

**UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
ESCUELA DE CIENCIA POLITICA Y ADMINISTRATIVA**

**Participación comunitaria directa: un mecanismo eficaz para el
proceso de gestión en la atención primaria de salud.**

Tesis para la obtención de :

Grado académico : Licenciado en Ciencia Política

Título Profesional : Administrador Público

Alumno : Juan Valeria Quilapan

Profesor Guía : Héctor Chamaca Pérez

INDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | |
| 1.1. Antecedentes generales salud publica en Chile | 4 |
| 1.1.2. Proceso de Municipalización | 10 |
| 1.1.3. Figuras jurídicas de administración de consultorios | 14 |
| 1.1.4. Atención primaria de salud | 18 |
| Consultorios generales y postas rurales de salud | 19 |
| Consultorio general urbano | 21 |
| Funciones consultorio general urbano | 22 |
| Consultorios generales rurales | 22 |
| 1.1.5. Financiamiento de la atención primaria de salud. | 27 |
| Sistema per capita de asignación de recursos | 27 |
| 1.1.6. Administración de la atención primaria de salud | 32 |
| 1.1.7. La salud pública en la década de los noventa | 39 |
| 1.1.8. Participación social en salud primaria | 44 |
| 1.1.9. Programa salud con la gente | 48 |
| 1.1.10. Consejos de desarrollo | 49 |
| 1.2. Antecedentes generales de la comuna de Peñalolen | 53 |
| 1.2.1. Sectores de la comuna | 53 |
| 1.2.2. Volumen de población | 54 |
| 1.2.3. Dinámica demográfica | 54 |
| 1.2.4. Densidad de población | 57 |
| 1.2.5. Estructura por género | 57 |
| 1.2.6. Estructura etarea | 59 |

| | |
|---|-----------|
| 1.2.7. Aspectos históricos | 59 |
| 1.2.8. Desarrollo territorial | 61 |
| 1.2.9. Fuerza de trabajo | 63 |
| 1.2.10. Nivel de cesantía | 64 |
| 1.2.11. Aspectos educativos | 65 |
| 1.3. Salud pública en Peñalolen | 66 |
| 1.3.1. Consultorio Carol Urzúa | 72 |
| 1.3.2. Consultorio La Faena | 76 |
| 1.3.4. Consultorio San Luis de Macul | 77 |
| 2. JUSTIFICACION | 78 |
| 3. DEFINICIÓN FINAL DEL PROBLEMA | 86 |
| 3.1. Pregunta de investigación | 86 |
| 3.2. Objetivo general | 86 |
| 3.3. Objetivos específicos | 86 |
| 3.4. Hipótesis | 87 |
| 3.5. Variable independiente | 88 |
| 3.6. Variable dependiente | 88 |
| 4. MARCO TEORICO | 88 |
| 4.1. Consideraciones contextuales | 88 |
| 4.2. Participación | 93 |
| 4.3. Sustentos políticos de la participación. | 96 |
| 4.4. La participación como mecanismo de gestión | 98 |

| | | |
|-----------|---|-----|
| 5. | MARCO METODOLOGICO | 107 |
| 5.1. | Fundamentación y descripción del diseño y método de investigación a emplear | 107 |
| 5.2. | Fundamentación y descripción de técnicas e instrumentos que se utilizaron | 108 |
| 5.3. | Fundamentación de las técnicas para el procesamiento y análisis de los datos recogidos o contruidos. | 108 |
| 5.4. | Resultados y técnicas de contrastación y validación de hipótesis | 109 |
| 5.4.1. | Antecedentes que orientan el desarrollo de la construcción y validación de hipótesis. | 109 |
| | Entrevista asistente social Consultorio Lo Hermida | 109 |
| | Entrevista asociación de funcionarios Consultorio San Luis de Macul | 119 |
| | Entrevista presidenta agrupación de monitoras de salud, consultorio Carol Urzúa | 127 |
| | Entrevista directora Consultorio La Faena | 136 |
| | Entrevista encargada de unidad de educación, promoción y participación social. S.S.M.O. | 148 |
| 7. | CONCLUSIONES | 159 |
| 8. | BIBLIOGRAFIA | 166 |
| 9. | ANEXOS | 171 |

INTRODUCCION

El planteamiento central de este estudio es la participación comunitaria directa, entendida como aquella que involucra a organizaciones funcionales, territoriales e instituciones de la sociedad civil, asociada a la gestión de la atención primaria de salud, en un marco de desarrollo local. Este se denomina textualmente "Participación Comunitaria Directa: un Mecanismo Eficaz para el Proceso de Gestión en la Atención Primaria de Salud".

Se entiende que el tema de la atención primaria de salud, es uno de los más complejos en las actuales Políticas Sociales. Por una parte, este es un Derecho en tanto se involucra la salud Humana, y por otra, es un deber esencial del Estado para que en primer lugar, sus ciudadanos vivan lo más saludables posibles y segundo, logren avances en su calidad de vida y se mejoren los índices de Desarrollo Humano y por último porque está consagrado en la Constitución política.

Como un aspecto de relevancia para el presente estudio, puedo señalar que a partir de la legitimación de la participación ciudadana en la gestión de los problemas que la atañen directamente, contribuimos al perfeccionamiento de la democracia.

Demostrar que es posible una gestión participativa eficiente, es también una finalidad de este estudio. En efecto, en la medida que se inicia un proceso que persiga modernizar la gestión pública, superando prácticas burocráticas centradas en normas y procedimientos, conformando sistemas públicos de administración "amigables" y con sentido de horizontalidad, aumentamos su eficacia. La verticalidad de la gestión pública es "añeja", retrograda y se demuestra claramente anquilosada, que no se ajusta con los tiempos, los cuales exigen relaciones cara a cara, superando ese sentido de distanciamiento con las personas. De este modo, modernizamos la administración pública, acercándose a la

gente, fortaleciendo una posición de servicio, de complementariedad social y de legitimación de la acción pública.

La visión de este trabajo, es desde la óptica de la Administración Pública. Por tanto, tiene un enfoque que contribuye a mejorar los procesos de gestión en pos de elevar sus niveles. Debemos aclarar que no pretende involucrarse con aspectos de dominio médico.

