, sin importar si estos son reales, ideales, imaginarios, etc., se considera, entonces, un mundo de la vida cotidiana que los sujetos viven en una actitud natural, desde el sentido común. Esta actitud frente a la realidad permite a los sujetos suponer un mundo social externo regido por leyes, en el que cada sujeto vive experiencias significativas y asume que otros también las viven, pues es posible ponerse en el lugar de otros; desde esta actitud natural el sujeto asume que la realidad es comprensible desde los conceptos del sentido común que maneja, y que esa comprensión es correcta., es por lo que la Fenomenología estudia la conducta humana, lo que la gente dice y hace.

El análisis de contenido lo podemos definir como una técnica de investigación cuya finalidad es la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación o de cualquier otra manifestación de la conducta.

Además construiremos una matriz de variable para poder guiar nuestro análisis, definiremos las categorías de análisis. Por lo que se debe conocer las distintas perspectivas de los entrevistados en relación a la temática de su participación en los Consejos de Desarrollo local en Salud

**PRIMERA PARTE**  
**MARCO TEORICO**

## **CAPITULO I**

### **“SALUD”**

En este capítulo se abordaran temas sobre la noción de salud en Chile desde su conceptualización, y su cambio de concepción desde el concepto medico al concepto biopsicosocial y además sobre la relevancia de los determinantes sociales y la promoción de la salud en el nuevo enfoque de Salud en Chile

#### **1.1.- Conceptualización de Salud.**

A raíz del proceso de modernización y globalización, la calidad de vida de las personas, familias y comunidades se ha debilitado, lo que se ha demostrado con el individualismo, los intereses personales y familiares, lo que ha afectado en la situación de salud de las personas tanto en lo físico como lo emocional., esto también se ve reflejado con los cambios demográficos y epidemiológicos, ocasionados por la ciencia y tecnología lo que ha forjado cambios en el diario vivir de las familias y comunidades. En consecuencia, se considera que el concepto de salud cambia dependiendo de cada realidad social.

Durante la edad media la salud fue mirada como: *“la Salud del cuerpo”* y estuvo relacionada con la *“salud del alma”*, esta idea se relacionaba con la salvación divina y la resurrección en el paraíso prometido. La calidad de vida dependía de las acciones que realizaban las personas y una buena acción se recompensaba con salud que permitía alcanzar la vida eterna.

Las pestes, infecciones y la miseria, eran causas importantes de las enfermedades durante la edad contemporánea, se producían epidemias que manifesta-

ban una alta mortalidad en la ciudadanía, lo que provocó una fuerte presión sobre el sistema de salud. El Estado responde con una nueva reforma social en donde fisiológico y salvar mediante la ciencia y la técnica del cuerpo moribundo y enfermo del pueblo para restablecer el orden social, la república y la riqueza nacional. (Donoso, Nora. MINSAL 2006)

Durante la edad contemporánea (siglo XX), la salud comenzó a ser vista desde un ámbito positivo que podía ser alcanzable. En este periodo se comenzó a dar otro enfoque a la salud con una mirada mucho más amplia, la salud era visualizada y conceptualizada *“solo como la ausencia de enfermedad”* (OMS), sin embargo en nuestra sociedad occidental el concepto se ha ido transformando.

En el siglo XXI, la época de las comunicaciones, donde la sociedad comienza a desconfiar de la salud, donde existe un idealización de la medicina centrada en los médicos y especialistas, se abre la oportunidad hacia nuevos enfoques una nueva mirada más amplia a la medicina tradicional en donde es la propia persona quien debe hacerse responsable de su salud, es en esta época que se comienza hablar de los determinantes sociales de la salud, primero en Europa y luego en los otros continentes.

En los años 60 y 70 surgen los programas de salud comunitaria, se desarrolla la medicina social. En América Latina la Educación Popular adopta metodologías para promover la reflexión colectiva en torno a las condiciones sociales y su vinculación con lo sanitario. Es el movimiento *“Salud Para Todos”* (SPT), derivada de la asamblea Mundial de Salud realizada en ALMA -ATA 1978.

En la Conferencia Internacional sobre políticas de Atención Primaria de Salud que se desarrolló en Alma Ata el 12 de septiembre de 1978, reitera la definición de Salud actualmente como:

*“Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, 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, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud”* (Revista de Salud pública, 2002: 22), que destaca el objetivo de “Salud para todos”

En ese sentido, se argumenta que se trata de asegurar la cobertura de salud a toda la población Mundial, como Derecho. Para ello, el trabajo de Promoción de Salud, que se apoya en la articulación intersectorial y la participación de la comunidad es una parte relevante de la estrategia no sólo por motivos propiamente sanitarios, sino que también por los problemas de financiamiento de los sistemas.

La salud es definida actualmente desde el ámbito integral, se observa a la persona como un todo, tomando en cuenta su medio ambiente y las relaciones o redes que integra su vida cotidiana desde un aspecto positivo o negativo (familia y comunidad), es por eso que existe un cambio en el modelo de atención en la salud primaria desde el Ministerio de Salud, en el contexto del proceso de reforma de salud, pasando de consultorios a centros de salud familiar (CES-FAM), es decir pasar de un modelo de atención Biomédico (individual) a uno de atención familiar con enfoque comunitario donde :*“Se hace necesario complementar una visión integral de las distintas disciplinas que interactúan en el bienestar de las personas y promover el cuidado de la salud, mejorar la calidad de*

*vida, prevenir factores de riesgo y quizás lo más importante favorecer el cambio de rol, de “paciente” a “sujeto participante” en el cuidado y prevención de su Salud”, (www.minsal.cl, año 2004)*

En términos concretos en Chile, tanto en el área de salud como en otras áreas públicas la forma de enfrentar el trabajo participativo y comunitario tiene como fundamento un enfoque de derecho, esto significa reconocer en ellos sujetos de derechos, que pueden y deben hacer uso de ellos , mucho más allá de ver a las personas como clientes a quienes se les debe satisfacer una necesidad, ya que deben ser las personas quienes deben ser capaces de cuidar su salud como sujetos responsables, ya que deben formar parte de un proceso de autocuidado, preocupándose del estado fisiológico y psicológico de cada persona.

Las comunidades cumplen un papel importante en el proceso de incidir en la salud, tienen un rol activo por ser ellos quienes conocen sus problemas y necesidades. Desde este punto de vista, la salud es un tema cultural que va desarrollando en la medida que pongamos de nuestra parte para mejorarla y también depende de nuestra realidad social, capacidades, herramientas y oportunidades para acceder a ella.

### **1.2-Determinantes Sociales en salud:**

Los determinantes sociales en salud se entienden como las condiciones sociales, en las que las personas viven y trabajan, que impactan directamente sobre la salud, en el artículo de Patricia Frenz, “Desafíos en salud pública de la reforma”: *Equidad y determinantes Sociales de la salud se frasea a los determinantes sociales como “las características sociales en que la vida se desarrolla”,*

por lo que se refiere al contexto social donde se interrelacionan las personas, lo que se traduce en las condiciones que tiene consecuencias para la salud.

Este concepto surge con fuerza hace dos décadas, ya que antes el reconocimiento de enfermarse eran más bien individual y no se visualizaba como un riesgo social. Eliana de la Llera en su texto “Estilos de Vida”, entrega referencias de Marc Lalonde, ex -ministro de salud de Canadá en 1974, que hace énfasis a ciertos elementos que inciden en salud, lo cual propone un modelo explicativo llamado los determinantes de la salud, que se encuentran en uso durante nuestros días, “en que se reconoce el estilo de vida de manera particular, así como el ambiente incluye el social, en el sentido más amplio junto a la biología humana y a los servicios de salud”. (De la Llera, 2001: 39), Lalonde habla que existe una discordancia entre estas distintas situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes.

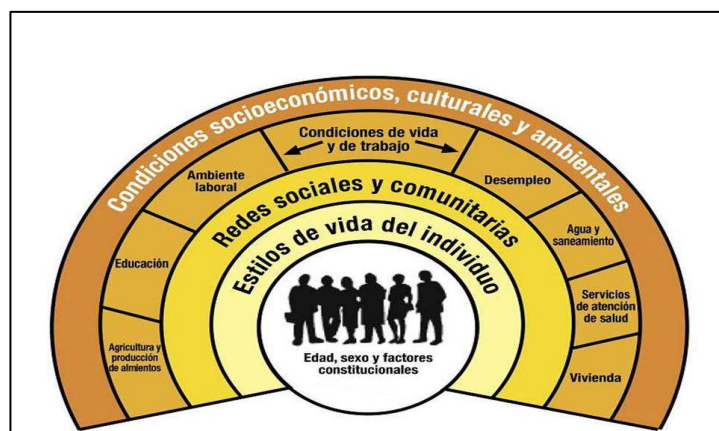


FIGURA N\*1. Equidad y Determinantes Sociales de la Salud. Fuente: Patricia Frenz

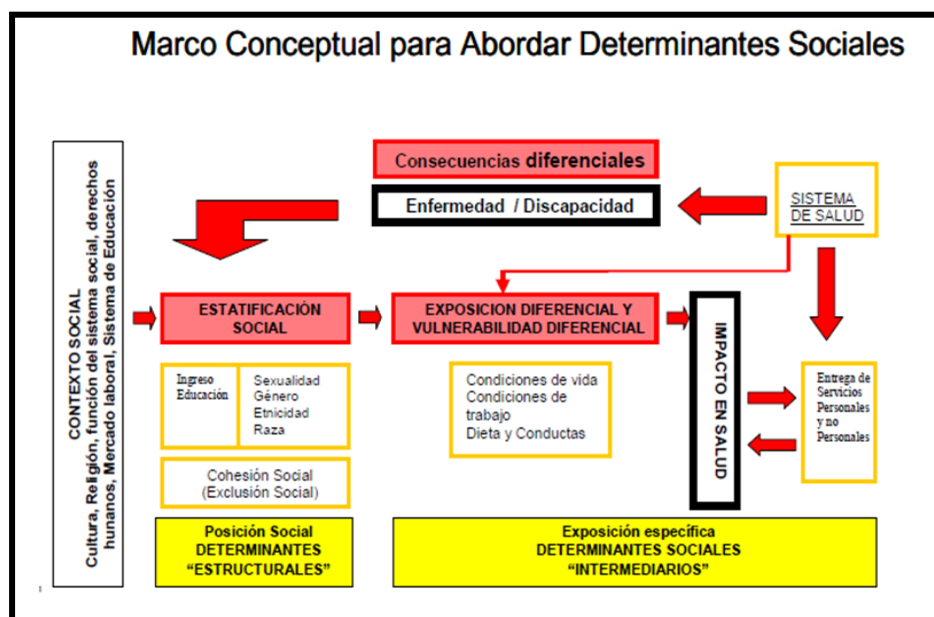
En la figura anterior, muestra como este modelo presenta distintas capas que influyen en los determinantes sociales, al centro se encuentra el individuos y aquellos factores constitucionales que afectan a la salud pero que no son cambiables, a su alrededor se encuentran las capas a aquellos determinantes que pueden se cambiables como son los estilos de vida individuales, cabe destacar

que han sido objetivos de la promoción en salud hace varias décadas. Pero los individuos y sus conductas son influenciados por su comunidad y las redes sociales, las que pueden sostener o no a la salud de los individuos; hecho que si se ignora dificulta la adopción de conductas saludables.

Los determinantes son considerados más amplios o profundos, cuando a su influencia, tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores.

Esas inequidades sanitarias son resultado de la situación en que la población crece, vive, trabaja y envejece, y del tipo de sistemas que se utilizan para combatir la enfermedad. A su vez, las condiciones en que la gente vive y muere están determinadas por fuerzas políticas, sociales y económicas. Para subsanar las desigualdades en materia de salud es necesario que los gobiernos nacionales, la OMS, los organismos de las Naciones Unidas y las organizaciones de la sociedad civil desplieguen una acción concertada a todos los niveles. La mejora de la salud, y una distribución más justa de la salud deben constituir objetivos comunes.

El enfoque de los determinantes sociales de la salud implica tomar en cuenta las condiciones sociales y su impacto en exposición, vulnerabilidad y consecuencias diferenciales, para planificar e implementar políticas en salud, con el fin de reducir las inequidades en salud.



Fuente: Otorgada de Archivos del Ministerio de Salud (Frenz; 05).

Patricia Frez en su artículo sobre los Desafíos en Salud Pública de la Reforma: "Equidad y Determinantes Sociales de la Salud" determina un camino que da paso al contexto social y político, incluyendo que incluye las instituciones políticas y los procesos económicos, da origen a posiciones socioeconómicas desiguales. Esta estratificación de los grupos sociales por ingreso, educación, ocupación, género y otros factores, lleva a la creación de inequidades sociales en condiciones de vida y de trabajo.

Los mecanismos de estratificación socioeconómica son los denominados determinantes estructurales de inequidades en salud. Son estos mecanismos los que configuran mejores o peores oportunidades para la salud, según diferencias en vulnerabilidades, exposiciones a agentes y acceso a servicios básicos. Es decir, la influencia de la posición socioeconómica del individuo sobre su salud

no es directa, sino producto del actuar de factores intermediarios: condiciones materiales, tales como la calidad de vivienda, y circunstancias psicosociales, incluyendo el estrés y los comportamientos como el hábito de fumar o de alimentarse mal.

Es por lo que este marco conceptual ha incorporado al sistema de salud como un determinante social más en la sociedad, porque por una parte, el deterioro o mejora del estado de salud tienen un efecto de retroalimentación respecto a la posición socioeconómica, por ejemplo el ingreso, y por otra, el sector salud tiene un rol importante en promover y coordinar políticas de acción sobre determinantes sociales, entendiendo así que todos los factores externos e internos de los individuos tienen una relevancia en su salud.

**1.3 - Conceptualización de Promoción en Salud:** Desde el comienzo de la historia hubo una aproximación al concepto de Promoción en Salud, primero Galeno evidenció escritos que se relacionaron entre "estilos de vida" y salud, luego en los años 40' el historiador Henry Sigerist, define el concepto de promoción de la salud como *"La salud se promueve proporcionando un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, ejercicio físico y los medios de descanso y recreación."*

Años más tarde bajo el concepto de Medicina Preventiva se identifica a la promoción de la salud como el nivel más inespecífico y general de prevención de la enfermedad. A partir de La Convención de Alma Ata en 1978 que conceptualiza la salud en un plano más integral y sistémico se reconoce más claramente la relación entre individuos enfermos y poblaciones enfermas, así como el recono-

cimiento de la importancia de los distintos sectores del desarrollo en salud y calidad de vida relevando la necesidad del trabajo multidisciplinario en salud e intersectorial ya que el reconocimiento de la variedad y distintas dimensiones de los determinantes hace imposible a un solo sector asumir la responsabilidad técnica y política estratégica.

En 1986 se realiza la Primera Reunión Internacional sobre Promoción de la Salud en Ottawa donde se formula la Carta de Ottawa, gran referente conceptual y estratégico de la Promoción de la Salud para el mundo entero, aquí se estableció que la Promoción de la Salud “*Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma*”. Para así alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente”, también se hace hincapié al del concepto de empoderamiento para la salud, que concibe a una comunidad empoderada como aquella cuyos individuos y organizaciones aplican sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados para abordar las prioridades sanitarias y a satisfacer sus necesidades sanitarias respectivas, en los años 80’ se logra establecer a la Promoción en Salud como estrategia para alcanzar metas sanitarias en Salud Pública a nivel mundial. (Ottawa; 1986)

Por lo que la Promoción es un proceso mediante el cual las personas, familias y comunidades logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas, incluyendo “*acciones de educación, prevención y fomento de salud, la población actúa coordinadamente en favor de políticas, sistemas y estilos de vida saludables, por medio de la abogacía, empoderamiento y construcción de un sistema de soporte social que le permita vivir más sanamente*”. (Fuente: Cartas de Ottawa y Yakarta), en este sentido la promoción de la salud va dirigida a

crear las mejores condiciones para que haya una relación entre los esfuerzos de los individuos y los resultados de salud que obtienen.

En 1994 la escuela de Salud Pública de Andaluza define a la Promoción de la Salud como la "Estrategia racional de intervención dirigida a mejorar el nivel de salud de la comunidad, de carácter complementaria e integral, que reivindica como responsabilidad social (y del estado) la provisión de cuidados individuales y comunitarios"; Enfatiza en los proveedores de la salud las categorías familia, grupo, infraestructura social y otras supra-estructuras públicas o privadas. El acento está en los aspectos positivos, dinámicos, culturales, ambientales y sociales de la salud

En 1996 el Ministerio de Salud de Chile define Promoción como un:

*"Proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y de este modo mejorar su estado de salud. La Promoción de la salud constituye una estrategia que vincula a la gente con sus entornos y que con vistas a crear un futuro más saludable, combina la elección personal con la responsabilidad social, la Promoción de la salud como principio abarca a toda la población en el contexto de que exista una participación comunitaria efectiva en la definición de los problemas, en la toma de decisiones y en las medidas emprendidas para modificar y mejorar los factores determinantes de la salud. Por esta razón la promoción requiere de una cooperación estrecha entre todos los sectores de la sociedad, incluido el gobierno, con vistas a asegurar que el entorno global promueva a la salud."*(www.minsal;96)

#### **1.4.- Promoción De La Salud En Chile:**

En 1998 el Ministerio de salud ha planteado el Plan de Promoción en Salud, como respuesta a las necesidades de la población a raíz de cambios considerables que ha sufrido nuestro país, tanto políticos como económicos, principalmente en lo relacionado con el crecimiento económico que llegó a duplicar el ingreso per cápita, pero paradójicamente se vio afectada negativamente la calidad de vida de la población. Todo lo cual está directamente vinculado al acceso a diversas tecnologías, lo cual ha provocado consecuencias en los hábitos alimenticios (alto contenido de azúcar y grasas), aumento consumo de tabaco, alcohol y drogas. Todo esto ha provocado consecuencias, por ejemplo, el aumento explosivo de la obesidad, como también los elevados indicadores de sedentarismo, el alto número de personas que fallecen anualmente por patologías causadas o provocadas por el consumo de tabaco, problemas medio ambientales, enfermedades relacionadas con la salud mental. Todas consecuencias de un cambio trascendental que ha sufrido la sociedad contemporánea, la segmentación social, el individualismo, el vivir en una sociedad donde el éxito es requisito imprescindible para ser reconocido por la sociedad como tal. Es por ello que de forma participativa se ha puesto en marcha un plan Nacional, mediante un modelo de gestión descentralizado e intersectorial, basado en la participación social y en el fortalecimiento de los Gobiernos Regionales y locales.

La Promoción de salud se propone optimizar la salud y reducir sus determinantes, enfocándose a la calidad de vida y bienestar, el desarrollo de estos estilos de vida y ambientes saludables y la construcción de la comunidad y de una sociedad más sana que promueva valores fundamentales de confianza y solidaridad (MINSAL: 1998)

El Ministerio de Salud de Chile ha consensuado una definición operacional que permita el diseño de estrategias desde el sector público de salud como estimu-

lador del proceso: "Estrategia o conjunto de líneas de acción que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en un proceso de cambio direccionado hacia el mejoramiento de las condicionantes de la salud como componente de la calidad de vida"

Los estilos de vida saludable pueden ser definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos, familias y comunidades que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Vistos así, los estilos de vida saludables serían comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir problemas biopsicosociales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano. (MINSAL 2013; 71)

Una de las estrategias de consenso a nivel mundial para abordar los Estilos de Vida Saludable es la Promoción de la Salud a través de la cual la comunidad, las personas y sus familias adquieren herramientas y conocimientos que les permiten mantener y mejorar su salud.

Las estrategias fundamentales de la Promoción de la Salud son:

- Educación en Salud: la educación en salud tiene una larga trayectoria permitió en 1950 la fundación de la Unión Internacional de Educación para la Salud (UIES), hoy Unión Internacional de Promoción y Educación para la Salud (UI-PES) que es una de las más antiguas asociaciones en este campo. Años atrás, la educación para la salud consistía básicamente en distribuir información y dirigir mensajes a la población con la esperanza que estas medidas de algún mo-

do, trajeran cambios en las costumbres de individuos y comunidades, ahora tiene otra visión más estratégica

- Participación Social: La Participación Social se considera una estrategia básica para la consolidación del sistema democrático, la construcción de ciudadanía y el capital social, el logro del bienestar y la inclusión e integración social mediante el ejercicio de los derechos de las personas y comunidades y la incorporación de la opinión de las y los usuarios y comunidades en la Gestión de Salud. Requiere, por una parte, que el sector público tenga la apertura, genere la información y establezca espacios y mecanismos que acojan las preocupaciones, necesidades y propuestas provenientes de la ciudadanía.