La presente investigación está centrada en la comuna de Peñalolen, dada su caracterización como comuna pobre. Además, porque experimenta un fenómeno de expansión urbana, constituyéndose nuevos barrios, clasificados más bien como pudientes y acomodados, que a mi juicio, expresa muy bien el fenómeno de la pésima distribución de los ingresos que experimenta nuestro país, ya que se produce una brecha entre los sectores acomodados y pobres, que tiene como consecuencia la conformación de dos realidades. También las zonas populares tienen una fuerte identidad de lucha y organización, presentando en un pasado inmediato, altos niveles de participación. Por ejemplo, la conformación del campamento "Esperanza Andina" y que hoy cuentan con viviendas dignas, para que esto fuera posible se dieron altos niveles de organización, así como también, la actual "toma de Peñalolen", acción llevada a cabo por diversos comités sin casa, que hoy se agrupan en la "Alianza Democrática de Bases" y "Federación". Además, durante la dictadura militar, existieron sendas coordinadoras de organizaciones populares. Por otro lado, facilita una información expedita con un gran sentido de colaboración por parte de los organismos de gestión consultados.

Se realizaron entrevistas a personas claves, captando a diversos actores de los distintos consultorios, de la dirección comunal de salud y del Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Entre ellos, figuran la asistente social del consultorio Lo Hermida, la Directora del consultorio La Faena, la Presidenta de la Asociación de Voluntarias de Salud del Consultorio Carol

Urzúa, la jefa de la unidad de participación del departamento de atención integrada del S.S. M. O., el presidente y el tesorero de la Asociación de Funcionarios del Consultorio San Luis de Macul.

Se hace una revisión de los aspectos más importantes del Sistema Público de Salud, desde su origen. Se centra en la Atención Primaria de Salud y particularmente, se hace un diagnóstico amplio de la comuna y en específico de la Salud Primaria local.

Finalmente, el marco teórico se centra en la participación como constitutiva de la extensión democrática, de una gestión pública "amigable", interactuando con los diversos actores locales y con clara orientación hacia el Desarrollo Local.

1) PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1) ANTECEDENTES GENERALES SALUD PUBLICA EN CHILE

El derecho a la Salud, no es tan sólo tener libre acceso a ella, sino que también un derecho de las personas y un deber de los Estados para avanzar en su desarrollo. La constitución política del Estado Chileno en el artículo 19 (Números 8 y 9), garantiza a todas las personas que habitan en el país, el derecho a la protección de la salud, y a vivir en un medio libre de contaminación. El número 9 especifica que: “El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y rehabilitación del individuo”. Así mismo, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, suscrita por el Estado Chileno, en su artículo 3 señala que “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), organismo del cual Chile es miembro, a su vez sienta los siguientes principios:

“Los Estados partes de esta Constitución declaran, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, que los siguientes principios son básicos para la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.

La desigualdad de los diversos países, en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las trasmisibles, constituye un peligro común.

El desarrollo saludable del niño es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente, es indispensable para este desarrollo.

Una opinión pública bien informada y una cooperación activa por parte del público son de importancia capital para el mejoramiento de la salud del pueblo.

Los Gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”.

El Gobierno de Chile “comparte todos los principios anteriormente enunciados y ha reconocido explícitamente que la salud es un bien natural, individual y social y que el goce del grado máximo de salud y el acceso a una atención de salud integral, es un derecho humano esencial”.¹

En tanto, la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Alma-Ata en 1978, es uno de los antecedentes en términos internacionales que guían el accionar en salud de los Estados, especialmente y en la medida, que propone nuevos criterios para la reducción de las desigualdades en materia de salud. “A la vez, define a la atención primaria como una estrategia para lograr las metas propuestas, concibiéndola como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país

¹ Dr. Figueroa M, Alex. “Énfasis y prioridades del gobierno del presidente Frei, 1998 y 1999”. WWW.MINSAL.CL/biblioteca/default.htm.

puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”

Sin embargo, para nuestro Estado que cuenta con recursos escasos, organizar un sistema efectivo de salud pública es un desafío no menor. En efecto según el Ministerio de Salud “La población de Chile se encuentra actualmente en un proceso de transición demográfica y epidemiológica importante en la situación de salud de la población, derivada de los cambios políticos, sociales y económicos que han caracterizado al país a partir de la década de los ochenta”.² Y con ello, por supuesto, se “determina una compleja situación en salud, en la que coexisten problemas vinculados por una parte al subdesarrollo como por ejemplo las enfermedades entéricas, las transmisibles y carenciales y, por otra parte, los asociados a los estilos de vida y al desarrollo económico, como son las enfermedades crónicas, los cánceres, los accidentes y los problemas de salud mental, consecuencia tanto de los cambios sociales como de la contaminación del medio ambiente y del mundo laboral”.³

Ante estas afirmaciones podemos plantear que la realidad es un constante cambio, por cuanto los procesos sociales, económicos, culturales siguen avanzando, entonces, el cambio es una exigencia constante y presente de toda organización para desarrollar más adecuadamente su misión.

Fue la Dictadura Militar de Pinochet quien inició el proceso de desmantelamiento del antiguo Estado denominado desarrollista, creando uno nuevo, que se adaptara de mejor forma al modelo social, político y económico que se abría paso. Para ello se dotó de una nueva legalidad a través de una nueva Constitución política y se reorganizó la estructura política y administrativa.

² Ministerio de Salud. Chile. “Carta de Navegación año 1999”. p.15.

³ Ibid. p.15.

“El Gobierno Militar inició a fines de la década de los 70 una serie de reformas estructurales. A partir del año 1975 hasta el año 1980, se realizaron las reformas en el área económica. Entre los años 1978 y 1980 aproximadamente, se definieron las reformas en el área de gobierno interior. Posteriormente, y basadas en las realizadas en el área económica y de gobierno, se iniciaron las reformas en las áreas sociales. Estas se enmarcaban en la aplicación en el país del modelo de desarrollo económico y social denominado de Economía Social de Mercado.”⁴

En esta lógica, la antigua salud pública se reformulaba creando un sistema de salud mixto, incorporando al sector privado a esta.

“Los principios que llevaron al gobierno militar a reformar los sectores sociales, entre los cuales está salud (Castañeda, 1990):

- 1) Concentrar los subsidios en los segmentos poblacionales más pobres. Igualdad de oportunidades y esfuerzo de los beneficiarios cuando estos así lo podían. Este concepto viene a ser un cambio con respecto a la concepción tradicional en el país en que el Estado era el responsable de proporcionar los servicios sociales a la totalidad de la población, sin una selección especial de los beneficiarios.
- 2) Los beneficiarios sociales debían ser proporcionados por la entidad más cercana al usuario, como son los municipios y el sector privado, con o sin fines de lucro. El sector público y los ministerios deben asumir, por lo tanto un rol normativo, de control y supervisión de las actividades, y de financiador de las prestaciones.