Por otra parte, la participación necesita de una ciudadanía que se involucre en las cuestiones públicas, con organizaciones fuertes que representen toda su diversidad.

La participación social debe transitar desde un modelo paternalista que asegura la información y acceso a la oferta de servicios a uno consultivo, que “recoge” y considera las demandas, expectativas y propuestas de las personas y sus organizaciones, estableciendo espacios deliberativos para incidir directamente en la toma de decisiones en materias que afectan a las personas y comunidades.(ibid;73)

- Abogacía: Es la incidencia política que logra una comunidad cuando se promueve la participación de diferentes actores sociales, los mismos que, teniendo distintos roles y funciones, promueven la salud, construyen condiciones locales y se constituyen en líderes para la salud. Para que esto sea posible es necesaria su participación activa y para lograr esta participación se hace necesario hacer visibles las necesidades desde la comunidad y abogar desde Salud.

- Intersectorialidad: como forma de trabajo participativo y descentralizado ha sido una posible vía para abordar los actuales y complejos problemas de salud que rebasan el campo de un servicio de salud. En la intersectorialidad se incluyen sectores como: educación, vivienda, instituciones legales, organizaciones políticas, municipalidades y otras organizaciones tanto públicas como privadas que puedan aportar al bienestar de las personas.

- Comunicación Social: en el sentido amplio de la palabra tanto externa como interna, la OPS ha establecido a la comunicación social como estrategia básica de la promoción de la salud, y propone el uso y aplicación de las diferentes herramientas de la comunicación con fines de promoción de la salud.

Cada una de estas estrategias es clave en el proceso de entregar conocimientos y herramientas a las personas, familias y comunidades para lograr estilos de vida saludable.

## Capítulo II

### “Participación”

En este capítulo, se entregara algunos elementos relevantes relacionados con el concepto de Participación considerando los cambios sociales, culturales y económicos que se han producido en Chile.

#### II.1.-La Participación Social:

La Participación es un concepto difuso. Para Pedro Gúell Villanueva en el texto *Ciudadanía en Chile: El Desafío Cultural del Nuevo Milenio* nos dice que la *“Participación se refiere a las relaciones que se establecen entre los diversos actores de la sociedad y entre estos y el sistema estatal y político para la construcción y la gestión de lo que les pertenece en común”*, se puede rescatar que la participación ciudadana es pertenencia y construcción de lo común social, lo que puede variar dependiendo de los lugares, los contextos y las diferentes características de los actores sociales. La Participación se entiende como un mecanismo que hace posible la construcción, integración y un disfrute común.

Para muchos quienes se ocupan de cuestiones referidas a la acción social, la participación puede aparecer como inquietud traída del pasado, de los años 60 donde todo se orientaba según las tareas de la igualdad y la libertad; es así que la participación puede sonar asociada a una propuesta romántica ya que se trataría de una situación propia de sociedades tradicionales, sobrepasadas y barridas por la dinámicas y las relaciones que necesariamente ha impuesto la modernidad.

En los años 60 la participación se proponía como un imperativo ético, la sociedad justa, en donde no solo los beneficios se distribuían de forma equitativa,

sino , básicamente una convivencia en la que todos habrían de compartir responsabilidades, tareas y obligaciones en ese momento la naturaleza humana era de forma igualitaria, por lo que participación se apreciaba de forma.

Para Diego Palma, *“Impulsar la participación equivalía, entonces a encaminarse en la recuperación del orden natural (justo); era fundamentalmente bueno y deseable que las personas exigieran sus derechos hacia la igualdad”* (Palma ,1998; 05). Se trata de una Participación Justa. Cada persona debe construir su propia realidad dependiendo del contexto social u orden natural de su vida, en estos años la Participación es vista como como igualitaria y justa donde todas las personas tienen los mismos derechos y oportunidades.

En los años 70', las instancias de participación perdieron prioridad no solo en Chile, también en toda América Latina, debido a los múltiples golpes de estados ejercidos por los militares en América, durante este periodo el gobierno creó espacios de participación con el fin de controlar a la ciudadanía, como fueron las juntas de vecinos que tenían dirigentes designados por el gobierno militar.

El Neoliberalismo Autoritario impuesto en Chile, solo alentó formas denominadas de participación, claramente definidas por el gobierno del momento, para generar un control social y la legitimación de la autoridad local lo que originó obstáculos y límites que impedían toda forma de Participación

En los años 80', la participación era una capacidad que debía ser educada y que no se trataba de una disposición innata al sector popular

La participación social puede visualizarse conceptualmente desde tres distintos enfoques:

**1.-Enfoque Funcional:** la participación funcional tiene una característica de ser netamente informativa, y básicamente colaborar con las políticas, estrategias, programas y acciones ya determinadas por el propio sistema.

**2.-Enfoque Reivindicativo:** El enfoque reivindicativo entiende la participación como la creación de estructuras organizacionales de los propios interesados para solucionar sus problemas o bien organizaciones que en su accionar tienen incluida una línea particular de trabajo, que en este caso sería salud. Estas estructuras tienden a apoyarse y coordinarse con la organización establecida para solucionar sus problemas e intereses. Generalmente son organizaciones cuyo sustento se basa en las reivindicaciones que ellas se plantean solucionar. De ahí la necesidad de fusionarse momentáneamente y a ratos con la organización establecida, pues su origen reivindicativo es la base de su existencia.

**3.-Enfoque de empoderamiento:** Empoderamiento es concepto proveniente de “Empowerment” – dar poder. La participación en este caso se inserta en un proceso más amplio de crítica a las organizaciones establecidas, a sus limitaciones en solucionar sus reivindicaciones sociales y en su imposibilidad de convertirse en independientes al sistema que las sustenta este enfoque se entiende como la capacidad real de los individuos (o de sus organizaciones) para incidir en las definiciones y el control de las iniciativas que la comunidad se plantea como sus problemas y la capacidad de tomar decisiones y tener control social sobre las políticas que se plantean como solución a los problemas identificados por la propia comunidad.([www.medicinauach.cl](http://www.medicinauach.cl) salud pública/diplomad).

**2.-Participación Ciudadana En Salud:** El concepto de participación tiene múltiples usos y significados, no sólo en el ámbito de la salud. Por ello es necesaria una breve caracterización de los tipos de participación a los que se hace referencia hoy en este ámbito. Así resultarán más claros los conceptos de participación ciudadana participación social y promoción de salud.

Detrás de diversos significados existen también enfoques y fundamentos políticos diferentes, que han variado en el transcurso de las últimas décadas.

Participación Social es un concepto de significado más amplio y mayor cobertura, usado muchas veces casi como sinónimo de asociatividad. Hace referencia a diversas modalidades de inserción o pertenencia a diferentes grupos sociales o a actividades colectivas. Así, puede afirmarse que tales personas participan en el “grupo de enfermos crónicos”, de “adultos mayores” o en grupos de voluntarios, en grupos de discusión, en talleres, actividades deportivas, grupos de interés, en reuniones u otras actividades de grupos informales o formales, en cuyo caso tienen que acreditar alguna forma de pertenencia.

La participación ciudadana refiere más específicamente a aquella modalidad de participación que tiene influencia o incidencia en la toma de decisiones sobre las políticas públicas.

La política sectorial para la Participación Ciudadana en Salud se focaliza en cuatro ejes programáticos:

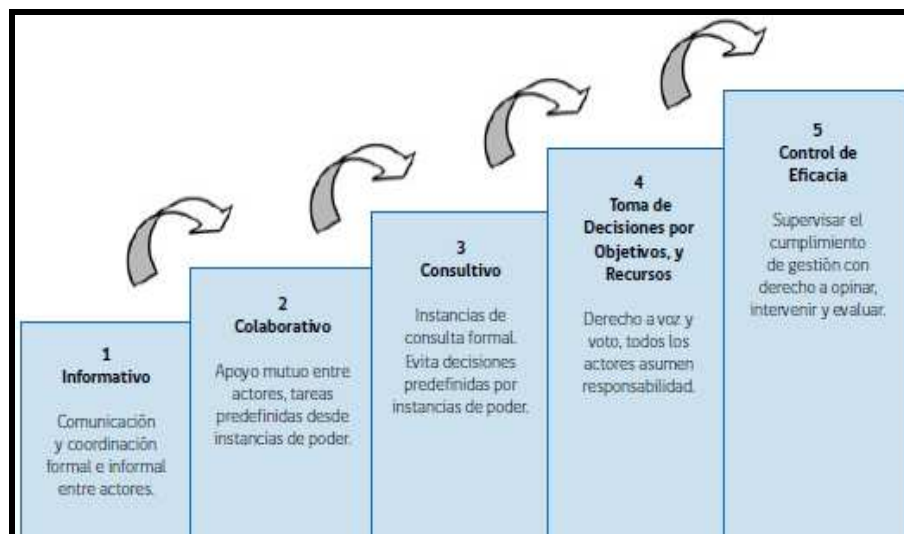
1. Derecho Ciudadano a la Información Pública.

2. Gestión Pública Participativa.
3. Fortalecimiento de la Sociedad Civil.
4. No Discriminación y Respeto a la Diversidad.

Esta política tiene como propósito fortalecer las condiciones institucionales, diseñar los procedimientos y aplicar los instrumentos programáticos orientados a incorporar la participación ciudadana en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas, un segundo objetivo es institucionalizar las prácticas regulares de inclusión de la ciudadanía en la gestión de salud. Dentro de esta política se enmarca los consejos de desarrollo local. (Plan salud 2014, COMUDEF)

La siguiente figura representa las etapas de los procesos de participación lo que implica un proceso de manera integradora, paulatinamente en el siguiente nivel; dando paso a niveles de participación con niveles de compromiso, complejidad y empoderamiento, cada vez mayores.

**Figura 1. Etapas del Proceso de Participación**



Participación Social en Salud: Reflexiones y Herramientas para la acción desde Chile.

Minal. [2009].

Las etapas de la Participación en Salud se desarrollan a través de un trabajo sistémico, estratégico y con la comunidad, en particular se describen distintas formas de trabajo en participación con la comunidad desde:

1.-Colaboración: La participación entendida como colaboración de los usuarios con los programas institucionales, y comúnmente no se preocupa por fortalecer la posición de la población frente a los servicios, para desarrollar capacidades críticas, autodeterminación y crear conciencia sobre los derechos de las personas como sujeto de acción para resolver sus problemas.

2.-Cogestión: Este tipo de participación avanza hacia la participación autónoma. La cogestión interviene en las decisiones, suponen una descentralización, una democracia del poder y de los mecanismos para acceder a él. La cogestión implica la capacidad de interlocución, negociación y concertación de todos los actores sociales para el desarrollo de la salud.

3.-Autogestión: Constituye una forma más independiente de participación y puede surgir a través de procesos inicialmente acompañados o asesorados y derivar en un proceso más autónomo, ya sea porque la institución a cargo lo promueve, o porque la organización asesorada comienza a necesitar en algún momento de una mayor autonomía. La Autogestión puede nacer desde la base social a través del principio de “autodeterminación”. Así es como surgen a nivel local estrategias como los Grupos de Auto apoyo.

4.-Negociación: Este tipo de participación se mueve dentro de una lógica diferente, donde el Estado y sus instituciones asumen la responsabilidad del desarrollo social, al estimar que es obligación de éste, prestar servicios a toda la población con eficiencia y calidad. En el caso de salud, el autocuidado y los hábitos saludables, podrían estar a cargo de la población, comprome-

tiendo al Estado a ofrecer una atención de calidad a todos los ciudadanos.  
(MINSAL, 2009)

**2.3.- Participación Social en Salud acciones en Curso:** La participación social en salud es un proceso complejo que desde hace mucho tiempo, ha estado en la agenda gubernamental y no gubernamental nacional e internacional. Involucra distintas dimensiones y de hecho puede hacer referencia a la participación desde un sentido profundo del ejercicio ciudadano hasta un sentido de mecanismo de promoción y prevención de la salud.

Se hace necesario mencionar que la Organización Panamericana de Salud (OPS), ha fomentado la Participación en salud, a través de la elaboración de sus propuestas de promoción en la atención primaria, con la conformación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), para este organismo la salud representa un estado de completo bienestar, más que la sola ausencia de enfermedad, es en este sentido que debe estar involucrada la Comunidad y no tan solo el Estado.

La OPS define a la Participación social en Salud como “la participación de grupos organizados- entre ellos la comunidad- en las deliberaciones, la toma de decisiones, el control y la responsabilidad con respecto a la atención en salud”(Weinstein; pag.6)

El Ministerio de salud siguiendo la elaboración realizada por la OPS, define en 1993 la participación de Salud como “*la intervención de las personas, familias, grupos, organizaciones sociales, y comunitarias, instituciones privadas y solida-*

*rias, en las tareas de mantener, mejorar, recuperar y fomentar la salud”.*, por lo que se entiende que participación social , cuando intervienen todos o gran parte de estos actores y de participación comunitarias, cuando intervienen solos los grupos y organizaciones representativas de la población en un territorio definido”(Ibíd.: pag.6).Por lo que la participación se considera como el desarrollo de instancias o espacios en los cuales se delibere, concerté y evalué el cumplimiento de las responsabilidades y compromisos adquiridos, ya que se debe poner en práctica en todos los procesos de identificación o diagnóstico de los reales problemas de la comunidad.

EL modelo de Participación impulsado por el Ministerio de Salud, desde 1990, en el gobierno de Patricio Aylwin definió los ejes de la política de salud a la equidad, la descentralización y la participación, por lo que se pueden apreciar dos grandes líneas en que el MINSAL entiende y promueve la participación:

**1.-En relación al cuidado, prevención y promoción de la salud:** la salud es concebida desde factores biológicos, psicológicos y sociales. De esta manera toda la sociedad es responsable de la mantención de la salud, tanto en un sentido individual, como en términos de los hábitos y comportamientos sociales que la influyen. Esto se determinó a través del diagnóstico epistemológico en el cual se planteó que las enfermedades mayoritariamente de los estilos de vida de las personas. Por lo que la participación en salud se vincula al autocuidado y a la acción colectiva den pos de la detección y tratamiento de enfermedades (crónicas y salud mental), por lo que esta línea apunta al fortalecimiento de la atención primaria otorgando a los consultorios el carácter de centro de salud, en donde los equipos de salud se deben integrar de manera activa a las redes comunitarias, ya que el carácter curativo debe ampliarse hasta convertirse en una actor que trabaja junto a la comunidad por el mejoramiento integral de la calidad de vida.(Ibid;7)

**2.- En relación a la gestión de sistema público de salud:** el MINSAL asume también el desafío de aplicar en sus políticas la orientación gubernamental de la modernización del Estado. En estos términos se trata de incorporar al usuario como centro del que hacer del servicio público esto significa generar espacios donde los usuarios tengan opinión y decisión en los programas y acciones que desarrolla cada servicio, de allí que se propone la creación de los Consejo de Desarrollo Local o los Comité de Participación, esta línea apunta a generar espacios de control Social sobre la gestión de los establecimientos de Salud. (Ibíd.; 7)

#### **2.4 Motivaciones Para Participar:**

Cuando hablamos de participación también enfatizamos una estrecha relación con el acceso al poder de decisión, Martin Hopenhayn en su texto participación y motivos cita a la definición de participación usada en las Naciones Unidas *“como influencia sobre el proceso de toma de decisiones a todos los niveles de la actividad social y de las instituciones sociales”*(Hopenhayn:20)y además hace referencia a la definición de FLISFISH *en donde dice que la participación “está referida a la acción colectiva provista de un grado relativamente importante”*. Siguiendo es esta línea Pearce y Stiefel definen Participación Social como *“los esfuerzos organizados para incrementar el control sobre los recursos y las instituciones reguladoras en situaciones sociales dadas, por parte de grupos y movimientos de los entonces excluidos de tal control”*, en esta definición la participación se ve desde una mirada dinámica ya que habla de incorporar a los excluidos, en las definiciones expuestas anteriormente liga estrechamente el concepto de participación con el de la toma de decisiones ,ya que no se puede comprender la participación sin la voluntad para lograr un objetivo en común, es por lo que el universo motivacional mueve a que las personas a participar de menos o mayor grado.

Martin Hopenhayn, habla de que existen cuatro tipos de motivaciones de participar:

1.-Ganar control sobre las propias situaciones y el propio proyecto de vida mediante la intervención en decisiones que afecta el entorno vital en que dicha situación o proyecto en que se desenvuelven.

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

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

4.-Aumentar el grado de autoestima mediante un mayor reconocimiento, por parte de los demás, de los derechos, las necesidades y las capacidades propias. (Ibíd.: 1998, 21)

Este autor señala que existen distintas formas de motivaciones por las cuales participar, lo relevante es que ninguna de las señaladas anteriormente son excluyentes, sin embargo todos se remiten a una motivación última que compromete a la existencia humana; la Motivación Fundamental, “*la voluntad de cada cual de ser menos objeto y más sujetos*”.

**2.5. La Participación Como Necesidad Humanas:** La participación como un elemento de acción, permite satisfacer varias de nuestras necesidades humanas debemos entender que estas son las mismas en todas las culturas y en

todos los períodos históricos, lo que cambia es la manera o los medios utilizados para satisfacer esas necesidades, es decir, los satisfactores.

Max Neef en su texto *Desarrollo a Escala Humana* concluye que: *“las necesidades humanas fundamentales son finitas, pocas y clasificables. Segundo: las necesidades humanas son fundamentales (como las contenidas en el sistema propuesto) son las mismas en todas las culturas y en todos los periodos históricos .Lo que cambia, a través del tiempo y de las culturas, es la manera o los medios utilizados para la satisfacción de las necesidades”* (Max - Neef, 1986:, 42). Se debe comprender que cada sistema económico-social-político de los Estados adopta distintas formas o estilos de satisfacer las necesidades, entendiendo las Necesidades *“como una carencia que implica restringir su espectro a lo puramente fisiológico, que es precisamente el ámbito en que una necesidad asume con mucha fuerza y claridad la sensación de falta de algo. Sin embargo, en la medida en que las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, son también potencialidades y, más aún, pueden llegar a ser recursos”* (Max - Neef, 1993: 50),

Tal como se aprecia en el texto de Max-Neef se clasifica las necesidades en dos tipos. El primero, de orden existencial: ser, tener, hacer y estar; y el segundo, de orden axiológico: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. A su vez el autor habla de que existen diferentes medios para satisfacer las necesidades , los “satisfactores” son la forma como se satisfacen las necesidades y estos pueden ser variados dependiendo del lugar donde se esté dependen del contexto, cultura o sociedad que imprime ciertas necesidades, los satisfactores no sólo tienen que ver con aspectos socioeconómicos, si no que se refiere a algo más macro es todo aquello que representa la formas de ser, tener, hacer y estar, contribuye a la realización de necesidades humanas ya que también incluye, las formas de organización, estructuras políticas, prácticas sociales, condiciones subjetivas,

valores y normas, espacios, contextos, comportamientos y actitudes; todas en una tensión permanente entre consolidación y cambio, por lo que los satisfactores son distintos para todos, cada uno lo vive y experimenta de distinta forma, todo depende de nuestra realidad social. Se hace relevante conocer los satisfactores referidos en el Desarrollo a Escala Humana por Max Neef, estos son *“de subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio y creación se han encontrado presentes desde los orígenes del «Homo-sapiens» (ibid.54).*

**A. Taxonomía de las necesidades:** Las necesidades humanas fundamentales son las mismas en todas las culturas y en todos los períodos históricos. Lo que cambia a través del tiempo y de las culturas es la manera o los medios utilizados para la satisfacción de las necesidades. Por lo que cada sistema económico, social y político adopta diferentes estilos para la satisfacción de las mismas necesidades humanas fundamentales. La Taxonomía pluridimensional sirve como una herramienta que distinga claramente entre necesidades y satisfactores de forma útil y factible.

- a. La taxonomía debe ser comprensible: Las necesidades deben ser reconocibles e identificables como propia.
- b. La taxonomía debe combinar amplitud con especificidad: Debe llegar a una especificidad de necesidades, pero ampliando la posibilidad de satisfacer cualquier necesidad.
- c. La taxonomía debe ser operativa: Formas en que se satisfacen ciertas necesidades.

- d. La taxonomía debe ser potencialmente crítica: Hay ciertas necesidades para las cuales no existen satisfactores deseables o destructores.
- e. La taxonomía debe ser potencialmente propositiva: la taxonomía puede llegar a ser crítica y generar o fomentar satisfactores para las necesidades de todas las personas. Las personas, en algún momento son capaces de sacrificar sus propias necesidades por la satisfacción de los otros.

**B) Satisfactores:** los satisfactores pueden tener diversas características que abarcan un amplio abanico de posibilidades.

- a) **Violadores o destructores:** satisfacer una determinada necesidad, no sólo aniquilan la posibilidad de su satisfacción en un plazo mediato, sino que imposibilitan, por sus efectos colaterales, la satisfacción adecuada de otras necesidades. El atributo especial de los violadores es que siempre son impuestos. Este tiene relación a la necesidad de “protección”.
- b) **Pseudo -satisfactores:** estos satisfactores aquellos que dan una falsa sensación de satisfacción de una necesidad determinada. Su atributo especial es que generalmente son inducidos a través de propaganda, publicidad u otros medios. Está se da en un proceso de persuasión.
- c) **Inhibidores:** Los satisfactores inhibidor es son aquellos que por el modo en que satisfacen (generalmente sobre satisfacen) una necesidad deter-

minada, dificultan seriamente la posibilidad de satisfacer otras necesidades.

- d) **Satisfactores singulares:** Los satisfactores singulares son aquellos que apuntan a la satisfacción de una sola necesidad, siendo neutros respecto a la satisfacción de otras necesidades. Tomando en cuenta las más asertiva y la necesidad real.
  
- e) **Satisfactores sinérgicos:** Los satisfactores sinérgicos son aquellos que por la forma en que satisfacen una necesidad determinada, estimulan y contribuyen la satisfacción simultánea de otras necesidades.
  
- f) **Satisfactores endógenos y exógenos:** Respecto a los cuatro primeros satisfactores ya mencionados se consideran endógenos, por ser determinados por la sociedad y van desde “arriba hacia abajo”. Asimismo, los últimos son endógenos, ya que están relacionados con la libertad del ser humano y están impulsados por la comunidad desde abajo hacia arriba.

La participación la podemos encontrar en la matriz de taxonomía como una necesidad de “sentirte parte de” como se señala en el siguiente cuadro.

	<b>SER</b>	<b>TENER</b>	<b>HACER</b>	<b>ESTAR</b>
<b>PARTICIPACION</b>	Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, solidaridad, convicción, entrega, respeto, pasión, humor.	Derechos, responsabilidades, obligaciones, atribuciones, trabajo.	Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acordar, opinar.	Ámbitos de interacción participativa: cooperativas, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familia.

Cuadro 1. Matriz De Necesidades Y Satisfactores (El Desarrollo A Escala Humana Por Max Neef)

La participación tiene varios componentes esenciales como son la motivación y las necesidades que se tiene para participar, dependiendo de la realidad donde se esté. Las distintas problemáticas sociales generan a las personas a los grupos o a la comunidad movilidad en su accionar generando procesos de participación.

## Capítulo III Concepto De Ciudadanía

**3.1.-Breve Mirada Histórica Del Desarrollo De La Ciudadanía En Chile:** Una breve mirada a la historia del Estado y la sociedad chilena nos muestra una conflictiva relación entre participación, democracia y ciudadanía en su dimensión civil, política y social.

Marshall es un referente a la hora de estudiar la discusión sobre el desarrollo de la ciudadanía, ya que él propone que la lógica de extensión de los derechos es histórica y no sólo teórica. Su descripción, da cuenta de un patrón de expansión de ciudadanía en Inglaterra, desde los derechos civiles, que incorporados en el Siglo XVIII, se refieren a los derechos asociados a las libertades individuales, pasando a incluirse los derechos políticos durante el siglo XIX, y que se refieren a los derechos de los ciudadanos de participar en el ejercicio del gobierno, para llegar en el siglo XX a los llamados derechos sociales, que se refieren principalmente a los derechos socioeconómicos asegurados como un mínimo de bienestar social (Marshall, 26), a pesar de que se ha criticado su etapismo, su conceptualización sigue siendo muy influyente. Sin entrar en el debate de las etapas, se puede decir que si Chile se mira desde un punto de vista histórico, este proceso de configuración de la ciudadanía muestra sus diferencias.

Inmediatamente después de la independencia de Chile (1818) y tras un breve periodo de enfrentamiento entre liberales y conservadores, se constituye el Estado Portaliano, fuertemente centralizado y autoritario, y con la firme visión política de que Chile no poseía las “virtudes republicanas” necesarias para la democracia (Góngora: 13). Durante el siglo XIX, el “orden oligárquico”, no reconoce más derechos que los de la naciente aristocracia: el Estado Portaliano “*no era otra cosa que un instrumento al servicio de una elite social, cuya base de*

*poder residió en la estructura social más que en el aparato propiamente estatal, siendo este sólo un instrumento auxiliar de la oligarquía” (Joselyn-Holt:28) Y no será hasta fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, con la llamada cuestión social, y la crisis de la dominación oligárquica, que nuevos actores sociales harán posible el comienzo de un camino de reconocimiento de algunos derechos sociales. La modificación de la estructura social, la creciente asalarización asociada a la minería y el proceso de migración campo ciudad, así como el fortalecimiento de capas medias asociadas a la expansión del aparato estatal, reconfigurarán los actores sociales, haciéndolos emerger en el sistema político en las primeras dos décadas del siglo XX, periodo conocido como la crisis de la dominación oligárquica, en donde los grupos terratenientes dejan de ser el eje central de la estructura de poder.*

En relación al desarrollo de la ciudadanía sólo algunas modificaciones relacionadas con el aspecto social, se registrarían al final del periodo. *“Hasta los inicios de la segunda década de este siglo, el Estado logra garantizar solo algunos derechos relacionados con la seguridad social, haciéndose altamente resistente a la extensión de los derechos civiles y la mayoría de los derechos políticos” (Arrau, A. y Avendaño; 12).* Este avance en materia de reconocimiento de derechos, es producto de la transformación de la institucionalidad política y social vigente hasta entonces, que incorpora al sistema político a las capas medias y parte de los sectores obreros organizados que emergen en la estructura social. De manera que la configuración de un movimiento popular, conformas de sociabilidad y expresión política, abre paso paulatinamente y de forma conflictiva a procesos de democratización de la sociedad chilena y de extensión de la ciudadanía.

El segundo periodo en la historia de Chile que se ve como un eslabón importante es el llamado Estado de Compromiso que se constituye producto de una amplia alianza social y política que presiona por la expansión de los derechos socioeconómicos, universalizando el derecho a la protección social, la extensión del derecho a la salud y la educación y derechos laborales de los sectores más organizados de la fuerza de trabajo, en el contexto de una estrategia de desarrollo de sustitución de importaciones.

En el año 1949 se lleva adelante la reforma electoral que da derecho a voto a las mujeres y recién el año 1970 a los analfabetos, que representan al 11% de la población de la época. Por el lado de los derechos sociales, favoreciendo principalmente a obreros y capas medias, se generan políticas habitacionales, de salud, educación y laborales, representando una notable extensión y profundización de los derechos sociales en el contexto de un modelo desarrollista.

Con la modernización capitalista neoliberal, va a generar una desarticulación de los actores colectivos y de sus identidades estructurales que fueron protagonistas del periodo anterior, de tal magnitud, que la idea de ciudadanía colectiva, da paso a una idea de ciudadanía individualizada, las nociones de pueblo del pasado en oposición a la de consumidor en el presente es expresión de ello.

El nuevo enfoque de políticas sociales focalizadas, que subsidian, desde el Estado, el desarrollo de potencialidades en los sectores que no han sido capaces de integrar sea la lógica del mercado, tiene un componente de participación social que se refiere a la superación del asistencialismo tradicional de las políticas públicas anteriores. La Inversión social se realiza, ahora, sobre las capacidades de los grupos y familias para superar su condición de vulnerabilidad, de manera

que participen en la solución de los problemas que los afectan. Sin embargo esta idea de participación es bastante limitada ya que sólo involucra a los pobres respecto de “su pobreza”, despolitizando el concepto de participación.

Este enfoque se vería ampliado y enriquecido con el “Instructivo Presidencial sobre Participación Ciudadana” del año 2000. En donde se establece que “*La participación ciudadana es una dimensión fundamental de todo sistema democrático, pues contribuye a que los derechos y deberes institucionalmente establecidos sean efectivamente reconocidos y ejercidos*”, además se plantea que este objetivo requiere de dos condiciones para llevarse a cabo, por un lado un sector público que genere espacios, informe y recoja propuestas de la ciudadanía, y por otro, una ciudadanía que se involucre en las cuestiones pública, con organizaciones fuertes y representativas. De manera que como se puede apreciar, el concepto de ciudadanía es fundamentalmente una construcción histórica que cruza y afecta directamente la vida en comunidad. (Anexo Instructivo Presidencial. Compromisos Ministeriales de Participación Ciudadana en Políticas y Programas Públicos 2000-2001)

**3.2.- Sociedad Civil:** Las circunstancias sociales y políticas en estos últimos dos o tres últimas décadas, se puso en uso el concepto de sociedad civil, como un lenguaje político corrientes, en las ONG y más ampliamente en las organizaciones sociales, a pesar de que este concepto es antiguo se utilizó en el lenguaje filosófico y político de los siglos XVII y XVIII.

Para Hegel el concepto de sociedad civil “*comprendía a una red compleja constituida por diversos componentes y relaciones: individuos, grupos y clases Sociales, corporaciones, mercados, ciertas instituciones*” (Garcés y Valdés 1999;

4), el ve en la sociedad un realidad compleja expresiva de la particularidad que requiere ser puesta en referencia al estado, instancia a la Razón

Para Marx y Engels, la lógica hegeliana idealista es invertida, de tal modo que la sociedad civil coincide con la base material de la sociedad sobre lo que levanta la superestructura política e ideológica. Para el marxismo clásico *“la anatomía de la sociedad civil hay que buscarla en la economía política”, que condiciona o determina la superestructura jurídica (Estado) y la ideología de las clases dominantes en la sociedad (Ibíd.:5)*

Para Antonio Gramsci, el concepto de sociedad refiere a la superestructura ampliando el concepto del Estado, ya que decía que al Estado había que verlo no solo en su dimensión dictatorial o coercitiva, si no que en su relación con los *“Aparatos ideológicos”* o *“aparatos de la hegemonía”*, es por eso que desde esta perspectiva, la supremacía de la clase dominante no se podía explicar solo por la fuerza, sino por su capacidad de generar consenso e imprimir dirección ético-política a la sociedad. En el Estado, de este modo habría que distinguir metodológicamente al menos el “momento de la fuerza” y el “momento del consenso”, la función de dominio y la función de dirección, o más precisamente aún, los aparatos de Estado en sentido estricto o “sociedad política” y los aparatos hegemónicos o “sociedad Civil”. (García 1983; 65)

Desde esta última perspectiva, la sociedad civil prolonga la acción del Estado, favoreciendo el autogobierno, organiza culturalmente las relaciones de dominio, difundiendo las “ideas dominantes” y constituye el “sentido común”, de las distintas instituciones, en estos sentidos contribuyen a la organización y estructuración de los actores sociales, aunque no sin conflictos porque la sociedad civil es también un campo de disputa esencial para provocar cambios sociales.

# **Marco Referencia**

## **Capítulo IV “Modelos de salud familiar con enfoque comunitario y atención primaria de salud”**

En este capítulo se hablara sobre las principales funciones de la atención primaria en salud en Chile y el modelo de atención que está funcionando en nuestro país.

**4.1.-Atención Primaria (APS):** Es la asistencia esencial basada en métodos y tecnologías, científicamente fundados y socialmente aceptadas, puestas al alcance de individuos, familias y comunidad mediante se plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. (Alma Ata 1978).

La APS forma parte del sistema de salud nacional, es la puerta de entrada a nivel local fortaleciendo al desarrollo social y económico global de las comunas del país, por lo que acerca la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, por lo que constituye la base de un proceso permanentemente de Asistencia Sanitaria. Dentro de las acciones de salud pública podemos encontrar: Diagnóstico, Prevención, Curación y rehabilitación, siempre a nivel primario (local) con enfoque comunitario.

El concepto salud- enfermedad ha evolucionado radicalmente con el tiempo. La salud, definida como un estado de bienestar físico, psicológico, y social, implica una declaración completamente distinta a solo la urgencia de enfermedades, por lo que ahora se habla de un Modelo Biopsicosocial de Salud y no de un Modelo Biomédico. En la actualidad hay un claro reconocimiento que los facto-

res que influyen directamente en la salud de las personas, familias y comunidades son las condiciones psicológicas, sociales económicas y políticas.

Para el mundo moderno, sigue siendo plenamente válida la definición incluida en la Declaración de Alma Ata, 1978. Parece indispensable citarla textualmente aquí: “Es el cuidado (o atención) esencial de la salud, basado en métodos y tecnología prácticos, científicos y socialmente aceptables, universalmente accesible a los individuos y las familias en la comunidad, a través de su plena participación y con un costo que la comunidad y el país puedan asumir en cada etapa de su desarrollo, en un espíritu de autosuficiencia y de autodeterminación. Forma parte integral, tanto del sistema nacional de salud, del cual es la función central y el foco principal, como del desarrollo social y económico total de la comunidad.

En el marco de la conceptualización del bienestar biopsicosocial, junto con el diagnóstico de la situación epidemiológica de salud del país, ha llevado a la necesidad de buscar nuevas formas de organización en el sistema de salud.

#### **4.2.- Proceso De Municipalización De La Salud:**

En 1980 se dictó el DFL. N° 1/3063, que permitió el traspaso de los establecimientos asistenciales de nivel primario a la administración municipal, este proceso se realizó entre 1981 y 1988, quedando en manos de la administración municipal la mayoría de los Consultorios Generales Urbanos y Rurales, Postas Rurales de Salud y Estaciones Médico Rurales, con este proceso de administración municipal se enmarca en la concepción de la descentralización como una de las estrategias para la reforma del sistema público de salud.

Para llevar a cabo este proceso se determinaron ciertos objetivos:

- Descentralizar al máximo la ejecución de las acciones de salud, llevándolas a nivel comunal, es decir, facilitar una administración, atendiendo a las características y diversidades de cada comuna.
- Mejorar el control y la fiscalización de establecimientos muy alejados de las jefaturas de las direcciones de los servicios de SNN
- Adecuar los programas de salud a las necesidades sentidas de la población
- Permitir la canalización de fondos municipales para la operación de establecimientos y mejorar su infraestructura
- Hacer posible una mayor participación en la base social
- Permitir una mejor integración multisectorial, en especial con los sectores más importantes como son educación, vivienda ambiental, etc.

La finalidad de esto era comenzar con la descentralización y así poder cambiar las estructuras de los gobiernos locales, dando más autonomía en la toma de decisiones en algunos aspectos como fue la administración de recursos de la atención primaria.([www.colegiomedico.cl/sistemasaludchile](http://www.colegiomedico.cl/sistemasaludchile))

En la actualidad dicho proceso se sustenta con las nuevas políticas de salud, ya que es el modelo de salud familiar con enfoque comunitario se trabaja a nivel de territorio local y es intervenido por los CESFAM para sí poder conocer la realidad de su territorio

3.4.-Normas para la administración municipal:

Se refiere al plan de salud comunal que debe realizar la comuna, el conjunto de actividades o la cartera de servicios que se ofrece a la comunidad a través de sus establecimientos, la coordinación de la red y un nuevo modelo de asignación de recursos y estímulo progresivo al aporte municipal, para los establecimientos bajo administración de esos organismos, el modelo per cápita, conforme a la población inscrita de la comuna, y que se regula mediante Decreto Supremo N° 2296 Reglamento General de la Ley 19378 se establece que:

“Las Entidades Administradoras de Salud Municipal formularán un Plan Anual de Salud Comunal, que será entendido como el programa anual de actividades formulado por la entidad administradora en base a las programaciones de los establecimientos respectivos”.

Este programa contendrá las estrategias de salud a nivel comunal enmarcadas en el plan de desarrollo comunal y en las normas técnicas del Ministerio de Salud y deberá contener a lo menos los siguientes aspectos: (Artículo N° 12)”:

1. Diagnóstico comunal participativo de salud actualizado, que considere las características geográficas (rural, urbana, accesos, etc.), de la población (demografía), factores condicionantes de la salud (características ambientales, económicas, socioculturales, de la atención de salud etc.), características del nivel de salud de la población.
2. Lineamientos de una política comunal de salud, que recoja los problemas locales de salud, en el marco de las normas técnicas y programáticas impartidas por el Ministerio de Salud y las prioridades fijadas por los Servicios de Salud respectivos.
3. Evaluación de las acciones y programas ejecutados anteriormente.

4. El escenario más probable para la salud comunal en el período a programar.

5. Asignación de prioridades a los problemas señalados, a partir del diagnóstico de salud y los recursos existentes y potenciales, en base a los criterios de magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad).

6. Determinación de actividades frente a cada problema priorizado, considerando en ellas: acciones de vigilancia epidemiológica, acciones preventivas y promocional es, acciones de carácter intersectorial que contribuyan a la ejecución de las actividades del programa, y acciones curativas. (MINSAL. 2013; 32)  
Con la finalidad de poder resolver los problemas de los territorios intervenidos.

#### **4.3.-Modelo De Atención Integral De Salud Familiar Y Comunitaria:**

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, ha sido definido como:

“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” (MINSAL; 2005)

Este modelo, describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y

promoción de la salud de las personas y comunidades acorde a mejoramiento de determinantes sociales de la salud: educación, vivienda, recreación entre otros.

Es así que el Modelo de Atención Integral de Salud, se ha conceptualizado de la siguiente forma:

*“Un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer - incluido el intersector - y la existencia de sistemas de salud indígena”. En este modelo, la Salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales”. (MINSAL; 2013)*

#### **4.3.- Principios del modelo de salud en Chile**

Los principios del Modelo de Atención Integral de Salud pueden estar contenidos uno dentro de otro, a través de los tres principios irrenunciables de la APS:

1.-Centrado en las Personas: Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definir las y priorizarlas,

para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto del equipo de salud como de los usuarios. En donde el eje del proceso de atención está centrado en las personas, “en su integralidad física, mental y social”. La persona es vista como un ser social perteneciente a una familia y una comunidad, en un proceso de integración y adaptación al medio físico, social y cultural.

2.-Integralidad de la Atención: El concepto de integralidad ha sido definido desde al menos dos aproximaciones complementarias, una referida a los niveles de prevención y la otra, a la comprensión multidimensional de los problemas de la personas. Es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Lo que quiere decir que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables.

3.-Continuidad del cuidado: La continuidad de la atención se puede definir desde la perspectiva de las personas que se atienden, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Desde la perspectiva de los Sistemas de Salud, corresponde a la continuidad clínica, funcional y profesional. La continuidad del cuidado significa brindar y resguardar el cuidado en distintos escenarios desde el domicilio a los centros hospitalarios. (División de Atención Primaria; 2013)



Figura 1. Principios del Modelo de Atención Integral de salud familiar y comunitaria (Departamento de APS MINSAL ,2005)

4. b.-Enfoques del modelo de atención Primaria de salud: Entre los enfoques prioritarios que orientan la atención en salud de las personas que se vinculan al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria están:

1.-El enfoque de Curso de Vida: surge como un propuesta que aportar en distintas disciplinas con la finalidad de examinar retrospectivamente las experiencias de vida de las persona, de una o de varias generaciones para conocer sus características sobre su estado de salud o enfermedad, reconociendo al mismo tiempo que las experiencias tanto pasadas como presentes están determinadas por el entorno social, económico y cultural.

Dentro de este enfoque también debemos hablar de género como un elemento esencial, ya que la naturaleza de la identidad de género, se refiere a las creencias, tanto a nivel individual como social, y cómo estas creencias afectan los pensamientos, sentimientos, conductas y tratos con hombres y mujeres. Es así como la Organización Panamericana de la Salud define “género” como una construcción social, un conjunto de roles, características de personalidad, actitudes, valores y relaciones de poder e influencia que cada sociedad asigna a cada sexo. El género se basa en las relaciones, y en ese proceso interactúa con el grupo étnico, la edad, la cultura y la posición socioeconómica. (OPS; 2010)

2.-El enfoque intercultural no solo aplica a los pueblos originarios desde el Ministerio de salud se define como; “un cambio de actitud y un cambio cultural en el sistema de salud, que permite abordar la Salud desde una perspectiva amplia y establecer otras redes de trabajo para proveer servicios acordes a las necesidades de los pueblos originarios, respetando la diversidad cultural.” (MINSAL; 2010)

En este mismo contexto, en términos generales, la ruralidad no debe entenderse como lo no-urbano (carencia de servicios médicos, asistenciales, u otros), sino más bien como una forma de cultura y de relaciones sociales particulares, la cual es esencial considerar al momento de gestionar y planificar las acciones en salud, en donde la atención primaria tiene un rol trascendental, cobrando especial relevancia una visión ética que incorpore la noción de los determinantes sociales de la salud, entendiendo que la causa más poderosa de los problemas de la salud, reside en las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas(minsal,2010).