⁴ Palma, Eduardo. “Municipio, Descentralización y Salud”. La municipalización de servicios sociales en Chile. p. 21. ILPES/MISAL.OMS/OPS. LC/IP/L.109. Febrero de 1995.

- 3) El financiamiento de los servicios sociales debía basarse en los servicios proporcionados y no en la asignación histórica. El gobierno definió así que tipo de prestaciones financiera, de acuerdo a normas y criterios previamente determinados. Esto tenía por objeto introducir el principio de la competencia en la provisión de servicios sociales como una forma de aumentar la cantidad y calidad de los servicios entregados.
- 4) Los subsidios debían entregarse directamente a los beneficiarios.

El sector público debía tomar a su cargo aquellas actividades que tuvieran un beneficio social claro, que no fueran de interés para el sector privado (Principio de subsidiaridad del Estado)".⁵

“Las reformas hechas por el gobierno militar consistieron en:

- a) Creación del FONASA, encargada de reunir todos los ingresos para el sector salud, provenientes del presupuesto nacional y de las cotizaciones obligatorias, y de distribuir el dinero o pagar a los proveedores de servicios.
- b) Adecuación del rol del Ministerio de Salud, como agente encargado de evaluar, supervisar, normar y formular políticas.
- c) Creación de 26 servicios de salud autónomos, con la responsabilidad de proporcionar servicios preventivos y curativos en áreas geográficas determinadas.
- d) Transferencia de responsabilidades por concepto de servicios e infraestructura de salud primaria a las municipalidades, como parte de un cambio comenzado en 1981 y completado en 1988. Con esta reforma se pretendía promover la participación del sector privado en salud primaria.

⁵ Palma, Eduardo. “Municipio, Descentralización y Salud”. La municipalización de servicios sociales en Chile. p. 22. ILPES/MINSAL. OMS/OPS. LC/IP/L.109. Febrero de 1995.

Creación de las ISAPRES como una alternativa a FONASA, en la administración de las cotizaciones obligatorias para salud. Esta reforma permitió la participación del sector privado en la administración del financiamiento de salud y en el desarrollo de sistemas de atención médica privada.”⁶

En concreto, el Ministerio de salud se reorganizó mediante el Decreto Ley N° 2.763 publicado en el diario oficial, el 3 de Agosto de 1979, creando los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema nacional de Servicios de Salud. Esta reorganización se lleva a cabo considerando los decretos leyes N° s 1 y 128, de 1973; 527, de 1974; 991, de 1976. Y se justifica ante, y nótese que la nueva constitución política del Estado sólo sería aprobada en 1980, ante “La necesidad de reorganizar el Ministerio de Salud y las instituciones que se relacionan con esta Secretaría de Estado, a fin de establecer las bases orgánicas de un Sistema Nacional de Servicios de Salud, que posibilite el efectivo acceso de la población a las acciones de salud, en la forma prevista por la Constitución Política del Estado, y permita el fiel y eficiente cumplimiento de las políticas de salud, como también ejercer la responsabilidad del Estado de redistribuir la asignación de recursos de acuerdo a las necesidades reales de cada Región, en beneficio de un desarrollo homogéneo; y que las nuevas estructuras se adapten a las políticas de regionalización”.⁷

Con el propósito de contribuir a la descentralización se conformó un nivel operativo, en efecto, “En el subsistema público las acciones de salud se realizan a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS),

⁶ Palma, Eduardo. “Municipio, Descentralización y Salud”. La municipalización de servicios sociales en Chile. p. 23. ILPES/MINSAL. OMS/OPS. LC/IP/L.109. Febrero de 1995.

⁷ Ministerio de Salud, Dpto. asesoría jurídica. Of. referencias. WWW.MINSAL.CL/biblioteca/default.htm

conformado por 29 entidades denominadas Servicios de salud distribuidos a lo largo del país, de los cuales depende una compleja red hospitalaria, consultorios adosados y una red de establecimientos de atención primaria, en su gran mayoría de administración municipal”.⁸ Estos se definen como “organismos estatales, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para la realización de las referidas acciones. Dependerán del Ministerio de Salud, para los efectos de someterse a la supervigilancia de éste en su funcionamiento, y a cuyas políticas, normas y planes generales deberán sujetarse en el ejercicio de sus actividades.

Mediante Decreto Supremo N ° 42 de 1986, publicado en el diario oficial del 9 de Diciembre de 1986, se aprobó el reglamento orgánico de los Servicios de Salud, derogando el decreto N ° 281 de 1980. Sobre la base de “la necesidad de actualizar las disposiciones contenidas en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, contenido en el decreto supremo N ° 281, de 30 de Julio de 1980 del Ministerio de Salud; lo establecido en el Capítulo II del decreto ley N ° 2763, de 1979”⁹

Este Decreto señala que “A los Servicios de Salud creados por el artículo 16 del decreto ley N ° 2763, de 3 de agosto de 1979, en adelante los Servicios, les corresponderá ejecutar coordinadamente acciones integradas de fomento o promoción y protección relativas a las personas y al ambiente y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas”. “Los Servicios dependerán del Ministerio de Salud, para los efectos de someterse a la supervigilancia de esta Secretaría de Estado, y de cumplir las políticas, normas y planes generales que ella aprueba”. Además señala que “Los Servicios de Salud, a través de postas rurales, consultorios generales y hospitales deberán desarrollar funciones

⁸ Ministerio de salud. “Situación de Salud en Chile 1999”. En Tarjeta de presentación.