Colocar la persona al centro de la atención sanitaria significa respetar sus modos de vida, lo que las personas consideran modos de vida deseables a nivel

individual y lo que esperan para sus sociedades, esto es, lo que las personas valoran, constituyen parámetros importantes para dirigir el sector de la salud.

Es por ello que la incorporación de un enfoque intercultural en salud, solo tiene significación, en la medida que los equipos de salud reconocen la existencia y visibiliza el modelo de atención los aportes de las culturas que coexisten en un territorio determinado. Esto significa principalmente, el reconocimiento explícito de un conjunto de percepciones y prácticas desde la cual los pueblos indígenas observan y resuelven los procesos de salud y enfermedad. (MINSAL; 2005)

3. c.-Población a cargo en los CESFAM: Para hacer realidad los principios del Modelo de Atención Integral de Salud, los equipos de Atención Primaria deben definir su población a cargo, entendida como las personas beneficiarias con la cual el Centro de Salud asume la responsabilidad de brindar y coordinar los servicios sanitarios orientados a mantener a la población sana, mejorar su nivel de salud y ser la puerta de entrada a la Red de Salud. El conocer a la población a cargo y todo su contexto, le permite anticiparse a la aparición de problemas, identificando vulnerabilidad, factores de riesgo y factores protectores (resiliencia).

4. d.-Sectorización: es relevante para los CESFAM sectorizar a la población ya que este es el espacio territorial donde habita un conjunto poblacional (personas/familias), que constituye la “población a cargo” que tiene un equipo de cabecera, en torno a la cual se desarrolla el trabajo en salud, con el objetivo principal de poder realizar un trabajo con enfoque familiar en forma más concreta conociendo la realidad misma del territorio determinado, y así poder “identificar de las necesidades, factores de riesgo y factores protectores de las familias,

permitirá al equipo gestor, acoger a las familias, potenciar sus capacidades y habilidades, e involucrar en la atención integral a otros actores en el territorio, cuando sea necesario”( ibid:37).

Se hace esencial conocer a la población con la que se trabaja en los CESFAM, ya que con ello se conoce la realidad propia de los territorios y así poder trabajar de forma focalizada en sus necesidades

## **Capítulo V**

### **“Reforma de Salud en Chile”**

En el contexto de la modernización de la gestión pública, a partir de 1997, el Ministerio de Salud se propone avanzar en el proceso de reforma sectorial a través de la reforma de los programas y estrategias de salud pública.

La adecuación del que hacer en salud y expectativas de la población, redundan en una mayor satisfacción tanto de los usuarios como del equipos de salud, mejorando la relación entre instituciones del sub sector público y la población, como parte de este proceso se determinaron problemas prioritarios de salud pública del país, también las Secretarías Regionales Ministeriales realizaron una priorización local de sus realidades.

#### **5.1.-Actual Reforma de la Salud en Chile:**

El 21 de mayo del 2002 el Presidente Ricardo Lagos anuncia, en su discurso ante el Congreso Nacional, la Reforma a la Salud, la que es absolutamente necesaria en Chile, ya que a través de ella se perfecciona y adecua el sistema de salud dependiendo de las necesidades epidemiológicas y sanitarias del momento.

Los sistemas de salud en el mundo se desarrollan en paralelo al resto de fenómenos sociales, económicos, culturales y políticos. Al analizar los principios fundacionales coincidirán con las ideas predominantes de la sociedad y clase política de ese momento. Y Chile no es la excepción.

Por lo que las Reformas de Salud, pueden ser definidas como procesos orientados a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias, niveles y funciones del sector, a través de estrategias y acciones, con el fin último de satisfacer mejor las necesidades de salud de la población.

En efecto los procesos de reforma han marcado los sistemas de salud en la mayoría de las regiones del mundo, durante al menos las últimas dos décadas. Los contenidos de las reformas propuestas, y los procesos en sí, se han desarrollado, en relación a características particulares de cada región y país, y acorde con el contexto político, económico y social de cada uno. Aún a pesar de esto, se observan características comunes entre distintas regiones y países en el mundo, que responden fundamentalmente a los modelos económicos imperantes durante estas décadas, y a las reformas del Estado en su conjunto, que ellos conllevan

En términos generales, las razones que han impulsado los procesos de reforma del sector salud, pueden agruparse en ámbitos comunes, a saber:

- a) Aspectos relacionados con características de la población, como cambios demográficos, necesidades de salud cambiantes y expectativas crecientes por parte de la ciudadanía.
- b) Aspectos relacionados con los sistemas de salud existentes, como costos crecientes, cambios tecnológicos, eficacia y eficiencia.

c) Aspectos ideológicos, relativos a la conveniencia de ciertos principios económicos en la organización de los sectores de seguridad social en general, y en salud en particular, como por ejemplo mercados, y el incentivo a la competencia.

d) Finalmente, se observa un ámbito a nivel normativo, como es la disminución de las desigualdades del estado de salud y la equidad/inequidad frente a la satisfacción de las necesidades de salud de los diferentes grupos de población, entre otros.(minsal:2007)

## **5.2.-Pilares fundamentales de la Salud en Chile:**

En la revista Reforma de la Salud en Chile del Ministerio de Salud (2004) nombra los pilares fundamentales sobre los cuales descansa la Reforma de Salud que pueden resumirse en los siguientes:

**1.- Derecho a la salud:** la salud de todas las personas es un derecho esto quiere decir que toda persona residente en el territorio nacional independiente de su sexo, edad, etnia, preferencia sexual e ingreso debe constar con un mecanismo de protección social y con acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna. (Reforma de la Salud en Chile: 22)

**2.-Equidad en salud:** es un imperativo moral que está en la raíz de la voluntad de reformar. La reforma propone reducir las desigualdades evitables e injustas, por la vía de otorgar mayores niveles de protección social y acceso universal a la atención en salud. (Ibid.22)

**3.-Solidaridad en salud:** entendida como el esfuerzo intencionado que hace la sociedad chilena para que los más vulnerables tengan iguales garantías que los más favorecidos. Igualar garantías implica que los sanos solidarizan con los enfermos, los hombres con las mujeres, los jóvenes con los de personas de la tercera edad y los ricos con los pobres.

**4.-Eficiencia en uso de recursos:** para poder materializar los valores de equidad y solidaridad en salud, de forma que los ciudadanos puedan hacer efectivo su derecho a la misma es necesario alcanzar un alto nivel de eficacia en el uso de recursos que crecientemente se invertirán en el sector, esta mejora se alcanzará a través de la gestión, que involucra tanto los ámbitos de recursos humanos y financieros; como a los propios beneficios en lo referentes a una mejor focalización y usos de los subsidios en salud.(ibid:23)

**5.-Participación en Salud:** la participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de las políticas y programas sectoriales, constituye una dimensión importante en la vida cívica democrática. Implica reconocer a las personas como usuarios y ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe dar cuenta de la calidad, efectividad y oportunidad de servicio, así como el uso eficiente de recurso. Permite, así mismo que los ciudadanos expresen sus preferencias y expectativas respecto al sistema de salud y las correspondientes políticas públicas. (Ibíd.: 23)

De lo anterior podemos decir que para continuar con el empeño de avanzar al bienestar de la población, en especial respecto a las desigualdades existentes, se han propuesto cambios sustantivos a través de la Reforma del Sistema de Salud más acordes con los cambios demográficos y epidemiológicos y las necesidades de salud que enfrenta el país, así como también, frente a los problemas del sistema de salud, y las inequidades evidenciadas. Con esta meta

fundamental, en base a los objetivos sanitarios y los grandes objetivos planteados por la Reforma, se han definido estrategias y acciones materializadas en las cinco leyes promulgadas entre los años 2003 y 2004.

### **5.3.-Leyes Que Respaldan La Nueva Reforma De Salud En Chile:**

► **Ley N° 19.888**, de 2003, conocida como la “Ley de Financiamiento”, publicada en el Diario Oficial el día 13/08/2003 que, entre otras medidas, considera alzas del IVA y de impuestos específicos para financiar dos importantes iniciativas en materia social: el Plan de Salud con Garantías Explícitas (Auge) para todos los beneficiarios del FONASA y el Programa Chile Solidario, que busca ofrecer nuevas oportunidades de desarrollo e inserción social y productiva a las familias indigentes.

► **Ley N° 19.895**, de 2003, conocida como la “Ley Corta de ISAPRES”, publicada en el Diario Oficial el día 28/8/2003 y que, entre otras materias, instruye sobre las normas de solvencia que deben cumplir las Instituciones de Salud Previsional y sobre las transferencias de cartera que pueden ocurrir entre éstas.

► **Ley N° 19.937**, de 2004, conocida como la “Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión”, publicada en el Diario Oficial el 24/02/2004, mediante la cual se fortalecen las potestades de conducción sanitaria del Ministerio de Salud, así como las de regulación y fiscalización, las que entrega a organismos especializados. Crea nuevos instrumentos para una mejor gestión de la Red Asistencial, como mayores atribuciones para los directivos de los establecimientos e incentivos financieros para el personal.

► **Ley N° 19.966**, de 2004, conocida como la “Ley del Auge”, publicada en el Diario Oficial el 03/09/2004 que, en lo principal, establece un plan de salud obligatorio para el FONASA y las ISAPRES (el Régimen de Garantías o Plan Auge), consistente en confirmación diagnóstica y tratamientos estandarizados para un conjunto de enfermedades priorizadas por su alto impacto sanitario y social, y define garantías explícitas y exigibles de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera.

► **Ley N° 20.015**, de 2005, conocida como la “Ley Larga de ISAPRES”, publicada en el Diario Oficial el 17/05/2005 y que, entre otras materias relativas al funcionamiento del Sistema ISAPRES, regula el proceso de adecuación anual de contratos, las alzas de precios, las tablas de factores y establece el Fondo de Compensación Solidario para el GES entre las ISAPRES. (Superintendencia de salud: 4)

Los objetivos centrales planteados por la Reforma de la salud en Chile se refieren a:

- a) Mayor equidad en el acceso y calidad de los servicios de salud;
- B) Eficacia en las acciones realizadas
- C) Adecuada protección financiera frente a los eventos de enfermedad
- D) Mayor y mejor respuesta a las expectativas de la población;
- E) Mayor participación de la población.

## Capítulo VI

### “Marco Jurídico Legal de la Participación Ciudadana”

En este capítulo hablaremos sobre la Ley de Participación Ciudadana, el 4 de Febrero del año 2011 el durante el Gobierno de Sebastián Piñera, se promulgó la Ley 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública publicada en el Diario Oficial el 16 de febrero del mismo año. Dicha ley introduce modificaciones de la Ley N°18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, señalando en su artículo 70 que: Cada órgano de la Administración del Estado deberá establecer las modalidades formales y específicas de participación que tendrán las personas y organizaciones en el ámbito de su competencia.

Dicha Ley establece la institucionalización de la participación ciudadana en la gestión pública y además determina el marco referencial de la asociatividad en Chile. En este sentido, la Ley 20.500 establece en su Título V “Disposiciones Transitorias”, que lo anterior deberá traducirse en la dictación de una Norma de Aplicación General, dentro del plazo de seis meses contado desde la fecha de publicación de la ley. Por tanto, la dictación de esta norma debe producirse a más tardar el día 16 de agosto de 2011.

#### **6.1.-Aproximación histórica de la Participación en Salud en Chile:**

En Chile la primera política nacional orientada a la participación comunitaria en salud es realizada durante el gobierno de Eduardo Frei Montalva, el año 1967 se crean los Comités o Consejos de Salud (Hevia, Patricio. Participación de la comunidad en Salud: Algunas Experiencias Latinoamericanas 1961-1991). De

manera que el Servicio Nacional de Salud colaboró en la articulación de equipos de salud y comunidad.

Es en el periodo de la Unidad Popular donde se observa el mayor crecimiento de estas instancias; pasando de 80 Consejos Comunitarios en 1970 a 269 Consejos Locales y 207 Consejos Paritarios en el lapso de dos años,( Di Silvestre, M. Participación Comunitaria en Salud: La experiencia de los Grupos de Salud de la zona oeste),lo que muestra un crecimiento explosivo, coherente con el crecimiento y multiplicación de las esferas de participación en el Estado por parte de la comunidad en esos años, y por el fuerte enfrentamiento político que se libraba en ese tiempo.

En el periodo de la dictadura, estos espacios fueron desarticulados, porque se veía en ellos posibles fuentes de conflicto para el proceso de restauración, en un primer momento de la dictadura, y posteriormente como espacios que podrían dificultar la implementación de políticas de ajuste estructural en el periodo de la revolución neoliberal.

En los años noventa, con gobiernos democráticos en el poder, la participación social fue parte de los cambios al sistema principalmente a través de la creación del Plan Nacional de Promoción de la Salud. Sin embargo, algunas de las evaluaciones realizadas a dicho plan han señalado que la existencia de distintas concepciones respecto de lo que significa la participación social es uno de los principales obstáculos para su implementación. Sobre todo, en los últimos gobiernos del bloque político Concertación de Partidos por la Democracia, es decir, gobiernos de Ricardo Lagos y Michelle Bachelet, la dedicación por políticas públicas al respecto se intensificó y consiguió ser parte central, a la vez, de los procesos de modernización del Estado chileno.

El año 2000 se genera un nuevo hito en relación a la participación ciudadana cuando el Presidente de la República envía a los ministerios el “Instructivo Presidencial sobre Participación Ciudadana”, en donde se establece que “La participación ciudadana es una dimensión fundamental de todo sistema democrático, pues contribuye a que los derechos y deberes institucionalmente establecidos sean efectivamente reconocidos y ejercidos” (Gobierno de Chile. Instructivo Presidencial Sobre Participación Ciudadana. Oficio N° 030 del 07-12-2000).

Para el Ministerio de Salud, este instructivo se operacionaliza en los siguientes compromisos para el año 2000-2001 (Anexo Instructivo Presidencial. Compromisos Ministeriales de Participación Ciudadana en Políticas y Programas Públicos 2000-2001):

1. Hacer una reforma de salud con la más amplia participación ciudadana, por una salud solidaria, equitativa, de calidad, oportuna y eficiente.
2. Mejorar la participación en la gestión de los establecimientos de salud.
3. Fortalecer las redes de organización sociales de salud y la incorporación a los Consejos Vida Chile.
4. Impulsar la corresponsabilidad ciudadana en el cuidado de la salud y la construcción de ambientes más saludables, fortaleciendo la participación en los Planes Comunales de Promoción de la Salud.

En el gobierno de Ricardo Lagos Escobar, específicamente en el año 2002, se planteó la realización de una gran Reforma en el sistema de salud chileno, la cual colocaba, como principio orientador supremo a la participación social en salud, para que la población tuviera mayor y mejor acceso a los tratamientos de

enfermedades, se redujeran los tiempos de atención, se ampliara la red de establecimientos de salud: *“mediante la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión se establece la participación de representantes de la comunidad en la integración del Consejo Consultivo, la función de este consejo es establecer un nexo entre la gestión de los establecimientos de salud y las necesidades que la comunidad identifica en el ámbito de la salud*(Méndez, Claudio y Venegas López, Jairo 144.)

Durante el primer gobierno de Michelle Bachelet entre el año 2006 y el 2010, se reconfiguró el valor de la participación social lanzando la Agenda Pro Participación, durante su primer año de gobierno, en la cual estipulaba que el marco programático de su gestión estaría marcado por el énfasis en el diálogo participativo, la rendición de cuentas y el control social.

En el gobierno Sebastián Piñera en el año 2010, los lineamientos de participación social en salud se configuran como mecanismos para el ejercicio de los derechos de las personas y comunidades y para la incorporación de la opinión de las y los usuarios y comunidades en la Gestión de Salud, se realiza la siguiente salvedad: “La participación social debe transitar desde un modelo paternalista que asegura la información y acceso a la oferta de servicios a uno consultivo, que recoge y considera las demandas, expectativas y propuestas de las personas y sus organizaciones, para llegar a ofrecer espacios deliberativos para incidir directamente en la toma de decisiones en materias que afectan directamente a las personas y comunidades” (www.minsal;2012).

## **6.2.-Ley 20500 Sobre Asociaciones Y Participación Ciudadana En La Gestión Pública.**

Esta ley se publica y promulga con fecha 04 de febrero de 2011, la cual señala nuevas exigencias en el campo de la participación ciudadana, tanto en el ámbito local como en el central de la Administración del Estado, reconociendo el derecho de las personas para asociarse libremente en la consecución de fines lícitos, y señala el deber del Estado en promover y apoyar las iniciativas asociativas de la sociedad civil.

Se crea un Registro Nacional de Personas Jurídicas Sin Fines de Lucro (Ministerio de Justicia / Registro Civil), se establece el Fondo de Fortalecimiento de las Organizaciones de Interés Público, señala su procedimiento y la constitución del mismo, esta ley modifica la ley N°18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, se crea el Consejo Comunal de organizaciones de la sociedad civil, en reemplazo de los anteriores CESCOS, perfecciona la ordenanza municipal de participación ciudadana, entre otros elementos.

### **6.2.1.a)-Principales elementos de la Política**

- a) En concordancia con la Ley 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública, en la cual se establece que la misión de dicha ley es:
- b) “Fomentar la participación ciudadana para promover una cultura de corresponsabilidad, fortaleciendo los espacios de comunicación entre el gobierno y la ciudadanía, aumentando la transparencia, eficacia, eficiencia y efectividad de las políticas públicas”.

Los objetivos estratégicos de la Política son:

- 1) Fortalecer las organizaciones de la sociedad civil, promoviendo una cultura de corresponsabilidad.
- 2) Promover y orientar las acciones de participación ciudadana hacia el mejoramiento de la eficacia, eficiencia y efectividad de las políticas públicas.
- 3) Mejorar y fortalecer los canales y espacios de información y opinión de la ciudadanía, promoviendo una respuesta de calidad y oportuna de parte de los órganos de la Administración del Estado
- 4) Promover el control ciudadano de las acciones desarrolladas por los organismos públicos

Los ejes de esta Política se enmarcan bajo la noción de corresponsabilidad a través de:

- 1) Información y Consulta a la Ciudadanía:
  - a) Entregar información de calidad y en forma oportuna.
  - b) Espacios y canales para incorporar la opinión ciudadana.
  - c) Generar respuestas de calidad y en plazos adecuados

**6.2.2.-Ley N°20.584. Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, inicio vigencia 1 de octubre 2012.** En su artículo 30 señala *“por medio del Ministerio de Salud, con consulta a las instancias de participación creadas por ley, se reglamentaran los procedimientos para que los usuarios ejerzan estos derechos, y el plazo y la forma en que los prestadores deberán responder o resolver según el caso”.*

**6.3.-Estrategias de Participación en APS:** Los mecanismos de participación en salud se deben diseñar conociendo el contexto donde se va a actuar, para eso se debe conocer la realidad, las características de la población, sus contextos culturales, las experiencias previas que se han realizado.

Actualmente las formas de participación que se desarrollan en Chile son:

**6.3.1.-Los consejos de Salud (CCS) o Consejos De Desarrollo Local En Salud (CDL):**

En el marco de la modernización de la gestión pública, la participación es concebida como una estrategia básica para la consolidación del sistema democrático por lo que el ministerio de salud los define como “*Son instancias asesoras de la dirección de los establecimientos de salud, en aspectos vinculados con la gestión y que desarrollan funciones de tipo informativo, propositivo, promotor, consultivo, evaluativo y decisorio*”. (MINSAL 2013; 90)

Se caracterizan por estar integrados por representantes del personal de salud (gremios y estamentos) y comunidad organizada (juntas de vecinos, organizaciones funcionales, organizaciones comunitarias de salud, voluntariados, organizaciones de trabajadores, ONG, iglesias, instituciones públicas y privadas, comercio u otras con asentamiento local).

El principal Propósito de crear los CDL fue “*Crear estilos de gestión participativa que posibiliten la participación de la comunidad y los equipos de salud en el diseño, ejecución y evaluación de los planes y programas del sector*.” (Ibíd.)

Con la finalidad de fortalecer la acción comunitaria para facilitar que los usuarios y la comunidad participen en la toma de decisiones sobre los asuntos de

salud que les afectan, para así impulsar una efectiva acción intersectorial orientada a la promoción de salud, la calidad de vida y al fortalecimiento de una red de protección social.

### **6.3.2.-Los consejos de desarrollo local en Salud De La Comuna De La Florida:**

Desde el año 2006 cada Centro de Salud Familiar de la comuna incorpora en su programación la formación de los Comités Consultivos de Usuarios de Salud (CCU), durante el 2011 la orientación desde el Servicio de Salud, focaliza a las organizaciones de usuarios organizados, proporcionando además atribuciones tendientes a mediar entre la comunidad y el Centro de Salud, incluyendo además a la programación, acciones desde los Consejos de Desarrollo Local (CDL).

Los CDL han participado durante el año 2011 y 2012, en reuniones y capacitación dirigidas desde el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente a través del Departamento de Participación Social y colaboran en la elaboración del “Protocolo de Atención a Usuarios” y difusión de la Ley de Deberes y Derechos.

El plan de salud del año 2013 describe cómo ha ido avanzando la comuna de la florida en lo que respecta a la participación Social , a la fecha la Comuna de La Florida cuenta con 9 Consejos de Desarrollo Local funcionando activamente, con planes de trabajo anuales y participan en las actividades de promoción, participación social e incorporación en las comisiones de trabajo para el diseño del Plan Anual de Salud, incluyendo el análisis y colaboración en el cumplimiento de las metas sanitarias para el sector salud.

El año 2011 se cumplió el 100% de los planes de los Consejos de Desarrollo Local, cumplimiento que se mantiene en el año 2012 y se agrega la personalidad jurídica para el 100% de los CDL, lo que les ha permitido generar sus propios recursos para potenciar su aporte a la red de salud, le otorga mayor autonomía y les ha permitido una gestión propia de recursos e iniciativas comunitarias. (Plan salud 2013; 178)

Cabe señalar que los Consejo de Desarrollo Local (CDL) son organismos asesores de la dirección de los establecimientos de salud y su constitución es con representantes de los usuarios, de la comunidad local organizada, de las organizaciones de trabajadores y representantes del personal de salud, en la perspectiva de ejercer el control social sobre la gestión de salud comunal.

**b).-Los objetivos de los CDL son los siguientes:**

- a) Colaborar con el diagnóstico de salud de la población.
- b) Informar a los usuarios y comunidad sobre el funcionamiento del establecimiento.
- c) Recoger opiniones e iniciativas de la comunidad y del personal de salud para mejorar la calidad de atención y satisfacción usuaria.
- d) Participar en la formulación, implementación y evaluación de los planes de desarrollo del establecimiento.
- e) Impulsar acciones de trabajo conjunto entre equipo de salud y comunidad.
- f) Movilizar recursos financieros y otros aportes de la comunidad.
- g) Contribuir al compromiso de los ciudadanos con el fortalecimiento del servicio público de salud, la promoción de la salud y el desarrollo local.

Para facilitar el cumplimiento de estos objetivos y el acceso a la información, en cada establecimiento se han ido fortaleciendo y desarrollando las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS), como un espacio de participación social, de canalización de la comunicación con la comunidad, la contribución a la satisfacción usuaria y calidad de la atención de salud. Es así que las OIRS se transforman en un importante dispositivo para detectar puntos críticos en la atención de los usuarios y usuarias, fortaleciendo el trato como un área importante a trabajar con los equipos de salud.

**6.3.3.- Diagnósticos Participativos:** Es el proceso conjunto, entre la comunidad y los equipos de salud, que permite identificar y explicar los problemas que afectan a la población de una realidad social, sea esta un territorio o localidad acotada, dentro de la jurisdicción del establecimiento de salud. Su propósito es obtener información acerca de los problemas, necesidades, recursos y oportunidades de desarrollo en las comunidades ya que con esto se puede conocer mejor el lugar donde se vive, se identifica y conoce la realidad particular de una comunidad específica, se puede priorizar los problemas con un criterio consensuado por la comunidad y el equipo de salud, facilitar a la comunidad el tomar conciencia de los problemas de salud que los aqueja, la creación de espacios para la organización y la participación de toda la comunidad, identificar las fortalezas y oportunidades de la comunidad, también define un punto de partida, se diseñar un plan de trabajo y hacer un seguimiento de este ya que la información que se obtiene de un diagnóstico participativo permite priorizar y articular los recursos.

El diagnóstico participativo se puede realizar en cualquier época del año y este lo debe realizar el equipo de salud local en conjunto con la comunidad, para así motivar a los usuarios de salud con el fin de lograr un real compromiso de ellos.

**6.3.4.-Oficinas de Información, reclamos y sugerencias (OIRS) y Satisfacción usuaria:** Estas oficinas se encuentran ubicadas en todos los establecimientos de la red asistencial de salud. La Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias, OIRS, se encuentra presente en todos los servicios públicos, reciben y canalizan las solicitudes, reclamos y sugerencias de todos los usuarios y usuarias. Su propósito es contribuir al mejoramiento de la atención de los usuarios y las usuarias en los establecimientos de salud, facilitando el acceso a la información sobre el funcionamiento y los servicios otorgados por el sistema de salud y otros órganos, servicios o empresas del Estado, resguardando los derechos en salud de los ciudadanos y ciudadanas(MINSAL 2013,98).

**6.3.5.-Mapas Epidemiológicos y de recursos comunitarios:** este mapa, también llamado croquis del área de influencia es una representación gráfica de las principales características del territorio y población bajo la responsabilidad de un centro de salud o un sector del mismo. (MINSAL 2005).

Tiene como propósito Identificar gráficamente el territorio, las viviendas, familias e instituciones relevantes de la comunidad y la forma de acceso hacia ellas, constituir un instrumento de vigilancia epidemiológica de riesgo y/o daños en salud identificados por la comunidad y el equipo de salud. Y con esto poder programar el trabajo de terreno del equipo de salud, aplicando enfoque de riesgo.

**6.3.6.-Diálogos Ciudadanos:** El Dialogo Ciudadano es una instancia que tiene por objetivo generar una cultura de escucha y decisión activa en el marco de las políticas públicas, incorporando criterios de co- responsabilidad con el fin de ampliar la base de legitimidad de las mismas. La comunidad de usuarios de los

servicios públicos de la Red de Salud, expone sus consultas y temas de interés a las autoridades, generándose un espacio de discusión participativa que busca alcanzar acuerdos y compromisos, los cuales son informados públicamente para su ejecución y seguimiento. En la Comuna de La Florida, se realizó en el mes de Septiembre de 2013 el diálogo primer dialogo organizado por los dirigentes de CDL, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y el área de Salud de COMUDEF, su diseño metodológico estuvo centrado en Mesas de trabajo temáticas constituidas por usuarios y dirigentes, y la participación de las autoridades invitadas referentes de los temas abordados.

En el año 2014 en la Comuna de la Florida en conjunto con los CDL se llevó acabo la primera Jornada de Elaboración Plan de Salud 2015, con la finalidad de realizar un proceso participativo e inclusivo, donde puedan interactuar los principales actores que son parte en la gestión local de salud.

## Capítulo VII “Comuna De La Florida”

La comuna de la florida se encuentra ubicada en el sector sur oriente de la de la capital de Chile, tiene una población de 327.402 habitantes, cuenta con 9 Centro De Salud Familiar con Enfoque Comunitario

### 7.1.-Características De La Comuna:

**Límites:** Los límites comunales están señalados en el DFL N° 1-3260 de 1981, Publicado en el Diario Oficial el 17 de Marzo de 1981 y corresponde a:

Norte: Avenida Departamental, desde Av. Vicuña Mackenna Poniente hasta la Quebrada de Macul; Quebrada de Macul, desde Av. Departamental hasta su origen.

Sur: La línea de cumbres de los cerros Santa Rosa del Peral, desde la cota 2251 hasta el Canal San Carlos, junto a la puntilla del cerro Chequén, pasando por el trigonométrico cerro Santa Rosa. El camino que continúa hacia el oriente de Avenida Trinidad y su prolongación en línea recta, desde el canal San Carlos, junto a la puntilla del cerro Chequén, hasta Avenida La Florida.

Oriente: La línea de cumbres que limita por el oriente y sur la hoya de la Quebrada de Macul y el cordón Las Minillas, desde el origen de la Quebrada de Macul hasta la cota 2251 de la carta del Instituto Geográfico Militar escala 1/50.000.

Poniente: Se inicia en Vicuña Mackenna en el cruce con Avenida Departamental, hasta la intersección con calle Punta Arenas hasta Trinidad, con dirección poniente hasta el cruce con Bahía Catalina hasta San Manuel en dirección poniente y finaliza en calle La Serena con Elisa Correa.

**Superficie:** La superficie de la comuna abarca un área total de 7.020 hectáreas, lo que equivale a 70.2 km<sup>2</sup>. De este total 3.433 hectáreas, corresponden a superficie urbana (48,9%), la que ha aumentado considerablemente en las últimas 4 décadas,

**Geografía:** Geográficamente la comuna se encuentra emplazada en la cuenca de Santiago y está conformada por dos unidades claramente diferenciadas: El Piedemonte y La Depresión Intermedia.

**Población:** en la siguiente tabla muestra como la comuna de la Florida ha variado desde en los últimos 12 años.

Tabla N° 1: muestra la variación de la Población. A nivel País, Región Metropolitana y Comuna de La Florida

COMUNA	Población Censo 1992	Población Censo 2002	Proyección 2012	Variación Intercensal (2002 y 2012)
País	13.348.401	15.116.435	17.398.632	15.1%
Región Metropolitana	5.257.937	6.061.185	7.007.620	15.6%
Comuna de La Florida	327.402	365.674	397.497	8.7%

Fuente: Censo 1992, 2002 y proyección 2012. Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

La variación experimentada a nivel comunal en el periodo intercensal (1992-2002) fue de un 11.7%. Sin embargo se produce una disminución del ritmo de crecimiento de la población en el periodo intercensal (2002-2012) a un 8.7%.

**7.2.-Indicadores De Salud En La Comuna De La Florida:** A nivel nacional, el acceso de las personas a los servicios de salud está determinado por el tipo de

seguro al cual están afiliados. En el año 2011 el 81% de la población a nivel nacional pertenece al seguro público y el 12,9% a seguros privados (ISAPRES).

La tabla N\*2, muestra la cantidad de personas que están validadas por FONASA y por las otras instituciones de salud.

Sistema Previsional	2003	2006	2009	2011	%Según Territorio 2011		
					Comuna de La Florida	Región Metropolitana	País
Públicos	242.407	248.993	250.463	248.293	62,7	75,0	81,0
ISAPRES	97.447	102.142	79.850	108.025	27,3	18,7	12,9
Particulares	48.181	42.721	58.756	39.906	10,1	6,2	6,1
<b>Total</b>	<b>388.035</b>	<b>393.856</b>	<b>389.069</b>	<b>396.224</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de DESARROLLO SOCIAL.

**7.2.1.-Población Inscrita En Los Centros De Salud De La Comuna:** La tabla N \*3: muestra la evolución de los inscritos validados por Centro de Salud. Comuna La Florida, desde el año 2000 al 2013.

EVOLUCIÓN INSCRITOS VALIDADOS COMUNAL										
Año	Bellavista	Los Castaños	Los Quillayes	Villa O'Higgins	Maffioletti	Santa Amalia	Trinidad	La Florida	José Alvo	Total
2000	38.217	27.205	45.976	38.487	35.166					185.051
2001	44.195	32.774	45.976	44.575	45.888					213.408
2002	49.705	32.763	57.452	46.011	49.997					235.928
2003	51.749	33.113	61.514	48.069	53.695					248.14
2004	50.901	32.854	60.065	48.784	54.982					247.586
2005	60.64	37.638	64.82	52.252	64.878					280.228
2006	62.319	40.907	68.273	52.711	69.085	11.778				305.073
2007	60.958	40.835	64.627	47.67	67.132	25.022				306.244
2008	55.367	38.35	58.255	40.498	62.525	30.864	8.697	341		294.897
2009	54.317	36.184	61.107	40.3	67.131	32.222	12.136	11.239		314.636
2010	52.824	34.364	58.267	39.96	64.058	35.671	14.675	15.578		315.397
2011	52.833	32.936	56.415	39.482	63.433	38.608	16.933	19.580		320.220
2012	49.481	31.674	52.542	39.024	43.421	41.742	17.771	23.792	11.884	311.331
2013	46.043	29.483	49.530	36.750	38.319	40.097	19.219	24.294	16.301	300.036
Variación Porcentual 2012/2013	-6.95%	-6.92%	-5.73%	-5.83%	-11.75%	-3.94%	8.15%	2.11%	37.17%	-3.63%

FUENTE: FONASA 2014

La población inscrita validada por FONASA para el año 2013 es de 300.036 personas, lo que representa una disminución en el número de inscritos en la comuna con respecto años anteriores.

### 7.3.-Red Comunal De Salud:

La Red Asistencial de la comuna está constituida por el conjunto de establecimientos públicos que forman parte del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente y los establecimientos municipales dependientes de la Corporación Municipal de La Florida y las instituciones privadas con las cuales se mantienen convenios de prestación de servicios complementarios para resolver la demanda de atención y aumentar la resolutivez de los servicios de salud municipal.

La atención de especialidades se realiza a través de la Red de Salud, cuyos principales establecimientos son:

- El Complejo Asistencial del Hospital Dr. Sótero del Río y Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT).
- El Hospital de La Florida Dra. Eloísa Correa y el Centro de Referencia de Salud San Rafael.
- Hospital Barros Luco Trudeau (Urgencia de Psiquiatría).
- 

La comuna de la florida está conformada por los 9 centros de salud familiar

- Centro de Salud Familiar Bellavista
- Centro de Salud Familiar Villa O'Higgins
- Centro de Salud Familiar Los Castaños
- Centro de Salud Familiar Los Quillayes
- Centro de Salud Familiar Maffioletti
- Centro de Salud Familiar Santa Amalia
- Centro de Salud Familiar Trinidad
- Centro de Salud Familiar La Florida
- Centro de Salud Familiar José Alvo

A demás de los Servicio de Atención Primaria de Urgencia. (SAPU) que son establecimiento de salud que ofrece atención a las necesidades de urgencia y emergencia de baja complejidad, que se emplaza adosado a un Centro de Salud de Atención Primaria o en un local anexo, y de los Servicio de Atención Médica Continua (SAC). El Servicio de Atención Médica Continua es una iniciativa Municipal que surge el año 1998, para responder a la demanda de atención médica de nuestros usuarios y tiene como propósito resolver oportunamente las necesidades de atención de salud de personas enfermas, a través de la continuidad de la atención médica a un rendimiento más alto a lo habitual y cuyo objetivo es resolver las consultas médicas que no pueden ser satisfechas a través de la oferta habitual de horas médicas.

También cuentan con los centros de apoyo en salud mental y apoyo escolar :

- Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM), es un establecimiento ambulatorio dependiente de la Red de Salud Comunal, encargado de otorgar los servicios de salud mental y psiquiatría integral a las personas y familias con trastornos de salud mental en todas las etapas del ciclo vital, con enfoque familiar y comunitario que no pueden ser resueltos a nivel de los centros de salud de la comuna.
- Centro Comunitario del Adolescentes Suyai, es un establecimiento ambulatorio dependiente de la Red de Salud Comunal, encargado de otorgar los servicios de salud mental y psiquiatría integral a adolescentes.
- Centro de Salud Integral Escolar (SIE), es un establecimiento ambulatorio dependiente de la Red de Salud Comunal, encargado de otorgar los servicios de salud mental y psiquiatría infantil.
- Hospital de Día para Patología Dual “ALSINO”: es un establecimiento de salud mental, que tiene como rol la alternativa de hospitalización de pacientes con enfermedades graves de salud mental con patología dual y que cuentan con red social de apoyo, y como seguimiento y continuidad de los cuidados y rehabilitación con la finalidad de acortar el tiempo de internación. Recibe a las personas con trastornos de salud mental derivados por el equipo de salud mental y psiquiatría ambulatoria, Centro de Salud Mental Comunitario (COSAM) y psiquiatría ambulatoria de la red asistencial.

Y con unidades de apoyo como son:-

Laboratorio Comunal: Es un establecimiento dependiente de la Red de Salud de la Corporación Municipal, cuyo rol es el análisis de exámenes clínicos y procesos analíticos para el apoyo diagnóstico establecido en la canasta de exámenes del primer nivel de atención, principalmente aquellos del área de Hematología, Química Clínica y Microbiología, Hematología, Química Clínica y Orinas y la Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO): Brinda atención especializada que permite aumentar la capacidad resolutive comunal y disminuir las listas de espera, entregando una solución oportuna a las necesidades de atención oftalmológica de la población.

- Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF), establecimiento dependiente de un Centro de Salud Familiar de la Corporación Municipal, con base comunitaria, que trabaja con la población inscrita en el establecimiento de salud, ejecutando acciones de promoción, prevención y de atención de salud integral con enfoque familiar y comunitario de la población asignada, a cargo de un equipo de cabecera o de sector.(Plan de salud 2014.pág.18 )

#### **7.4.-Los objetivos de la Red de Salud Comunal de La Florida son los siguientes:**

1. Mejorar el nivel de salud de las comunidades a través de acciones integrales, oportunas, proactivas, de calidad y resolutivas, que favorezcan promover estilos de vida saludables, el auto cuidado y la satisfacción de las necesidades sanitarias, basado en el respeto mutuo y la responsabilidad compartida, liderado por un equipo entusiasta y comprometido.

2. Garantizar la atención de salud de calidad a la población y continuidad de los servicios, el cumplimiento de las normas técnicas y las acciones tendientes a mejorar la satisfacción usuaria.
  
3. Gestionar, administrar y controlar el uso eficiente de los recursos destinados a las acciones de salud (humanos, materiales, infraestructura, equipos, equipamiento, medicamentos, insumos, etc.).(Plan de salud 2014.pág 15)

## **III PARTE**

### **Análisis de los resultados**

## **Capítulo VIII**

### **Resultados De La Investigación**

#### **“Procesos de Participación”**

El análisis de contenido recogido en esta investigación, corresponde a las entrevistas semiestructuradas individuales realizadas a Directores y encargados/as de Participación y promoción de la comuna de la Florida y a entrevistas grupales realizadas participantes de los Consejos de salud de la comuna de distintos CESFAM de la Comuna de la Florida.

Para poder realizar esta investigación se entrevistó a distintos dirigentes y actores involucrados en la participación de los consejos de desarrollo local en salud participación en los CESFAM de la comuna de la Florida

Para realizar dicho análisis se debe realizar una matriz de variables y realizo categorización para poder ordenar la información, comenzare analizando el Proceso de Participación tanto como llegan a participar de los CDL y cuáles son las principales motivaciones de participar de ellos:

a) **Proceso de participación:** principales motivación de participar de los consejos de desarrollo local en salud, entendiendo la motivación como la voluntad de participar de acuerdos a los intereses, metas expectativas y necesidad que tiene la persona.

Para Hopenhayn (1988) hay que convertir a los individuos protagonistas de sí mismo, ser más sujeto y menos objeto de su propia vida, además aquí apare-

cen los principales motivos de participación señaladas en el marco teórico de esta investigación

El usuario n\*1 relata que *su principal motivación para participar de los CDL es:*

*“...Yo soy viejo y quiero garantizar una buena salud para la personas de la tercera edad , pero a pesar de que yo soy presidente del Consejo de desarrollo Local de mi CESFAM Santa Amalia, yo no abuso del sistema y no me consigo horas por atrás como uno lo puede ver en otros participantes del CDL”*

Por lo que se puede entender que él tiene una motivación colectiva con un fin específico, ya que espera una atención digna y de calidad para las personas de la tercera edad, es por eso que aún continúa participando del Consejo Desarrollo local en la comuna de la Florida.

Para la usuaria N\*2 señala la entrevista:

*“...que ella llega a participar primero venía a las reuniones de los días viernes de los CDL al CESFAM Trinidad como un usuario normal que quería saber que hacia el centro de salud y luego comenzó a participar de forma activa motivada por el Dr. Juan Pablo que le sugirió que participara activa de los CDL para así poder mostrar la realidad de su sector, y al final fue porque estaba aburrida que no hubiera suficientes horas de matrona ni médicos en el sector verde, a pesar de que a nivel macrosocial nunca se soluciona nada , es decir el servicio o el ministerio”*

La usuaria dos tiene una doble motivación para participar una es a nivel personal pero igual piensa en se preocupa de su comunidad, ya que ella misma relata que se necesitan las horas médicas y de matrona en su sector.

*Para la usuaria N\*3:*

*“...Más que llegar a participar ahí, en la villa O’Higgins tiene historia de salud ya que había comité de salud antes de haber Centro de salud, nosotros partimos como una toma de terreno, fue a lo larga historia que siempre he participado desde hace muchos años y yo me doy cuenta que la salud primaria es la hermano pobre de la salud en Chile es por eso que organizándonos podemos conseguir recursos para el CENTRO de Salud y hacer que la gente sea consciente de su salud”*

Esta usuaria tiene una larga trayectoria en movimientos sociales como ella misma dice siempre ha trabajado en salud en la comuna y ver los avances en salud es lo que la motiva a seguir participando

*Para la usuaria N\*4:*

*“...comienza a participar en los CDL hace como 15 años , porque primero participaba de red de iniciativa ciudadana de Carlos Montes cuando aún no era Senador, yo era usuaria del Consultorio los Quillayes participada de los comité de usuarios de los quillayes y lo que me motiva es que yo desde mi infancia siempre estuve ligada al área de la salud mi papa era periodista y jefe de relaciones públicas del Servicio Nacional de Salud y me gusta la labor social y siento que lo principal para toda persona es la salud Primaria”*

Lo que podemos concluir de esta primera categoría es que hay distintas motivaciones para participar de los CDL, pero lo principal para seguir con la permanencia en estos es seguir luchando por la salud primaria ya que todos coinciden de alguna manera es que aún falta recursos tanto humanos como financieros y que los CESFAM son es una institución importante de la sociedad.