⁹ Ministerio de Salud. Dpto. asesoría jurídica. Of. Referencias jurídicas. www.MINSAL.CL/biblioteca/default.htm

asistenciales y sobre el ambiente en la atención de las necesidades de salud de la población, en la forma prevista en el Capítulo II, del decreto ley N ° 2763, de 1979, en el presente reglamento y en las disposiciones que lo complementen.”¹⁰

1.1.2) PROCESO DE MUNICIPALIZACION

Por otra parte, a nivel de salud primaria también se reestructura. Es así, que “El proceso de municipalización de la salud en Chile se produjo en un momento en que las decisiones eran tomadas por un sector de la sociedad con un poder importante y sin contrapesos. Esta corriente se encontraba inmersa en una concepción de la sociedad inspirada por la escuela Friedmanniana, también llamada “de Chicago” (Nohlen, 1985). El sistema de salud en Chile era hasta ese momento un sistema nacional, unitario, centralizado desde el punto de vista político y normativo, con la ejecución de las actividades a cargo de los diferentes tipos de establecimientos”¹¹

El proceso de “municipalización” o de descentralización de la salud primaria impactó profundamente en el sistema de salud, “la operación del traspaso, inicialmente cubrió un 20% de las comunas, proceso que se amplía y consolida a fines de 1989, traspasándose en este período alrededor del 90% de los establecimientos del país”.¹²

Por lo tanto, en la misma dirección de coherencia con el modelo de desarrollo Neoliberal, se implementa la descentralización como una forma de desconcentrar no para la democracia sino que para controlar de mejor

¹⁰ Ministerio de Salud. Dpto. asesoría jurídica. Of. Referencias jurídicas. www.MINSAL:CL/biblioteca/default.htm

¹¹ Palma, Eduardo. “Municipio, Descentralización y Salud”. La municipalización de servicios sociales en Chile. p. 19. ILPES/MINSAL. OMS/OPS. LC/IP/L.109. Febrero de 1995.

¹² Duarte, Dagoberto; Zuleta, María Soledad. “La situación de la salud primaria en Chile”. p. 99. Revista de Estudios Sociales. N ° 99, 1999. CPU.

forma los conflictos que se generarían a partir de las “naturales” demandas no satisfechas debido a la escasez de recursos con que cuenta el país.

“El traspaso de los establecimientos y de las competencias hacia el municipio, también llamada de municipalización de la salud, se realizó en un período especial de la historia del país, en que las libertades públicas y privadas se encontraban coartadas. Esto determinó que este proceso significara una acción no consultada y resistida por el sector salud. Los objetivos que justificaran la transferencia de la salud a los municipios por parte del gobierno militar fueron (Castañeda, 1990; Giaconi, 1985):

- a) Descentralizar al máximo la ejecución de las acciones de salud, llevándolas en el ámbito comunal, es decir, facilitar una administración descentralizada, atendiendo a las características y diversidad de cada comuna (acercar la toma de decisiones al nivel local);
- b) Mejorar el control y la fiscalización de establecimientos muy alejados de las jefaturas de las direcciones de los servicios del SNSS (flexibilizar la gestión del recurso humano);
- c) Adecuar los programas de salud a las necesidades sentidas de la población;
- d) Permitir la canalización de fondos municipales para la operación de los establecimientos y mejorar su infraestructura (movilizar recursos provenientes del sector municipal);
- e) Hacer posible una mayor participación comunitaria en la base social; y

Permitir una mejor integración multisectorial, en especial con los sectores más importantes como son educación, vivienda, saneamiento ambiental, etc.”¹³

La llamada “municipalización” fue un proceso gradual, pero de alto impacto, porque involucraba a un gran número de trabajadores, estructuras organizativas y recursos. Además del gran número de población involucrada y lo urgente de sus demandas por salud. A todo ello hay que agregar que la atención primaria constituye el eslabón más cercano y directo de los usuarios de la salud pública.

“En el período 1981-1982 fueron municipalizados aproximadamente 360 establecimientos del nivel primario (consultorios generales urbanos, consultorios generales rurales y postas rurales). Estos primeros traspasos se realizaron como un plan piloto que sólo abarcó establecimientos de nivel primario y excluyó, por su complejidad y área geográfica de acción mayor a una comuna, a los hospitales, Servicios de urgencia, consultorios de especialidades y consultorios de gran tamaño (sobre 100.000 usuarios). Posteriormente se continuó en este mismo esquema, no traspasándose otros tipos de establecimientos”.¹⁴

“Después de esta primera etapa de traspasos, el proceso fue detenido hasta 1987. Las razones de esta interrupción no están claras. Lo que está claro es que hubo fuertes presiones por parte del colegio médico, por un lado, y de las autoridades de salud, por el otro, para detener el proceso, que fue considerado por lo profesionales del sector como una

¹³ Palma, Eduardo. “Municipio, Descentralización y Salud”. La municipalización de servicios sociales en Chile. p. 29. ILPES/MINSAL. OMS/OPS. LC/IP/L.109. Febrero de 1995.

¹⁴ Palma, Eduardo. “Municipio, Descentralización y Salud”. La municipalización de servicios sociales en Chile. p. 30. ILPES/MINSAL. OMS/OPS. LC/IP/L.109. Febrero de 1995.

destrucción del Sistema Nacional de salud. En el período comprendido entre 1987-1988 se retoma el plan y se traspasan alrededor de 1.300 nuevos establecimientos. A mediados de 1988 el proceso de transferencia se encontraba completo en los referente a los establecimientos de la red de atención primaria de salud. Así, en el catastro realizado por el ministerio de salud a Octubre de 1989, el 90,6% de los consultorios urbanos, el 98,5% de los consultorios rurales, el 99,5% de las postas rurales, el 42,5% de las estaciones médico-rurales y el 100% de las clínicas dentales escolares dejaron de depender del Ministerio de Salud”¹⁵

1.1.3) FIGURAS JURIDICAS DE ADMINISTRACIÓN DE CONSULTORIOS

“De acuerdo a lo estipulado en la Ley Orgánica de Municipalidades estas tienen varias posibilidades al momento de gestionar los servicios sociales traspasados. Así, en salud, al igual que en educación, las municipalidades al momento del traspaso de los establecimientos de salud a su comuna, pudieron optar entre tres alternativas (Ley N ° 3.477)

- a) Constituir Departamentos Municipales de salud;
- b) Entregar los servicios de salud traspasados a entidades jurídicas de Derecho Privado; y

Creación de Corporación Municipales de Desarrollo Social.”¹⁶

“Tras la promulgación de la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades (Ley 18.965), y el fallo del tribunal constitucional publicado en el Diario Oficial el 11 de Marzo de 1988, las opciones municipales quedaron reducidas a la administración directa a través de la

¹⁵ Palma, Eduardo. “Municipio, Descentralización y Salud”. La municipalización de servicios sociales en Chile. p.p. 30-31. ILPES/MINSAL. OMS/OPS. LC/IP/L.109. Febrero de 1995.

¹⁶ Ibid. p. 36.

constitución de departamentos específicos, y el traspaso, a través de licitación pública, a personas de derecho privado sin fines de lucro (ILPES, 1992). La ley Orgánica Constitucional de Municipalidades modificada por ley n° 19.130, publicada en el Diario Oficial el 19 de Marzo de 1992, explicita que los municipios podrán “Constituir y participar en corporaciones o fundaciones de derecho privado, sin fines de lucro destinadas a la promoción y difusión del arte y la cultura” quedando, por lo tanto, excluida la posibilidad de formar corporaciones municipales de derecho privado para la administración de los establecimientos de salud.”¹⁷

“Administración Directa (Departamento Municipal de Salud)

La Ley 18.965 establece que el municipio puede desarrollar directamente sus funciones relativas a la salud pública. Debe crear una unidad de salud que ejerza las funciones y atribuciones destinadas a entregar el servicio de salud a la comuna. En los municipios que tienen Dirección de Desarrollo comunitario, la unidad de salud debe depender de ella (González, 1992/8)”¹⁸

“La municipalidad debe llevar presupuesto separado para los establecimientos de salud que administra, el cual se rige por las disposiciones establecidas en el sistema de administración financiera del estado (Decreto Ley N° 1263 de 1975) en cuanto a la administración de fondos, la contabilidad y el control presupuestario. La aprobación del

¹⁷ Palma, Eduardo. “Municipio, Descentralización y Salud”. La municipalización de servicios sociales en Chile. p. 36. ILPES/MINSAL. OMS/OPS. LC/IP/L.109. Febrero de 1995.

¹⁸ Palma, Eduardo. “Municipio, Descentralización y Salud”. La municipalización de servicios sociales en Chile. p. 36. ILPES/MINSAL. OMS/OPS. LC/IP/L.109. Febrero de 1995.

presupuesto del servicio de salud y sus modificaciones requiere el acuerdo del Consejo municipal”¹⁹

“Administración de servicios da salud a través de Corporaciones constituidas por la municipalidad.

“Las corporaciones municipales constituidas por los municipios para administrar el servicio de salud son personas jurídicas de derecho privado que no persiguen fines de lucro.”²⁰

“Sus objetivos son administrar y operar el servicio de salud, adoptando las medidas necesarias para su dotación, ampliación y perfeccionamiento, y difundir los objetivos que impulsa la corporación y sus realizaciones. Las corporaciones municipales funcionan bajo la presidencia del Alcalde y de un directorio compuesto por no más de 5 personas, con cargo de concejales.”²¹

“Una gran ventaja de las corporaciones es que poseen amplias atribuciones, sin perjuicio que su supervigilancia y fiscalización correspondan a las autoridades públicas, de acuerdo con las leyes y reglamentos. Además, es su obligación estatutaria difundir en la opinión pública de los objetivos que impulsa la corporación y las realizaciones que ella lleva a cabo”²²

¹⁹ Palma, Eduardo. “Municipio, Descentralización y Salud”. La municipalización de servicios sociales en Chile. p. 37. ILPES/MINSAL. OMS/OPS. LC/IP/L.109. Febrero de 1995.

²⁰ *Ibíd.* p. 37.

²¹ *Ibíd.* p. 37.

²² *Ibíd.* p. p. 37-38.

“Administración delegada a personas jurídicas de Derecho Privado;

De acuerdo al Decreto Ley n ° 3.47, las municipalidades pueden entregar la administración de los establecimientos de salud a una persona jurídica sin fines de lucro, mediante litación pública.” ²³

“Dicha administración se rige por las mismas normas que se aplican a las corporaciones municipales, con las siguientes salvedades: a) el Alcalde no tiene participación en su gestión, y b) el municipio puede contribuir al financiamiento, a través de aportes o subvenciones.” ²⁴

“La mayoría de los Municipios optó por la administración directa de los establecimientos a través de la creación de Departamentos de Salud Municipales, con excepción de los correspondientes a la Región Metropolitana, que adoptaron en mayor porcentaje la modalidad de crear Corporaciones Municipales de Derecho privado. En efecto, en 271 comunas existen departamentos municipales, en tanto que las corporaciones administran establecimientos en los 54 restantes. En algunas comunas y regiones del país se han traspasado servicios de salud a entidades: Sociedad de Fomento Fabril, Sociedad Nacional de Agricultura, Sociedad Nacional de Minería, Cámara Central de Comercio, Cámara Chilena de la Construcción, etc. Estas corporaciones están más bien sujetas a controles internos, cuando los hay, por parte de dichas entidades privadas (Fundación Friedrich Ebert, 1992/38; Hernández, H. 1993/17)” ²⁵

²³ Palma, Eduardo. “Municipio, Descentralización y Salud”. La municipalización de servicios sociales en Chile. p. 38. ILPES/MINSAL. OMS/OPS. LC/IP/L.109. Febrero de 1995. .

²⁴ *Ibíd.* p. 38.

²⁵ *Ibíd.* p. 38.

**SERVICIO DE SALUD Y COMUNAS CON ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPALIZADA
1998**

| REGION | SERVICIO DE SALUD | Nº DE % COMUNAS | POBLACION |
|--------------|-------------------------------|--------------------|----------------|
| 1 | Arica | 4 | 1,03% |
| 1 | Iquique | 6 | 1,12% |
| 2 | Antofagasta | 7 | 2,63% |
| 3 | Atacama | 9 | 1,83% |
| 4 | Coquimbo | 14 | 4,01% |
| 5 | San Felipe, Los Andes | 9 | 1,08% |
| 5 | Valparaíso, San Antonio | 9 | 3,08% |
| 5 | Viña del Mar, Quillota | 16 | 6,05% |
| 6 | Libertador B. O' Higgins | 31 | 5,86% |
| 7 | Maule | 30 | 7,93% |
| 8 | Arauco | 7 | 0,98% |
| 8 | Bio-Bio, Los Angeles | 3 | 2,69% |
| 8 | Concepción | 8 | 4,11% |
| 8 | Ñuble | 21 | 3,03% |
| 8 | Talcahuano | 3 | 2,38% |
| 9 | Araucanía Norte | 11 | 1,52% |
| 9 | Araucanía Sur | 20 | 4,46% |
| 10 | Llanquihue, Chiloé, Palena | 22 | 2,50% |
| 10 | Osorno | 7 | 2,16% |
| 10 | Valdivia | 12 | 2,57% |
| 12 | Magallanes | 8 | 0,47% |
| 13 | Metropolitano Norte | 8 | 5,3% |
| 13 | Metropolitano Occidente | 14 | 7,61% |
| 13 | Metropolitano Oriente | 8 | 5,41% |
| 13 | Metropolitano Sur | 11 | 9,95% |
| 13 | Metropolitano Sur Oriente | 7 | 10,22% |
| TOTAL | | 315 | 100,00% |

Fuente: DAP-MINSAL. Octubre de 1998.