## **B) Importancia y funciones que tiene los CDL en la comuna de la Florida:**

en esta categoría, nos orientaremos a reconocer cuales son las distintas opi-

niones de los actores involucrados en CDL, para conocer la importancia y cuáles son las principales funciones que ellos deben de realizar en los CESFAM.

De aquí desprenderemos distintos análisis, en una primera instancia describiremos la importancia que tienen los distintos CDL en la comuna y luego reconoceremos cuales son las principales funciones que tiene o que identifican los distintos actores y además otro aspecto a considerar es ver la reflexión que hacen estos mismos actores sobre cuáles son las fortalezas y debilidades que ellos identifican.

1.- Importancia de los CDL: los distintos actores expondrán a su parecer cual sería la importancia y cuáles son las principales funciones que tiene los CDL, a pesar de que muchas opiniones son semejantes entre ellos y además todos estos actores tiene claro que los CDL son instancias necesarias para tener una visión amplia de las principales necesidades de comunidad que utiliza de la atención primaria en salud.

- Directores de los CESFAM de la Comuna de la Florida: la mayoría coincide en que son de gran importancia para ello, ya que estos ven a los CDL como sus ojos externos ósea ellos pueden visualizar desde afuera cómo funciona el CESFAM desde la limpieza de los centros hasta como se ejecutan los planes de salud local de cada uno:

Director N\*1

*“...han ido tomando relevancia en el tiempo, primero eran consejo de salud solo nos pedían horas, ahora han tomado otro rol mucho más fiscalizador ,en este centro tenemos suerte de las personas que trabajan en el CDL , ellos participan mucho , cada uno con sus matices claramente , la importancia que tiene*

*para nosotros es que son la primera fuente de lo requiere la gente que usa nuestro servicio”*

Directora N\*2.

*“...En nuestro centro ellas nos apoyan y podemos trabajar fuertemente en todas las actividades que realizamos como Centro”*

Directora N\*3

*“...En mi centro yo llevo muchos años trabajando en conjunto con ellos, por lo que tiene un rol fundamenta en la presencia que podemos tener en nuestro territorio y en cómo podemos ir mejorando la gestión que hacemos en el centro “*

- Para los Encargados de Promoción y Participación Social de la Comuna, el CDL tienen una visión lo que lo realmente importante se ve más reflejado desde el empoderamiento de la ciudadanía en todo lo que se refiere al control social y al derecho a poder decidir sobre cuáles son las principales gestiones que debería realizar los CESFAM en la comuna, además de que son un nexo importante es decir son un articulador entre la comunidad y los CESFAM

*“... los CDL ejercer control Social, atreves de un empoderamiento colectivo, nos dan una visión externa, ellos nos muestran cuales son los requerimientos que la comunidad necesita “Encargado de Promoción y Participación social N\*1.*

*“... para mí la importancia de los CDL, radica en que son un nexo entre los que son los CESFAM, los vecinos y organizaciones formales como son jardines infantiles, colegios, club de adulto mayor, entre otras “Encargado de Promoción y Participación social N\*2*

*“...Yo pienso que son un articulador entre los CESFAM y la comunidad que pertenece a nuestro territorio, es una pieza clave en el trabajo que podemos realizar como centro de salud en todo ámbito de acciones y de actividades, ya que es más fácil trabajar con las personas que conocen su territorio, ellos nos ayudan en monitoreo de nuestra gestión desde el trato a los usuarios hasta saber cuáles prestaciones son las más necesarias para la comunidad”* Encargados de Promoción Y participación Social N\*3:

**2.-Funciones que realiza los CDL:** estas funciones están estipulados por el Departamento De Participación Social Del Servicio Metropolitano Sur Oriente, servicio de salud a la pertenece la comuna de la Florida, son un ente regulador de estas funciones, para algunos actores locales de esta investigación no existe una real ejecución de dichas funciones como son de tipo informativo, propositivo, promotor, consultivo, evolutivo y decisorio , ya que siempre hay un límite en sus funciones no pudiendo r ejecutarlas adecuadamente.

- Para los Directores las principales funciones están más destinadas al área de la información a todo lo que respecta a la Promoción de estilos de vida saludable y que a que los CDL difundan las actividades que realizan cada Centro de salud, pero a lo que se refiere a ser un organismo controlador de las gestiones y propositivo les cuesta más ya que sienten que les piden prestaciones o actividades que no se puede realizar en los CESFAM.

*“...El CDL nos asesora como CESFAM a ver las necesidades de la población y a organizarnos como comunidad porque siempre ellos están presentes y tiene una función de articulador como otras organizaciones que no son de salud.”*

Director N\*1

*“...nos ayudan realizar actividades de promoción y estrategias de salud a través de la entrega de información” Director N\*2*

*“...los CDL tiene una función de catalizador entre la comunidad y el centro, se han ido empoderando a través de la información que entrega a la comunidad es mejor que los mismos pares entregue información, es notable cuando un miembro del CDL da una chala de lo que es Centro hace” Director N\*3*

- Tanto para los encargados de Promoción y Participación Social como para los Participantes de los CDL, sus opiniones son semejantes ya que saben que los CDL tiene funciones determinadas y estipulas por ley y por los reglamentos del departamento de Participación del servicio de salud o por el Ministerio de salud, pero que no se ejecutan porque se encuentran limitadas a su accionar.

*“...la función principal es defender los intereses de los usuarios a pesar de que la ley nos tiene meramente consultivos ya que podemos consultar sobre los planes de salud, pero no resolutivos lo que es una traba pero en la práctica si nos hacemos resolutivos ya que exigimos nuestros derechos ya que la ley no entrega” Usuario N\*1*

*“...tengo claro que las funciones están estipuladas, pero nosotros incentivamos a que haya una mayor participación en las reuniones de CDL en el centro, difundir las políticas públicas a la comunidad, informamos sobre acciones que realiza el CESFAM y tener una comunicación fluida con todos los actores de salud.” Usuario N\*2*

*“...nosotros tenemos claro dentro de nuestras funciones está la de informar sobre las prestaciones y actividades que realiza el centro, pero además debemos realizar funciones consultivas a través de la consulta ciudadana, en mi centro cuando queremos hacer algo primero consultamos a nuestro usuarios y luego vamos a solicitarlo al director, aunque muchas veces no nos toman en cuenta.”* Usuario N\*3

*“...la verdad que los dirigentes de los CDL tiene clara sus funciones entre las que están informar todas las actividades y nuevas gestiones que realiza el centro, realizar consultas ciudadanas y ser promotores de los estilos de vida saludable, pero no siempre las realizan ya sea por tiempo o porque no tiene instancias para eso.”* Encargado de promoción Participación Social N\*1

**3.- Principales fortalezas de los CDL:** en esta categoría podemos dilucidar, que el factor que más se refleja es la permanencia de las personas que constituyen a los CDL, es su capacidad de resiliencia del capital humano, ya que muchas veces sienten que trabajan en vano y sin ser retribuidas sus acciones, pero a pesar de eso siguen trabajando, ya que por una u otras razón sienten que la Salud Primaria en Chile es importante y que tiene un rol trascendental en la comunidad.

- Para los Directores las principales fortalezas que visualizan es la franqueza, el compromiso y la responsabilidad que tienen los participantes de los CDL, a pesar de que los más involucrados generalmente son los dirigentes, ya que son personas que llevan muchos años trabajando en el área.

*...."Fortaleza la franqueza y la No agresividad para solicitar las cosas, ya que no son confrontaciones y visualizan las cosas desde otra perspectiva y para mí son mis ojos externos "Director N\*1*

*"...El compromiso con su comunidad ya que no son solo dirigentes sino que además son usuarios del sistema y asumen una gran responsabilidad "Director N\*2*

*"...Que es heterogéneo, porque está formando por diferentes representantes de organizaciones en el territorio y por usuarios y tiene un fuerte compromiso y responsabilidad con el territorio, siempre se está capacitando en salud, ya que ellos tienen un enfoque preventivo saben que la salud no es solo responsabilidad del CESFAM si no que de todas las personas "Director N\*3*

- Para los Encargados De Promoción Y Participación Social, centran sus fortalezas en la capacidad de las propias personas que componen a los CDL

*"...ellos están empoderados saben que sirven, saben que tienen una voz y que ellos den su tiempo y el dinero ya que ellos no reciben subvención para movilizarse y su apoyo de dan para trabajar, ellos siempre están cuando los necesitamos. "Encargado De Promoción Y Participación Social N\*1*

*"...es un CDL unido de un tiempo a esta parte el CDL ha ido avanzando, tiene un rol constructivo, cuando hay actividades en el CESFAM nos apoyan, cuando el centro deja de hacer ellos nos dicen y buscamos soluciones en conjunto, hay*

*un buen diálogo fluido entre ellos y nosotros” Encargado De Promoción Y Participación Social N\*2.*

*“son muy unidos, cooperadores, apoyadores, la mayoría de ellos tiene una larga trayectoria en trabajo en salud, por lo que conocen mucho del tema organizacional , tiene claro como solicitar cosas, en general son muy organizados “Encargado De Promoción Y Participación Social N\*3*

Los participantes de los CDL, son muy responsables con su trabajo y el tiempo que disponen para participar de las actividades programadas, en general la mayoría de los integrantes de los CDL son personas jubiladas que llevan muchos años trabajando en esta área, por lo que es importante la experiencia que tiene en los temas organizacionales

Usuarios N\*1

*“...Las grandes fortalezas es generar quipos consientes tanto en la comunidad como el centro se salud del enfoque preventivo sanitario de salud, a partir desde de la prevención que podemos realizar en la comunidad”*

Usuario N\*2

*“...la ganas de trabajar, el trabajo en terreno, cumplimos con nuestro programa de trabaja, entre nosotras nos complementamos”*

Usuario N\*3

*“...la buena relación y comunicación entre nosotras, tenemos una visión clara de lo que hay que hacer y cómo hay que hacerlo, el espacio que uno se hace para decir las cosas, porque si el espacio no existe yo igual me lo hago”*

Dentro de las mayores fortalezas podemos describir el capital humano ya que ellos destinan mucho de su tiempo para participar en reuniones, para asistir en actividades tanto convocadas por el servicio, por la COMUDEF como por los mismos centro, también encontramos la buena comunicación que se da entre ellos como con los directores y los funcionarios y por sobre todo las ganas de seguir participando aunque sea en instancias pequeñas como ellos dicen, ya que con estas se puede empoderar más a la comunidad en la participación activa que por mucho tiempo estuvo reprimida por el gobierno militar y por el miedo colectivo que siguió por muchos tiempo, en la actualidad a pesar de que se pueden generar instancia de participación, está reprimida el individualismo.

**4.-Principales Debilidades de los CDL:** dentro de las debilidades que más señalan todo los actores involucrados en esta investigación es la baja participación que existe por parte de la comunidad, la falta de entusiasmo y los escasos de recursos para los participantes del CDL ya que son ellos mismos los que deben costear los gastos tanto de movilización entre otras.

- Directores: remarcan una escasa participación de la mayoría de los usuarios que asisten al CESFAM, ya que siempre son los mismos participantes tanto de organizaciones formales, como de la misma comunidad.

*“...es la poca participación, la mayoría de la comunidad no participa de instancia que genera los centros o los CDL, debería ser una mayor cantidad de usuarios para ser más potente en lo que se transmite y lo que se recibe, nos cuesta llenar el auditorio”* Director N\*1

*“...pasa por etapas, hubo un momento en que se en lo que se politizo mucho y hubo deserción de gente, además tiende a que por temporadas hay más representas de organizaciones formales que usuarios, o al revés, lo bueno que este año si hay más usuarios en nuestro CDL”* Director N\*2

En general la personas que participan de los CDL son siempre las mismas al igual que los representas de organizaciones formales, lo que ha generado una falta de participación representativa de la comunidad en los CESFAM, por lo que no se puede observar toda la realidad concreta del territorio intervenido.

- Encargados de Promoción y Participación social, al igual que loa actores anteriores, ellos también relatan que la escasa de participación es una de las grandes debilidades y la falta de motivación para participar de usuarios que se participen en la directiva de los CDL.

Encargados de Promoción y Participación social N\*1

*“...no hay voz, son limitados en su trabajo por el ministerio, servicio, por los CESFAM, siempre están limitados en su quehacer, nos falta autonomía, siempre debo estar con ellos para que realicen sus actividades”*

Encargados de Promoción y Participación social N\*\*3

*“...la responsabilidades que debe asumir a comunidad, no los dirigentes de los CDL, cada día está más difícil hacer convocatoria, cada vez la gente está menos dispuesta a participar y se encierra en sí mismo, cada vez hay más individualismo lo que se nota en la baja participación en reuniones de los CDL”*

- Usuarios: la limitación en su actuar ya que a pesar de que pueden ser resolutivos, solo se quedan en un rol más bien informativo y consultivo, ellos sienten que no pueden tener mayores atribuciones en la gestión de los CESFAM.

“...participación de los usuarios los recursos, no existen recursos destinados para gastos de gestión de los CDL (pasajes, minutos de celular) Usuario N\*1

“...falta de participación y siempre somos los mismos, nadie quiere asumir roles en los CDL, porque dicen que es difícil trabajar en salud” Usuarios N\*2

*“...Que No nos tomen en cuenta a nivel de servicio de salud, ya que ellos solo nos exigen cumplir un plan de trabajo, pero cuando solicitamos cosas siempre nos dicen que no hay recursos económicos para gestionar y esto hace que no seamos personas representativas en la comuna ” Usuario N\*3*

De estos relatos nos damos cuenta de que la mayor debilidad es la baja participación de usuarios, generalmente son los dirigentes de los CDL los que más participan además se hace repetitivo el tema de la falta de recursos económicos destinados para la gestión de los CDL, ya que ellos mismos se autofinancian para poder seguir trabajando.

También hacen referencia a que aún no existe una infraestructura adecuada para reunirse y poder realizar las reuniones mensuales obligatorias que deben cumplir

*“...yo sé que hay centros donde los CDL cuentan con un espacio físico, un box donde ellos trabajan, pero aquí no sucede y debemos reunirnos en la sede so-*

*cial de la comunidad y siento que no corresponde, pero tengo claro que la prioridad de box es atención de los profesionales ya que los centros no cuentan con suficientes box” (usuario N\*4)*

Cabe mencionar que también una debilidad que se ve reflejada en las entrevistas es politización de algunos dirigentes ya que como dijo una usuario/a

*“... muchas veces las personas participan activamente para poder hacer una carrera política y así poder llevar a ser concejal o diputado de la comuna, lo que hace que la gente no quiera participar ya que sienten que somos vendidos”(Usuario N\*4)*

A pesar de que la Participación en Salud es una política de estado en la cual tiene funciones estipuladas como son informativo, propositivo, promotor, consultivo, evolutivo y decisorio, estas se encuentran delimitadas por los directivos de los CESFAM, ya que ellos colocan límites en el trabajo que realizan los CDL, la función más presente por los dirigentes es la informar las acciones y las actividades que realizan.

Dentro de las fortalezas podemos destacar el capital humano con los que cuenta el CDL, a pesar de que son pocos los usuarios que participan por una vocación de servicio a la comunidad, la buena comunicación que hay entre los dirigentes de los CDL ya que con esto han podido crear la “Unión vecinal de CDL de la comuna de la Florida”, y con esto han empoderado de sus roles ante autoridades locales, también como fortaleza encontramos la buena relación que tiene con los funcionarios y directores/as de los CESFAM, lo que ha llevado a que hayan cambios significativos en el trato al usuario que asisten a los centros de salud.

Dentro de las debilidades que hay podemos encontrar la baja participación que no es solo en el ámbito de la salud en general es en todo ámbito de acción ya que la gente no cuenta con el tiempo necesario o no se hace el tiempo para participar de dichas actividades, además está la falta de recurso económico ya que ellos no cuentan con dinero destinado por el servicio para realizar sus actividad o para movilizarse a las reuniones planificadas por el servicio de salud o por la COMUDEF, además esta escases de personas jóvenes en la directivas de los CDL en la comuna de la Florida solo dos integrantes de la directiva son menores de 50 años , todo el resto es mayor de 60 años, lo que dificulta el trabajo que se puede hacer.

En conclusión a pesar de la baja participación que existe en el área de salud, con los pocos recursos tanto humano como económico, los pocos dirigentes que participan siguen trabajando porque ellos están convencidos que la salud primaria fundamental en la vida de las personas, ya que es en este nivel donde se puede cambiar los estilos de vida de la sociedad a través de la Promoción y a Prevención de las salud.

- **Significado de la participación (como un derecho):** Los usuarios que participan de los CDL, en la entrevista hacen referencia a la participación como un derecho que se encuentra en la Constitución Chilena:

Artículo N° 19 inciso 9°.- El derecho a la protección de la salud, lo que refiere a que *“El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o priva-*

das, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias (www.senado.cl), por lo que la salud debe ser para todos.

*“la salud debe ser un derecho que el Estado debe garantizar, pero somos nosotros los usuarios los que tenemos que fiscalizar que esto se realice” (usuaria N\* 2)*

*“Chile tiene una deuda histórica con la salud, ya que desde el gobierno de Pinochet que no se invierte en esta área, además los municipios no invierten todo el dinero que distribuye el ministerio en los CESFAM, ya todos sabemos que los dineros son invertidos en otras cosas, lo que realmente falta en Chile es fiscalizar que el dinero sea usado en salud como debe ser” (usuaria N\*4)*

*“Exigir que la salud sea para todos, y que además sea digna que nos traten bien el Estado Chileno debe ser quien respete y garantice eso, esa es la principal razón que yo voy a seguir trabajando y luchando en los CDL hasta que me muera” ( usuario N\*3)*

## **Capítulo IX**

### **Líneas de Acción del trabajo de los CDL**

Según los requerimientos del Servicio De Salud Sur Oriente al cual pertenece la comuna de la Florida, los CDL deben tener un plan de trabajo anual obligatorio, que además es una meta que se debe cumplir al 100%.

En este capítulo analizaremos cuales son las actividades principales que realiza los CDL en la comuna y cuales seria el aporte real que tienen los CDL en la gestión de los CESFAM

**a) Actividades realizadas por los CDL:** como se señaló anteriormente es obligación de los CDL tener un plan de trabajo, en donde se debe cumplir con varias Áreas a intervenir como son: Informativos-De Difusión - Preventivos-Consultivos – De Participación Social Y De Interculturalidad

*“... el trabajo en terreno es lo fundamental, realizar las ferias de salud a nivel local y Comunal para poder informar sobre cómo prevenir las enfermedades del futuro” usuario N\*1*

*“...la ferias de salud, el trabajo comunitario como son los mesones saludables, las caminatas saludables, en la cual van los jardines infantiles, las organizaciones formales e informales, los colegios y los funcionarios de salud, además participamos del carnaval de la villa O’Higgins” usuario N\*2*

*“... la difusión en las salas de espera, nosotros estamos todos los miércoles difundiendo nuestro trabajo en el CESFAM, las ferias de salud, la consulta ciudadana que realizamos para solicitar más prestaciones” usuario N\*3*

En general los usuarios reconocen como mérito propio las actividades que realizan en el área de Prevención y Promoción, ellos saben sobre la importancia de dichas actividades en la salud de las personas, una usuaria relata que:

*“.....la prevención es el eje principal en la salud primaria y es deber de todos cuidar nuestra salud, No es obligación solo de los funcionarios de los CESFAM, nosotros debemos ser autoresponsables de nosotros mismos” usuaria N\*5*

Entendiendo que los directivos y participantes activos de los CDL, saben que si los usuarios están informados tiene más herramientas para poder cuidar su sa-

lud, en el año 1986 en la conferencia de Ottawa define a la promoción en salud como el *“Proceso de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre sí misma”*, además en la Carta de Alma Ata de 1978 y en las más recientes Declaraciones para el desarrollo de la APS, incorpora la Promoción de la Salud como un eje central en su quehacer y como una invitación al trabajo intersectorial.

La reorientación de los servicios de salud se torna cada vez más necesaria, asegurando el promover estilos de vida y ambientes saludables mediante los cuales se potencie una mejor salud y el bienestar (elemento ya señalado en la Carta de Ottawa, en 1986). Igualmente, la Salud Familiar acoge en sus principios la necesidad y responsabilidad de trabajar con la comunidad en el ámbito de la Promoción de la Salud en conjunto con los Intersectores de la comunidad.

*“Las personas aprenden haciendo y no solo escuchando, los mesones saludables son realmente prácticos, sobre todo cuando se hacen en las juntas de vecinos, en los colegios y jardines, por lo que es importante el apoyo económico, para que la gente asista sin tener que ellos mismo traigan los ingredientes ”*  
usuaría N\*5

*“Salir a realizar exámenes preventivos en la comunidad, la ferias libres que nos donan frutas y verduras sin su apoyo estas actividades no se pueden realizar, lo importante es que el centro de salud salga a la comunidad para que sea más cercano”*

Quedando claro que dentro de las dificultades que muchas veces existen en los centro de salud, es la falta financiamiento económico estable para realizar actividades de promoción, ya que el recurso humano siempre está disponible en los mismos centros de salud o en la comunidad, generalmente para financiar estas actividades se solicita apoyo a las ferias libres o cuando los CDL se ad-

judican los proyectos de los fondos concursables de las Municipales, pero para esto ellos deben de tener la personalidad jurídica .

*Este año para seguir con el trabajo intersector se llevó a cabo por primera vez una actividad que involucro a todos los CSFAM de la comuna experiencia pionera en esta área:*

*“...Siento que este año las actividad con más relevancia a nivel comunal fueron las Olimpiadas Infantiles, en la cual cada centro de salud en conjunto con sus CDL apadrinaban y apoyaban a un jardín que corresponde al territorio del centro” Usuaría N\*3*

Para los directivos de los CDL, esta actividad tuvo un alto éxito de asistencia por lo que se seguirá replicando, ya que lo solicitara en el plan de trabajo comunal de los consejos de salud para el año 2015.

En el área de difusión e información se realizaron varios talleres en los distintos centros de salud, aquí es a directiva delos CDL en conjunto con la encargada de Promoción y Participación social se ven cuáles son las temáticas más importantes o cuales son las áreas donde no existe tanta información.

*“...Nosotros como directiva del CDL, pensamos que nos hacía falta un taller sobre cuales son eran las diferencias en las letras de FONASA, entender porque algunos pagan en los hospitales y porque otros no y como los categorizaban” usuario N\*2*

*“...En mi centro en conjunto con la promotora realizamos un taller del AUGE en donde informemos a la comunidad sobre los temas relevantes relacionados al GES, y cuáles son las patologías que están y como poder usarlas “usuario N°8*

En general los directivos de los CDL, tiene claro que es lo que la comunidad necesita y cuáles son las principales valencias algunos temas relacionados con FONASA, por lo que ellos en su plan anual de trabajo solicitan que se entregue información sobre estos temas, es la encargada de promoción y participación social gestionar con dichas entidades quienes realizaran dichas capacitaciones.

En el área de la interculturalidad, la comuna ha avanzado bastante en este último tiempo, en el CESFAM Los Castaños cuentan con una ruca mapuche donde atiende a gente de toda la comuna, la Machi realiza de forma permanente charlas informativas donde explica y enseña sobre la medicina mapuche sus usos y tratamientos, estas actividades se realizan en conjunto con los CDL.

En el área de Participación social, en la comuna los CDL realizan reuniones periódicas donde participan los directores – encargados de promoción y participación social , organizaciones formales e informales- usuarios – funcionarios esto se enmarca en lo que es la participación, ello implica que la tarea de “continuar mejorando nuestra democracia” requiere de aumentar la “participación de los ciudadanos” y de perfeccionar “nuestras instituciones fundamentales”, es decir, *“buscar constantemente su fortalecimiento a través de la gestación de nuevos espacios de participación real.”* consiguiendo al final, *“más y mejor democracia”*(Piñera;2009), para esto se cuenta con varias actividades que se deben realizar en los CESFAM.

Como son las Cuentas Públicas Participativas que es *“un proceso de diálogo ciudadano, entre autoridades y representantes de la sociedad civil y ciudadanía en general, promotor de un espacio de responsabilidad de las primeras en lo referido a la que esta rendición de informes de su gestión institucional. Su fin es informar a la ciudadanía sobre la gestión realizada, recoger las preguntas y planteamientos de la ciudadanía y dar respuesta a éstas”* (Política para la participación ciudadana en el marco de la corresponsabilidad. Año 2010 Pág. 11.)

*“...es importante la cuenta pública que realizamos todos los años, aquí nosotros le contamos a la gente sobre nuestras actividades, o sea transparentamos nuestra gestión”* usuario N\*1

*“...la cuenta pública es necesaria para la comunidad ya que como centro y en conjunto con los CDL rendimos cuenta de las actividades que realizamos el año anterior”* Director N\*1

Además de la cuenta pública también se deben realizar el Diagnóstico Participativo en salud, actividad que se realiza todos los años en la cual se desprenden las acciones a seguir como CESFAM dependiendo de la realidad territorial de cada centro. En general en esta actividad hay una gran convocatoria de los usuarios

*“...el diagnóstico participativo es una de actividades donde hay más participación de la comunidad, ya que en esta instancia los usuarios pueden hacer visible cuales son las necesidades de cada territorio donde viven”* usuario N\*2

. La incorporación de los dirigentes de los CDL a los consejos técnicos de salud a lo menos 2 veces en el años, con finalidad de que se realice un intercambio

de corresponsabilidad en salud donde los CESAFAM informen a la directiva del CDL sobre algunos procesos del centro y también el CDL informe al Consejo técnico de requerimientos de la comunidad logrando llevar a cabo acuerdos mutuos para mejorar el trabajo y así ellos lo puedan difundir en la comunidad.

En conclusión los CDL realizan muchas actividades en los centros de salud, ellos tiene claro que tiene un rol fundamental en difundir, informar y participar en las actividades que se realizan con el fin de educar a la comunidad sobre la importancia, además que cada año se le da más importancia en la gestiones que se desarrollan en la comuna en el ámbito de la salud , esta año se realizó las primeras jornadas comunales de los CDL para poder determinar cuáles serían las líneas de trabajo en las gestiones de los centros de salud, lo que remarca que estas organizaciones si son valoradas, y todo esto atreves de su perseverancia, su empoderamiento, persistencia y su ardua labor en la participación de los CDL .

Dentro de los aportes que realizan los CDL, se destaca el trabajo sistemático, el compromiso que tienen con los CESFAM, que son reconocidas por los directores.

*“... son los ojos externos, nos dan otra visión de lo que necesitan los territorios determinados de los CESFAM, este año trabajaron en el plan comunal de salud, y también el plan local y el compromiso con su rol en los CDL” Director N\*3*

*“...Los CDL ha ganado terreno, y se han ido validan en las acciones de salud en la comuna, cada vez se toman más en cuenta” Director N\*2.*

## **Conclusiones:**

La participación social en salud tiene una larga historia que podría remontarse desde 1822 con la creación de la Junta de Sanidad que fijó las normas tendientes a “divulgar consejos provechosos para la conservación de la salud del pueblo”, que fue muy potente en el control de epidemias en Chile como fue el cólera, entre otras enfermedades, por mucho tiempo en donde cada SNS realizaban una o más acciones en salud debían constituir un Consejo Local De Salud, así como también en cada Área de Salud funcionaria Un Consejo Local De Área De Salud.

Este trabajo que se realizaba “Con La Comunidad” Y “No En La Comunidad “, con el objetivo de que la comunidad deje de ser “Objetos De Atención” para ser “Sujetos De Atención” ósea que sean actores de sus propios procesos de salud, esto se implementó hasta antes de la época de la dictadura en Chile, luego de esto hubo un receso en la Participación Ciudadana en donde no se podía participar libremente por el contexto del momento. Una vez llegada la democracia comienza nuevamente la Participación Social a tomar relevancia principalmente a través de la creación del Plan Nacional de Promoción de la Salud. sin embargo, algunas de las evaluaciones realizadas a dicho plan han señalado que la existencia de distintas concepciones respecto de lo que significa la participación social es uno de los principales obstáculos para su implementación.

En los últimos gobiernos del bloque político de la Concertación y con la vuelta a la Democracia, es decir, gobiernos de Ricardo Lagos y Michelle Bachelet, la dedicación por políticas públicas al respecto se intensificó y consiguió ser parte central de su plan de trabajo

Junto con los procesos de modernización del Estado Chileno, en el año 2000 se envía el Instructivo Presidencial sobre “Participación Ciudadana”, en donde se establece que “La participación ciudadana es una dimensión fundamental de todo sistema democrático, pues contribuye a que los derechos y deberes institucionalmente establecidos sean efectivamente reconocidos y ejercidos” (Oficio N° 030 del 07-12-2000).

Los Consejos Desarrollo Local En Salud o conocidos antiguamente como Consejos De Salud son las: “instancias asesoras de la dirección de los establecimientos de salud, en aspectos vinculados con la gestión y que desarrollan funciones de tipo informativo, propositivo, promotor, consultivo, evaluativo y decisorio”. (MINSAL; op.cit), en donde se reúnen dos actores locales importantes como son los usuarios y los funcionarios de instituciones formales, en este caso son los CESFAM de la Comuna la Florida.

Dentro de los principales roles de los CDL está el de informar y difundir es decir tiene un rol de articulador, son los interlocutores de la comunidad que representan, ellos son los que habitan el territorio mismo conociendo cuáles son sus reales necesidades, ellos pueden proponer soluciones y posibles líneas de trabajo en las gestiones de los centros de salud.

En relación a la Hipótesis “Los consejos de desarrollo local son reconocidos por los Directores de los centros de salud y por los funcionarios como instancias de participación en los CESFAM de la comuna de la Florida”, podemos decir que esta es aprobada parcialmente por un lado si se les consulta a los CDL sobre la realidad de su comunidad, pero no siempre acogen las soluciones que entregan ya sea porque no hay más recursos o porque no está dentro de la

competencia de los CESFAM, como los ellos dice siempre hay un límite en su accionar, cabe destacar que este año los CDL fueron invitados a la primera Jornada de trabajo del plan comunal 2015, además de una vez por mes asistir a los consejos técnicos donde los referente de programas y los jefes de sectores les comentan sobre los avances y las nuevas actividades de la programación anual.

Los dirigentes de Los CDL sienten que su opinión debe ser más valorada por las autoridades locales, ya que son ellos los que viven el territorio, conocen las necesidades de cada unidad vecinal a la que representan, por lo que para ellos realizar un Diagnóstico Participativo cada año es una herramienta fundamental para que los CESFAM conozcan la realidad local con la que cuentan sus usuarios.

El Diagnostico Participativo, los Mapas Territoriales, son instancia formal que les sirven a los CESFAM, para que conocer la realidad local y además a la comunidad le sirve para solicitar distintos tipos de intervenciones que necesitan los distintos microbarrios que se atienden los centros de salud de la comuna de la Florida. Es por esto que se hace necesario que esto se realice de forma periódica como está estipulado en las normativas de salud ya que la realidad local puede variar de un año a otro.

El 90% de los integrantes de los CDL, son personas adultas mayores que llevan más de 5 años participando de estas instancias, por lo que ellos tienen claridad de las funciones que deben de realizar en los CESFAM, entre las cuales están de funciones de tipo Informativo entregando a la comunidad toda la información entregada por los CESFAM , además de mantener abiertos los canales comu-

nicación entre las autoridades locales y la comunidad, también deben ser quienes recojan las opiniones de la comunidad, deben difundir sobre las acciones, programa, beneficios que entregan los distintos CESFAM, otra función es ser Propositivo ya que deben proponer ideas o proyectos de las necesidades de la comunidad, además deben ser colaborativo y promotor apoyando a los CESFAM en todas las instancias de participación como son las actividades de promoción y prevención, también deben ser Evaluativos ya que deben controlar, valora y evaluar los procesos que se realizan en los Centros de Salud.

Durante las últimas décadas se ha creado nuevos espacios de Participación a solicitud de los CDL ya que ellos han pedido intervención a los diferentes grupos etarios que atienden los CESFAM.

Se crearon espacios para adolescentes como es el “Espacio Amigable” que está orientado a los adolescente de 12 a 19 años de la comuna, en donde ellos pueden asistir de forma espontánea una vez a la semana cada quince al CESFAM para solicitar atención de anticoncepción, nutrición, dental y salud mental entre otras, además se han creado talleres para pacientes crónicos, de salud mental, etc.

Lo que demuestra que la hipótesis sobre si “Los consejos de Desarrollo local tienen incidencia en la participación social en la comuna de la Florida, podríamos decir que esta también parcialmente lograda ya que los usuarios sí reconocen a los CDL como instancias de participación al ser organizaciones formales, que han ido ganado terreno atreves de su trabajo en los CESFAM.

Los directores reconocen a los CDL como sus ojos externos ya que ellos saben que necesitan sus usuarios, ellos pueden visualizar las realidades locales donde habitan y así poder incidir en algunas gestiones de los CESFAM.

Para los participantes de los CDL su labor es fundamental en el trabajo en la comunidad, sienten que tienen un rol articulador son la bisagra de acción entre los CESFAM y la comunidad, ellos están consiente que si se empoderan de su rol pueden lograr grandes cambios a nivel local, además apoyan de forma activa en las acciones preventivas ,informan a la comunidad sobre las actividades y sobre las nuevas gestiones que realizan los centros, pero en lo que respecta a la toma de decisiones es donde se encuentran limitados, ya que ellos no pueden exigir cambios en los programa de salud o como distribuir o que medicamentos dar.

En los establecimientos de Atención Primaria sí reconocen a los CDL como instancia de participación ya que tienen un fuerte arraigo territorial en su accionar, es aquí donde se fortalece el trabajo Preventivo Y Promocional De Salud, con el fin de cambiar las condiciones adversas que perjudican la salud de los individuos, las familias y toda la comunidad.

Por lo que se debe seguir trabajando en el empoderamiento y en que los usuarios sean los responsables de cuidar su salud, para ellos se deben entregar las herramientas necesarias atreves de las educaciones que imparten los distintos profesionales o creando nuevos espacios de educación popular en conjunto con los usuarios.

Desde la hegemonía médica donde el enfoque biológico aún es validada por los usuarios ya que los usuarios aun piensan que curar las enfermedades es más

importante que prevenir las, se deduce que aun la sociedad ve una relación de carácter verticalista entre los funcionarios de salud y los paciente, lo que se refleja en esta actualidad en la relación de algunos Director con los CDL, donde en algunos CESFAM se ve la dependencia y subordinación del consejo.

De lo anterior podemos decir que aún el consejo visualiza la centralidad del rol del Director, ya que son ellos quienes definen límites, temáticas y ámbitos de acción en la participación de los CDL. En estos tiempos los dirigentes de los consejos de salud ya tienen la capacidad de transmitir a los directores que cosas que les parecen y cuáles no, a pesar de ello no todos los directores acogen sus consultas.

En general los directores sí reconocen y valoran el trabajo que los CDL realizan, sienten que son un apoyo en su trabajo, ellos relatan que los CDL son sus ojos externos ya que tiene otra mirada desde afuera hacia adentro, ellos pueden tener otra visión, y con esto poder garantizar el derecho a la Salud que requieren los usuarios, además apoyan en las tareas de difusión de las actividades de los CESFAM.

A pesar de que aún falta más compromiso de la comunidad en la participación, en general siempre son las mismas personas que participan lo que ha hecho que se debiliten los procesos de participación en todo ámbito de acción en salud, en general las personas que participan son adultos mayores jubilados, se debe reconocer que existe mucha resiliencia en los que si participan ya que ha sido un largo el proceso de lucha para ser reconocidos y visibilizados por las autoridades locales, gracias a esta lucha constante estos han comenzado a tener incidencia en algunas gestiones de los centros de salud.

Desde las fortalezas expuestas por los distintos actores se remarca mucho el compromiso, la responsabilidad, las ganas de trabajar en favor de la atención primaria para así fortalecer estas instituciones, ya que los dirigentes de los CDL reconocen que la atención primaria es el hermano pobre de la salud en Chile, y donde existe menos recursos para realizar actividades de Promoción para la salud.

A raíz de esto se desprende la siguiente hipótesis “Los dirigentes de los Consejos De Salud reconocen cuáles son sus principales motivaciones para trabajar en la atención primaria de salud” los dirigentes tienen claro que los motiva a participar, los motivos pueden ser múltiples como se mencionó anteriormente en el marco teórico, Hopenhayn explica que existen distintos tipos de motivaciones para participar, algunos integrantes participan para ser reconocidos, para sentir que son valorados por sus pares, a otros tiene motivaciones personales ya que saben que si están en los CDL pueden ganar privilegios como son atenciones más rápidas, interconsultas en los hospitales, entre otras, pero que al final toda tiene un fin común que en este caso sería fomentar la participación en el área de salud y así conseguir que el derecho de la salud sea para todos, igualitario, accesible y digno.

Desde la mirada institucional la Participación Social en salud, es más bien una forma instrumental de participación, ya que aún la comunidad no comprende que son ellos quienes deben ser los responsables de su salud, ellos son quienes conocen la realidad de su territorio, conocen cada una de sus principales necesidades y son los CESFAM quienes deben satisfacer sus necesidades a nivel de los espacios microsociales ya que la mirada local busca la singularidad del escenario de intervención, porque es la comunidad y en su efecto los CDL quienes conocen sus características propias, por lo que se hace necesario el

empoderamiento de la comunidad y de los CDL en la participación real ya que son una pieza clave de la gestión participativa de sus CESFAM.

### **Hallazgos De la investigación**

Al profundizar en este proceso de investigación me ha hecho visualizar la escasa relevancia que tiene la participación social en los CESFAM de la Comuna de la Florida, a pesar de sustentarse a través de una política pública

Desde la mira institucional la Participación Social en salud, adquiere más bien una forma instrumental de participación, ya que aún la comunidad no comprende que son ellos quienes deben ser los responsables de su salud, ellos son quienes conocen la realidad de su territorio, conocen cada una de sus principales necesidades y son los CESFAM quienes deben satisfacer su necesidades a nivel de los espacios microsociales ya que la mirada local busca la singularidad del escenario de intervención, porque es la comunidad y en su efecto los CDL son quienes conocen las características propias locales, por lo que se hace necesario el empoderamiento de la comunidad y de los CDL en la participación, ya que son una pieza clave de la gestión participativa de sus CESFAM.

Se puede decir que la participación local debería ser mucho más activa, cosa que en la realidad no se visualiza, con los grandes cambios que ha generado la globalización la participación se ha hecho más pasiva esto se traduce en el individualismo de la ciudadanía, esto de demuestra en que cada uno se preocupa de contener su espacio sin importar lo que sucede en la sociedad.

Además se destaca la relación de poder que hay entre la ciudadanía y la política, encontrando que en espacios microsociales esto está fuertemente ligado a satisfacer sus necesidades personales sobre las colectivas de las personas, una de las grandes motivaciones por las cuales muchos dirigentes de los consejos de salud para participar, es para tener un reconocimiento local y a nivel país y con esto llegar a ser grandes dirigentes, y así poder optar a ser concejales de la comuna o llegar a usar un sillón en la cámara bajo o alta del congreso.

Otras de las cosas notables a destacar, es el escaso reconocimiento por parte del Estado en la Política de Participación Social, a pesar de ser una ley con objetivos claros y concreto, estos no pueden ser llevados a cabo ya que siempre hay obstáculos en el trabajo que se puede realizar por las organizaciones sociales, como los dirigentes y los participantes no cuentan con los recursos necesarios para poder realizar sus actividades, el recurso económico es uno de los más importantes ya que estas organizaciones no cuentan con ningún tipo de incentivo para a trabajar, cosa que dificulta más su accionar son ellos mismos quienes se autofinancien su acción, tanto para movilización como para ejecutar otras actividades, ejemplo si los CESFAM realiza un Mesón Saludable, es la misma comunidad quienes deben costear los gastos de los materiales o deben buscar quien les pueda donar alimentos, generalmente son las ferias libres quienes donan los alimentos, cosa que no debería ser ya que es el Estado quien debería financiar económicamente dichas actividades

Otra cosa que se remarca en los consejos de desarrollo local en salud, es que en estos últimos años han comenzado a Empoderarse más en su trabajo. Son capaces de capacitarse en temas de salud, para poder ser vistos de igual a igual, tanto por los directores como por el resto de los funcionarios. Ha cambiado su visión hacia los CDL, ya que cuando eran consejos de salud sentían

que tenían un rol de facilitador de horas médicas y solo en eso quedaban exigir lo que ellos quieren, en cambio ahora se dan cuenta lo relevante de sus acciones en el los CESFAM; Trabajan a la par con los funcionarios en todas las áreas de desarrollo, en las actividades de promoción de salud, en informar si existe una vulneración de derecho de la ciudadanía en el territorio determinado de los CESFAM. Desde hace tres años se involucra a los CDL en la planificación del trabajo anual de los CESFAM, cabe rescatar que desde este año se comenzaron a realizar las primeras “Jornadas De Planificación Anual Comunal”, en conjunto a los directores de los 9 CESFAM, los jefes de sectores y referente técnico de cada uno, los coordinadores técnicos de la COMUDEF y la jefa de área se invitó a los CDL a trabajar a nivel comunal para poder opinar en el plan de salud 2015.