1.1.4) ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La LEY N ° 19.378, Estatuto de atención primaria de Salud Municipal, norma "la administración, régimen de financiamiento y coordinación de la atención primaria de salud, cuya gestión, en razón de los principios de descentralización y desconcentración, se encontrara traspasada a las municipalidades al 30 de junio de 1991, en virtud de convenios regidos por el decreto con fuerza de ley N ° 1-3.063, del

Ministerio del Interior, de 1980, Asimismo, normará los aspectos anteriormente citados, respecto de aquellos establecimientos de atención primaria de salud que sean creados por las municipalidades; traspasados con posterioridad por los Servicios de Salud; o que se incorporen a la administración municipal por cualquier causa. También regulará, en lo pertinente, la relación laboral, carrera funcionaria, deberes y derechos del respectivo personal que ejecute acciones de atención primaria de salud”.

Se establece que;

“a) Establecimientos municipales de atención primaria de salud: Los consultorios generales urbanos y rurales, las postas rurales y cualquier otra clase de establecimientos de salud administrados por las municipalidades o las instituciones privadas sin fines de lucro que los administren en virtud de convenios celebrados con ellas.

b) Entidades administradoras de salud municipal: las personas jurídicas que tengan a su cargo la administración y operación de establecimientos de atención primaria de salud municipal, sean éstas las municipalidades o instituciones privadas sin fines de lucro a las que la municipalidad haya entregado la administración de los establecimientos de salud, en conformidad con el artículo 12 del decreto con fuerza de ley N °1-3.063, del Ministerio del Interior, de 1980.”

CONSULTORIOS GENERALES Y POSTAS RURALES DE SALUD

Las funciones de salud son desarrolladas por los servicios de salud central a través de hospitales y algunos consultorios generales y por las municipalidades a través de los consultorios generales urbanos y rurales, y postas rurales de salud, que constituyen sus unidades ejecutoras y funcionales descentralizadas y son los encargados de realizar todas o alguna de las actividades de recuperación, fomento y protección de la salud y de rehabilitación de personas enfermas.

“En materia de fórmulas de administración, en el grupo de comunas cuya salud es municipalizada, existen 52 (16,5%) que han optado por la figura jurídica de Corporación Municipal para gestionar los recursos del sector salud municipal (frecuentemente, de manera conjunta con los fondos del sector educación municipalizado); sin embargo esta opción no puede expandirse más, pues está actualmente limitada por ley.”²⁶

La atención de salud está estructurada en tres niveles, (primario, secundario y terciario), según la complejidad y cobertura de las prestaciones que se realizan.

Nivel primario de atención comprende un conjunto de acciones destinadas fundamentalmente, aunque no en forma exclusiva, al fomento, prevención y protección de la salud de las personas y del medio ambiente. En el campo de la recuperación involucra la atención ambulatoria (vale decir, la que no incluye hospitalización) y domiciliaria de los problemas de salud más simples y frecuentes que, por su baja complejidad, pueden resolverse con técnicas de diagnóstico y tratamiento básico.

La atención de emergencia que se otorga en las estructuras de este nivel consiste en primeros auxilios y resolución de casos simples. El apoyo de medios auxiliares, diagnósticos y terapéuticos es mínimo. Los recursos humanos involucrados constituyen un equipo de salud que va desde el auxiliar de salud rural hasta el profesional médico.

A los Consultorios Generales Urbanos y Rurales y a las Postas Rurales de Salud, corresponderá realizar acciones de salud de atención ambulatoria de nivel primario y sobre el ambiente en distintos grados de complejidad y respecto de diferentes sectores de la población usuaria de

²⁶ Duarte, Dagoberto; Zuleta, María Soledad. "La situación de la salud primaria en Chile". p. 101. *Revista de Estudios Sociales*. N° 99, 1999. CPU.

los Servicios de Salud. Contarán con la dotación de personal que les asigne la Dirección de Atención Primaria considerando las necesidades de demanda asistencial que deban cubrir los establecimientos y de acuerdo a los recursos disponibles.

Los Consultorios Generales Urbanos tendrán por objeto satisfacer las necesidades de atención ambulatoria del nivel primario de las poblaciones urbanas.

ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN SU DEPENDENCIA

| TIPO | MUNICIPALES | SERVICIO DE SALUD | ONG | TOTAL |
|----------------------------|--------------|-------------------|----------|--------------|
| Consultorio General Urbano | 243 | 28 | 5 | 276 |
| Consultorio General Rural | 154 | 6 | | 160 |
| Hospital Tipo 4 | | 102 | 2 | 104 |
| Postas de Salud Rural | 1.075 | 31 | | 1.106 |
| Total | 1.472 | 167 | 7 | 1.646 |

Fuente: DAP-Ministerio de salud, 1998.

CONSULTORIO GENERAL URBANO

Consultorio General Urbano: es un establecimiento de atención ambulatoria ubicado en localidades de más de 20.000 habitantes y al servicio de un área de atracción, idealmente no superior a los 50.000 habitantes. La capacidad de resolución de problemas de salud ambulatoria está determinada por la complejidad de los recursos que posea el consultorio. El equipo de salud del consultorio está constituido por médicos generales, odontólogos, enfermeras, matronas, nutricionistas, al cual se agrega el tecnólogo médico para el manejo de laboratorio básico que eventualmente posea la estructura.

FUNCIONES DEL CONSULTORIO GENERAL URBANO

- a) realizar acciones de fomento y protección en beneficio de la salud de la población que debe atender;
- b) prestar atención profesional de medicina integral, de especialidades básicas y odontológicas cuando proceda;
- c) orientar y referir a los pacientes, cuando corresponda, a los establecimientos de mayor complejidad;
- d) realizar el control y seguimiento de enfermos crónicos cuya atención no precise de la intervención permanente de especialistas;
- e) dar atención de primeros auxilios en forma oportuna y derivar, cuando corresponda, las situaciones de emergencia a la unidad respectiva;
- f) participar en las actividades de los programas sobre el ambiente, y
- g) participar en actividades intersectoriales que tiendan al desarrollo integrado de la comunidad.

CONSULTORIOS GENERALES RURALES

Consultorio General Rural: es un establecimiento de atención ambulatoria ubicado generalmente en localidades de 2.000 a 5.000 habitantes y que presta servicios a la población de un área geográfica que no excede los 20.000 habitantes. Las acciones del consultorio general rural comprenden tanto el fomento, prevención y protección de la salud de las personas y del medio ambiente, así como las resoluciones de los problemas de salud que pueda manejar un equipo compuesto de médico, odontólogo, enfermera y matrona, apoyados por medios básicos de diagnóstico y tratamiento.

El consultorio otorga atención de primeros auxilios, resolviendo aquella demanda que no requiere de recursos de mayor complejidad y refiere a los establecimientos de mayor capacidad resolutive el resto de los casos.

Los Consultorios Generales Rurales tendrán por objeto extender las acciones de salud a poblaciones pequeñas y a sus respectivas áreas de atracción rural, a través de atención ambulatoria del nivel primario prestado por un equipo permanente de profesionales funcionarios y demás personal asignado al establecimiento.

Le corresponderá, en consecuencia:

- a) ejecutar acciones de fomento y protección de salud respecto de la población residente en la localidad en que funcionen y en su área de atracción que no esté cubierta por las Postas Rurales;
- b) realizar acciones de coordinación y orientación técnica en la comunidad que permitan modificar o prevenir situaciones ambientales que afecten a la salud de la población;
- c) prestar atención profesional médica y odontológica general, solucionando las situaciones de morbilidad de mayor frecuencia y menor complejidad, como también aquellas referidas por las Postas Rurales;
- d) referir a establecimientos de mayor complejidad los problemas que no puedan ser resueltos en su nivel y continuar el seguimiento y control posterior de los enfermos que habiendo sido tratados en un nivel superior de complejidad, requieren vigilancia posterior;
- e) realizar acciones conducentes a detectar los problemas sanitarios del ambiente y aplicar los mecanismos de coordinación que se establezcan con otras estructuras del Sistema o ajenas a éste;
- f) otorgar atención de primeros auxilios en forma oportuna;

g) supervisar y atender profesionalmente la solución de problemas relativos a personas y al ambiente en las Postas Rurales de Salud, según programas elaborados por la Dirección de Atención Primaria, y

h) participar activamente en programas multi-sectoriales que tiendan al desarrollo integrado de la comunidad.

El Director del Consultorio tendrá las funciones que a continuación se señalan:

a) programar, dirigir, coordinar, supervisar, controlar y evaluar todas las actividades del establecimiento;

b) efectuar en forma oportuna el diagnóstico de salud para formular adecuadamente los programas respectivos, controlando su ejecución y evaluando sus resultados;

c) coordinar y ejecutar las acciones de salud que corresponda realizar al Consultorio, en relación con programas intersectoriales de desarrollo integral de la comunidad;

d) programar y realizar reuniones periódicas con el equipo de salud para analizar el funcionamiento general del establecimiento;

e) estudiar y comunicar a la Dirección de Atención Primaria las necesidades de recursos humanos, físicos, insumos y demás elementos que el Consultorio requiera y velar por su óptima utilización;

f) mantener permanentemente informado al Director de Atención Primaria de la ejecución de las acciones de salud y de la marcha general del establecimiento;

g) comunicar a los funcionarios de su dependencia las normas, directivas e instrucciones que deban conocer y velar por su adecuado cumplimiento;

h) divulgar a la comunidad los programas que deben implementarse y adoptar las demás medidas necesarias para obtener su participación activa y colaboración en las acciones del Consultorio;

i) colaborar en el adiestramiento del personal y velar por su bienestar;

j) propiciar y realizar, con aprobación previa de la Dirección de Atención Primaria, actividades de investigación en aspectos sociales, administrativos, demográficos y epidemiológicos, y

k) desempeñar las demás funciones y tareas que pueda delegarle la Dirección del Servicio o encomendarle el Director de Atención Primaria.

Postas Rurales de Salud: son establecimientos de atención ambulatoria, localizados en una determinada área geográfica de fácil accesibilidad para poblaciones de 600 a 1.200 habitantes. Están a cargo de un auxiliar de salud rural residente, que recibe periódicamente el apoyo del equipo profesional compuesto básicamente por un médico, una enfermera y una matrona, los que concurren en conjunto o en forma alternada, según las necesidades de la localidad. Las acciones de fomento, protección y prevención se realizan sobre toda la población del área geográfica, básicamente a través de visitas domiciliarias programadas y las actividades de recuperación, por detección o demanda espontánea.

Estaciones Médico Rurales: estas estaciones no corresponden a establecimientos asistenciales y funcionan en lugares aislados de población dispersa. Pueden estar ubicadas en locales proporcionados por la comunidad (escuelas, centros comunitarios) donde concurre la ronda médica en forma periódica para otorgar las actividades de fomento, prevención y recuperación.

Entre otras, la atención primaria considera las siguientes prestaciones:

- ❑ Consulta médica;
- ❑ Consulta o control Psicológico, enfermera, matrona, nutricionista;
- ❑ Colocación de vacunas;
- ❑ Desparasitación, sarna y pediculosis;
- ❑ Atención odontológica;
- ❑ Exámenes de laboratorio;
- ❑ imaginología (radiografías tórax, extremidades);
- ❑ Ecografía obstetricia y ginecológica;
- ❑ Procedimientos diagnósticos y terapéuticos de neurología, neurocirugía, otorrinolaringología, dermatología, ortopedia y traumatológico.

ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA

| Tipo establecimiento | Administración Municipal | | Administración Servicio Salud | | Total |
|----------------------------------|--------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|--------------|
| Consultorio General Urbano (CGU) | 228 | 93 % | 18 | 7 % | 246 |
| Consultorio General Rural (CGR) | 149 | 100 % | - | - | 149 |
| Consultorio Hospital 4 (H4) | - | - | 117 | 100 % | 117 |
| Posta Salud Rural (PSR) | 1.075 | 97 % | 31 | 3 % | 1.106 |
| Total | 1.452 | 90 % | 166 | 10 % | 1.618 |

Fuente: Ministerio de Salud. 1998.