Lo que deja claro esta investigación es como a nivel país que aun en los CESFAM el tema de participación social y promoción de salud es poco valorado y reconocido ya que no es un programa que cuente con recursos propios tanto económicos como humanos para realizar las actividades con los usuarios y con los miembros de los CDL, al contrario estas acciones quedan a merced de solo un encargado que puede ser cual profesional que cuente con un título profesional de a lo menos 8 semestres académicos, sin formación en temas vinculados con esta área de especialidad.

Además, dentro de los Encargados de Participación Social y Promoción que existen en la comuna de la Florida solo cuatro de ellos son Trabajadores Sociales; siendo el resto, nutricionistas y matronas/es, lo que deja en vista que la profesión ha perdido campo dentro de esta área, área importante de nuestro quehacer profesional ya que somos nosotros quienes educamos y entregamos herramientas necesarias para empoderar a los usuarios, creando nuevos es-

pacios de intervención, realizando diagnósticos territoriales que apoyen las actividades de Participación Social y Promoción de la Salud en Chile.

### **Aportes Desde El Trabajo Social**

Al ser parte del contexto de investigación que se realiza en la comuna de la Florida en relación a la Participación Social, permito visualizar la importancia de la disciplina del trabajo social, ya que es un ámbito en donde puede desarrollar las competencias técnicas como humanas de los trabajadores sociales.

Los centros de salud necesitan profesionales comprometidos con su trabajo, que sean capaces de visualizar cuales son las reales necesidades de la comunidad que atienden en el territorio.

Desde que comienza la implementación de la reforma de la salud y el cambio del modelo a de la atención que dejar ser solo un modelo biomédico para pasar a un modelo con una visión biopsicosocial , lo que abre la puerta a otras disciplina del área social sociales y sobre todo abre un interesante ámbito para el despliegue del trabajo social, en concreto podemos decir que los usuarios visualizan a los CESFAM como la institución básica de la sociedad, es decir lo reconocen cercano, acogedor y familiar, donde ellos pueden llegar a resolver sus necesidades, ya que el modelo abre de forma amplia las perspectiva de atención desde una visión psicosocial, intercultural y espiritual, como expresiones de la humanidad en esta era actual donde los cambios epidemiológicos han pasado de enfermedades transmisibles a enfermedades crónicas y de salud mental.

El rol del trabajador social en los Centros De Salud ha estado ligado desde los orígenes de los consultorios, en una primera instancia tenían la función de

acompañar a los enfermos , acogiendo dudas entre otras, en cambio ahora con el cambio del modelo a los centros de Familiar Con Enfoque Comunitario tiene una labor integradora ya que con sus competencias tanto metodológicas como teóricas amplían y refuerzan una mirada más global, estructural y sistémica de la actuales situaciones de salud y de las enfermedades de las personas, las familias y la comunidad, es decir de forma permanente aporta un reflexión a el entorno donde viven las personas desde las condiciones y los determinantes sociales que afectan directamente en la salud de las personas como son la pobreza, desigualdad, tema laborales, temas económicos ,pero además reflexionan de cuáles serían los factores protectores que pueden tener las familias atendidas para superar sus adversidades.

Para el profesional de la salud es fundamental la identificación de las características del contexto socio- cultural en lo que se desenvuelve su acción. Tiene que comprender los procesos sociales, económicos y culturales subyacentes a la vida de la población, que determinan el estado de salud y enfermedad, así como interpretar las demandas que dan los miembros de la comunidad. Para esto se requiere de un enfoque integrado que permita abordar los problemas en toda su magnitud.

Dentro de nuestra formación profesional está el respetar y escuchas a los otros , valorar las opiniones , acoger, el simplificar ,la destreza de orientar y guiar procesos de autonomía tanto de los equipos como a los mismos Consejos de desarrollo local ,es aquí donde el trabajo social es una de las profesiones que permite desenvolverse con más facilidad.

En lo que respecta a esta área los trabajadores sociales tienen un rol importante ya que son el vínculo más concreto y directo con la comunidad son un facilitador que abre las puertas, es el que acoge las demandas de los usuarios, por lo que cumplen una función activa en la salud comunitaria, el trabajador

social asume un rol de facilitador entre las instituciones formales con la comunidad.

Para realizar todas estas funciones se usan metodologías participativas, trabajo grupal lo que posibilita la construcción de conocimiento, que son usados por la misma comunidad, ya que en todo proceso es el educador social, quien asume características especiales y el trabajador social es un comunicador de excelencia, que conoce y respeta los criterios de la población con la que se trabaja e interactúa, además en una dimensión política podemos decir que son un apoyo para los CDL ya que ellos empoderan su trabajo y poder seguir defendiendo la salud y la dignidad de vida como derecho humano fundamental.

Gracias al cambio del modelo los trabajadores sociales han podido participar de los equipos de salud multiprofesionales en su quehacer cotidiano como es trabajar en consejerías individuales y familiares, visitas domiciliarias, trabajo en talleres grupales en los centros de salud como en colegios, jardines, juntas de vecinos, etc. además de poder sistematizar con instrumentos que en algún tiempo estaban más dirigidos al área social como son los Genograma, Eco-mapas, APGAR familiar y los análisis de casos, además se ha ido incorporando el análisis de las dinámicas familiar.

Los trabajadores/as sociales además apoyan en todas las actividades preventivas, eje principal de La Participación Social En Salud y de la Atención Primaria a través de acciones promocionales diseñando, organizando, ejecutando y evaluando dichas actividades que sirven para fortalecer la salud de las personas, las familia y la comunidad, Es así como esos roles se combinan con el de educar social, es aquí donde el trabajador social tiene un rol fundamental como educador, fortaleciendo a la comunidad, generando acciones más activa y participativas desde las personas de la comunidad hacia las instituciones públi-

cas de salud, que todas aquellas personas sean capaces de generar un autodiagnóstico de su situación actual, en su contexto local donde vive, y así poder trabajar con su propia realidad y para esto educación popular tiene muchas herramientas para generar procesos de acción. Y a su vez la educación popular también genera en las personas una autocrítica con su actuar, para promover una estrategia de educación en salud, que tenga como eje la participación comunitaria de todos los sectores para la construcción de una propuesta en salud y vida digna.

Con la actualización del mercado en esta nueva época y con el cambio del modelo biomédico al modelo familiar con enfoque comunitario el Trabajo Social deja de tener un rol Asistencialista y Paternalista como fue en el periodo de la dictadura en donde su función era subsidiaria, en cambio con la vuelta de la democracia se posiciona una visión de facilitador en los procesos de transformación de la comunidad para que puedan empoderarse y poder generar instancias de participación reflexivas sobre la importancia de modificar los determinantes sociales que afectan la calidad de vida de las personas en su comunidad, por lo que se hace necesario fortalecer los factores protectores de la salud a través del Derecho A La Salud. Para los trabajadores sociales el reconocer la dignidad de las personas, reconocer al ser humano en su total existencia, aportando al cambio de las instituciones sociales que individualizan a las personas y segregan a la comunidad a través de la desigualdad.

## **Bibliografía:**

- Arrau, A. y Avendaño 2001. Notas Acerca del Desarrollo de la Ciudadanía en Chile. Documento de Trabajo N° 1 Debates y Reflexiones. Aportes Para la Investigación Social. PREDES, Universidad de Chile.
- BISQUERRA, R. (2004). "Metodología de la investigación educativa". Madrid; La Muralla
- COMUDEF : Plan de salud COMUNAL 2013
- COMUDEF : Plan de salud COMUNAL 2014
- Di Silvestre, M. Participación Comunitaria en Salud: La experiencia de los Grupos de Salud de la zona oeste. Documento Sin datos de edición
- Donoso Nora (2005) : salud pública .Apuntes Docentes S/n Santiago de Chile .Universidad Academia humanismo Cristiano
- Góngora, Mario 1981: Ensayo Histórico sobre la noción de Estado en los siglos XIX y XX. Ediciones La Ciudad.
- García, Juan (1983): Algunos conceptos de análisis político, en orientaciones políticas de la educación popular, Doc. De trabajo N\*5 ECO
- Kickbusch, I (1996): Promoción de la salud .Una perspectiva mundial. En OPS/OMS.
- Hopenhayn Martin (1998) : "la participación y sus Motivos, ponencia en el Sexto congreso de Trabajo social .Bucaramanga, Colombia
- Joselyn-Holt, Alfredo. El Peso de la Noche: Nuestra Frágil Fortaleza Histórica. Editorial Ariel/Planeta, Buenos Aires, 1997
- Linares C. (1996): Participación ¿solución o problema? La Habana
- Loyola V y Vergara Marcos: La salud en Chile Evolución Histórica del Sistema de salud

- . Max-Naif Manead A. (1993): DESARROLLO A ESCALA HUMANA. Editorial Nordan-Comunidad
- Marshall, T.H (1998) Ciudadanía y Clase Social. En Marshall y Bottomore, Ciudadanía y Clase Social. Alianza Editorial, Madrid.
- MINSAL (2010). : Guía de Política para la participación ciudadana en el marco de la corresponsabilidad.
- MINSAL (2005): Modelo integral de atención en salud. Serie cuadernos Modelo de Atención N° 1. Subsecretaría de Redes Asistenciales Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- MINSAL. (2006). Política de salud y pueblos indígenas.
- MINSAL (2008): Reforma de los sistemas de salud en américa latina y el Caribe: situación y tenencia Rev. Panam. Salud Pública.
- Núñez (2005): Educación popular una mirada de conjuntos
- Servicio metropolitano sur oriente (2010): Depto. de participación social y gestión integral de usuario.
- OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud 1986.
- OPS- OMS (1993): “Promoción de la salud en las Américas”, Washington. DC Publicación de OPS-PMS
- OPS- OMS: “Implementación De la estrategias de la de Promoción (1993) de la salud en la organización
- Palma, Diego (1995) :“Municipalización de los servicios sociales”.

- Palma, D., (1998): “La Participación y la Construcción de Ciudadanía. Departamento de Investigación, Santiago de Chile, Universidad de Artye Ciencias Sociales”.
- Pérez serrano, Gloria: “Investigación Cualitativa retos e interrogantes”
- Taylor y Bogdan (1994):” Introducción a los métodos cualitativos de Investigación cualitativa. Barcelona. Paidós.
- Weinstein, M., (1997): Participación Social en Salud. Acciones en Curso, FLACSO. Chile

#### **Fuentes Electrónicas:**

- Conferencia de Alma Ata (12 de septiembre 1978). (consultado el 12/07/2014)  
**<http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>**
- Gobierno de Chile (2000): “Instructivo Presidencial Sobre Participación Ciudadana”. Oficio N° 030 del 07-12-2000(Consultado el 04/06/2014):  
**[http://web.minsal.cl/sites/default/files/Instructivo-N\\_-007-de-articipaci%C3%B3n-ciudadana-2014.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/Instructivo-N_-007-de-articipaci%C3%B3n-ciudadana-2014.pdf)**
- MINSAL (2013): “Orientaciones Para La Implementación Del Modelo De Atención Integral De Salud Familiar Y Comunitaria”. División de Atención Primaria 2013. Capítulo 1. Conceptos y elementos claves. (CONSULTADO EL 03/10/2014)

**<http://minsal.uvirtual.cl/siminsal>**

- MINSAL (2008):“La atención primaria más necesaria que nunca”. Informe sobre la salud en el mundo Política de salud y pueblos indígenas (consultado el 22/07/2014)

**<http://www.who.int/whr/2010/es/OMS>**

- ALFREDSCHÜFTZ: Fuente: “La fenomenología de Alfred Schütz y la teoría del significado”(Consultado el 01/12/2014)

**<http://sociolorock.blogspot.com/2005/09/la-fenomenologa-de-alfred-schitz-y-la.html>**

- Nancy Foix, Marcela lobos: “La participación social como estrategia en el modelo de salud familiar” Consultado el 15/05/2014)

**<http://www.medicinauach.clsaludpública/diplomado/contenido/trabajos>**

- Claudio A .Méndez: “La Participación Social En Salud: El Desafío De Chile”,Rev.Panam Salud Publica 2010;27(2):144-8(Consultado el 20 /04/2014)

**<http://www.scielosp.org/pdf7rpsp/.../a09v27n2>**

- Participación social en salud : reflexiones y herramientas para la acción desde Chile, MINSAL. 2009( consultado 05 /12/2014)

**[http://www.medicinauach.cl salud pública/diplomad.](http://www.medicinauach.cl%20salud%20pública/diplomad.)**

- Constitución Chilena “Capítulo III: De Los Derechos Y Deberes Constitucionales” (consultado el 05/12/2014)

**[http://www.senado.cl/capitulo-iii-de-los-derechos-y-deberes-constitucionales/prontus\\_senado/2012-01-16/093413.html](http://www.senado.cl/capitulo-iii-de-los-derechos-y-deberes-constitucionales/prontus_senado/2012-01-16/093413.html)**

- Política para la participación ciudadana en el marco de la corresponsabilidad. Año 2010 Pág. 11.

**[http://www.msgg.gob.cl/wp-content/uploads/2011/11/Modulo1\\_9-Jun-11.pdf](http://www.msgg.gob.cl/wp-content/uploads/2011/11/Modulo1_9-Jun-11.pdf)**

- Modelo de Atención Primaria, MINSAL, Plan Nacional de Promoción de Salud 1998-2000 ( consultado el 20/05/2014)

**<http://www.minsal.cl>**

- Promoción de la salud ( consultado el 07/07/2014)

**<http://escuela.med.puc.cl/paginas/ops/curso/lecciones/Leccion17/M4L17Leccion.html>**

- Decreto 2296/95 del Ministerio de Salud. Reglamento de la Ley 19378.( consultado el 29/08/2015)

**<http://www.bcn.cl/leyes/pdf/actualizado/18940.pdf>**

- Evaluación de la Reforma de Salud y Situación del Sistema Isapres. Diseño Metodológico y Definición de Líneas Basales Marzo de 2007( consultado el 29/08/2014)

**[http://www.supersalud.gob.cl/568/articles-2727\\_recurso\\_8.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/568/articles-2727_recurso_8.pdf)**

- Gobierno de Chile. Instructivo Presidencial Sobre Participación Ciudadana.  
Oficio N° 030 del 07-12-2000.( CONSULTADO EL 15/05/2014)  
**<http://www.guiadigital.gob.cl/articulo/instructivos-presidenciales>**

Anexo



		Reconocimiento de los consejos de salud en la comuna de la Florida	Reconocimiento de los CDL Como mecanismos de Participación en los CESFAM de la Comuna de la Florida.	<p>¿Usted reconoce a los consejos de salud como reales mecanismos de participación en los CESFAM?</p> <p>¿Usted reconoce a los consejos de salud como reales instancias de participación social en la comuna de la Florida?</p>
		Principales funciones y actividades	Los consejos de salud generan instancias de participación	¿Usted cree que los consejos de salud tiene una función informativo en la comunidad?

		dades de los consejos de salud	participación de tipo informativo	
			Los consejos de salud generan instancias de participación en el área de promoción	¿Usted cree que los consejos de salud tiene una función de promoción en la comunidad
			Los consejos de salud generan instancias de participación de tipo consultivo	¿Usted cree que los consejos de salud tiene una función de tipo consultivo en la comunidad?

			Los consejos de salud generan instancias de participación de tipo evolutivo	¿Usted cree que los consejos de salud tiene una función de tipo evolutivo en la comunidad?
			Los consejos de salud generan instancias de participación en la toma de decisiones	¿Usted cree que los consejos de salud tienen una función en lo que respecta a tomar decisiones en los CESFAM de la comuna de la Florida?

		Espacios de participación social en los CESFAM de la comuna de la Florida.	Los consejos de salud generan instancias de participación social entre la comunidad y los funcionarios de los CESFAM de la comuna de la Florida	<p>¿Usted cree que los consejos de salud generan instancias de participación efectiva en los CESFAM de la comuna de la Florida?</p> <p>¿Conoce usted cuales son los principales espacios de participación de los consejos de salud en la comuna de la Florida?</p> <p>¿Conoce usted las principales actividades de los cdl en comuna de la Florida?</p>
			Los consejos de salud participan en temas de gestión de los CESFAM de la comuna de la Florida	¿Los consejos de salud abordan temas de gestión en los CESFAM de la comuna de la Florida?

				1
				2
				3
				4
		<p>Ámbito de la gestión de los consejos de salud en los CESFAM de la comuna de la Florida</p>	<p>Los consejos de salud abordan temas de Satisfacción Usuaría, para así poder generar propuestas de trabajo con los funcionarios</p> <p>Los consejos de salud abordan temas del funcionamiento interno de los CESFAM</p>	<p>¿Los consejos de salud generan propuestas sobre cómo mejorar la Satisfacción usuaria?</p> <p>¿Los consejos de salud generan propuestas de trabajo sobre el funcionamiento interno de los CESFAM?</p>

**Instrumento De Aplicación En Entrevista En Para Los Participantes Del Consejo  
De Desarrollo Local En Salud**

Nombre:	
Edad:	CESFAM al que pertenece:
Cuánto tiempo lleva inscrito en el CESFAM	
Usted pertenece a la directiva del CDL <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
cuál sería su cargo	Tiempo de participación en el CDL:

1. Cómo usted llega a participar de Consejo de desarrollo Local de Salud?
2. ¿Cuál sería las principales motivaciones que usted tienes para participar en el Consejo de desarrollo Local de Salud?
3. Según su opinión ¿cuáles sería son las principales funciones de los Consejos de Desarrollo Local de Salud en los CESFAM?
4. Según su opinión ¿cuáles serían las principales fortalezas y debilidades de los Consejo de desarrollo Local de Salud?
5. ¿Que mejoraría ustedes a los consejos de Desarrollo Local de Salud?
6. A su juicio ¿cuáles son las principales actividades que han realizado los Consejos de Desarrollo Local de Salud en la Comuna?
7. ¿Que mejoraría en la relación que tiene los Consejo de Desarrollo Local en Salud con los funcionarios de salud?
8. En su opinión ¿los directivos y trabajadores del CESFAM valoran y apoyan el trabajo de los Consejos Locales de Salud?

## **Instrumento De Aplicación En Entrevista A Los Encargados De Promoción**

### **Y Participación Social**

Nombre:	
Edad:	CESFAM al que pertenece:
Cuánto tiempo lleva en el cargo	Profesión

1. A su juicio ¿Cuál es la importancia que tiene la participación de los Consejos de Desarrollo Local en Salud en los CESFAM de la Comuna?
2. Usted participa de las reuniones del CDL y cuál es su función
3. A su juicio ¿cuáles serían las principales fortalezas y debilidades que tienen los Consejos de Desarrollo Local en la comuna de la Florida?
4. A su juicio, ¿las opiniones y sugerencias de los Consejos Desarrollo Local Salud, se toman en cuenta en la planificación anual del plan de trabajo en los CESFAM
5. ¿Que mejoraría en relación al trabajo realizado por los Consejo de Desarrollo Local en salud de la comuna?
6. ¿Cuál cree usted que es la percepción de los directores de los CESFAM en relación a las funciones que realizan los Consejos de Desarrollo Local en Salud en los CESFAM?
7. Usted piensa que su labor como encargado de promoción y participación es reconocido en los CESFAM

## **Instrumento de aplicación en Entrevista a los Directores de los CESFAM**

Nombre:	
Edad:	CESFAM al que pertenece:
Cuánto tiempo lleva en el cargo	Profesión

1. Según su opinión ¿Cuál es la importancia que tienes los Consejos de Desarrollo Local en Salud en la comuna de la Florida?
2. Usted participa en las reuniones que realiza el Consejo de Desarrollo Local en Salud en los CESFAM, cuál es su función
3. Para Usted cuales son las principales actividades que realiza los Consejo de desarrollo local en salud en los CESFAM
4. A su juicio ¿cuáles son las principales fortalezas y debilidades que presenta Consejos de Desarrollo Local en Salud?
5. Según su opinión ¿Cuáles serían los principales los aportes de los Consejos de Desarrollo Local en Salud en la gestión delos CESFAM
6. Según su opinión, Usted que mejoraría en lo que respecta a la participación de los Consejos de Desarrollo Local en Salud