1.1.5) FINANCIAMIENTO DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

SISTEMA PER CAPITA DE ASIGNACIÓN DE RECURSOS

“En el gobierno de Frei, una medida que pretende incidir en un mayor fomento a actividades de prevención y promoción de la salud se refiere al cambio en el sistema de financiamiento de la atención primaria. En efecto, el financiamiento en los consultorios se obtenía según el número de atenciones realizadas (FAPEM), lo que privilegia la atención curativa; actualmente, el sistema de “pago per cápita” asigna a los recursos según el número de personas inscritas en el consultorio” Con esta modalidad, los consultorios disponen de recursos en forma relativamente más libres para realizar las actividades que programen y, eventualmente, pueden realizar acciones de promoción junto a la comunidad”²⁷

Cada entidad administradora de salud municipal recibirá mensualmente, del Ministerio de Salud, a través de los Servicios de Salud correspondientes, un aporte estatal, el cual se determinará según los siguientes criterios:

- a) Población potencialmente beneficiaria en la comuna y características epidemiológicas;
- b) Nivel socioeconómico de la población e índices de ruralidad y dificultad para acceder, y prestar atenciones de salud;
- c) El conjunto de prestaciones que se programen anualmente en los establecimientos de la comuna y;

²⁷ Weinstein, Marisa. “Participación Social en Salud. Acciones en curso”. p. 8. FLACSO. Chile. 1997.

d) Cantidad de prestaciones que efectivamente realicen los establecimientos de salud municipal de la comuna, sobre la base de una evaluación semestral.

Sólo darán derecho al aporte a que se refiere el artículo 49 las acciones de salud en atención primaria destinadas al fomento, prevención y recuperación de la salud y a la rehabilitación de las personas enfermas y sobre el medio ambiente, cuando corresponda, en los establecimientos municipales de atención primaria de salud o prestadas por el personal de dichos establecimientos en el ejercicio de sus funciones dentro de la comuna respectiva, cuando éstas sean otorgadas a los beneficiarios legales de los servicios de salud, así como a los beneficiarios que sean atendidos en virtud de convenios celebrados con el respectivo Servicio de Salud.

Los recursos que ingresen a las municipalidades como consecuencia del cobro a los beneficiarios de la ley N° 18.469 y su reglamento, modalidad institucional, formarán parte de un "fondo de salud municipal de ingresos propios", el que deberá ser destinado en su totalidad a los establecimientos de atención primaria de salud municipal. En la distribución de este "fondo", la municipalidad deberá considerar preferentemente su asignación hacia el establecimiento que da origen a los ingresos propios, destinando el resto de los ingresos, en porcentajes que la propia municipalidad adopte, a otros establecimientos de salud de la municipalidad respectiva.

La asignación de recursos per cápita hacia los establecimientos del nivel primario de atención, tiene como objetivos de corto y mediano plazo la obtención de una equidad en la asignación de los recursos. Como objetivo de largo plazo apunta a una mayor flexibilidad en la gestión municipal, que se incentiven las acciones de prevención y fomento, que la acción de los establecimientos se oriente hacia la obtención de resultados, que contribuya a fomentar la participación de los usuarios.

Los elementos centrales del sistema son tres:

- a) La determinación del costo de un Plan de Salud Familiar o canasta básica de prestaciones, que representa una oferta de servicios hacia la población, mediante la cual se cubran las necesidades básicas en relación a prestaciones de salud.
- b) La determinación de la población efectivamente beneficiaria del sector público, a través de un proceso de inscripción de las personas en los establecimientos de Atención Primaria.
- c) La suscripción de compromisos de gestión entre las entidades administradoras de salud municipal y los servicios de salud.

“En relación al plan, se menciona que éste fue calculado sobre la base de una población tipo de 10.000 habitantes, con un perfil epidemiológico y demográfico de la población Chilena, de acuerdo a parámetros de cobertura y de rendimientos asociados al personal médico y no médico que trabaja en los distintos establecimientos de la atención primaria, así como los distintos programas asociados, tales como: Programa de salud del niño, del adolescente, de la mujer, odontológico y del ambiente, cada uno de ellos definiendo variadas actividades que contemplan, desde la consulta de morbilidad, el apoyo y consejería a familias, la entrega de leche, control nutricional, visita domiciliar, controles ginecológicos y del puerperio, etc. Hasta actividades de promoción de salud y relativas al medio ambiente...” A su vez, cada una de las actividades considera grupos objetivos y cobertura, para finalmente, estimar los costos asistenciales, sobre los cuales se calculan los costos de administración, farmacia, de operación y de administración municipal, con los que establece un

precio unitario homogéneo, denominado per cápita considerando como base el de una comuna urbana no pobre.”²⁸

CLASIFICACION DE COMUNAS Y % DE POBLACIÓN A CARGO 1998

| TIPO | Nº | % DE POBLACION |
|-----------------|------------|----------------|
| Urbana No Pobre | 57 | 42% |
| Urbana Pobre | 21 | 25% |
| Rural No Pobre | 118 | 22% |
| Rural Pobre | 67 | 9% |
| Costo Fijo | 52 | 2% |
| TOTAL | 315 | 100% |

Fuente: DAP- Ministerio de Salud. 1998.

| TIPO | 1994 1º SEMESTRE | 1994 2º SEMESTRE | 2º SEMESTRE 1995(NOV.) | 1997 | 1998 |
|------|------------------------|------------------------|---------------------------|------|------|
| UNP | 419 | 541 | 619 | 621 | 717 |
| UP | 395 | 487 | 580 | 649 | 817 |
| RNP | 483 | 517 | 735 | 736 | 900 |
| RP | 450 | 516 | 800 | 819 | 1029 |

Fuente: DAP-Ministerio de salud. 1998.

Notas:

1994, 1º semestre, corresponde a la modalidad FAPEM.

1994, 2º semestre, corresponde a la modalidad per cápita.

UNP: Comuna Urbana No Pobre; UP: Comuna Urbana Pobre; RNP: Comuna Rural No Pobre; RP: Comuna Rural Pobre; CF: Comuna de Costo Fijo.

²⁸ . Duarte, Dagoberto; Zuleta, María Soledad. “La situación de la salud primaria en Chile”. pp. 105-106. Revista de Estudios Sociales. N º 99. 1999. CPU.

**INDICES DE PRECIOS PER CAPITA
(BASE FIJA 1° SEMESTRE 1994=100)**

| | TIPO COMUNA | | | |
|------------------|--------------------|-----------|------------|-----------|
| | UNP | UP | RNP | RP |
| 1994 1° SEMESTRE | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |
| 1994 2° SEMESTRE | 128,86% | 123,32% | 106,94% | 114,81% |
| 1995 | 147,67% | 146,89% | 152,01% | 177,98% |
| 1998 | 170,86% | 207,02% | 186,36% | 228,73% |

Fuente: DAP- Ministerio de Salud. 1998.

UNP: Comuna Urbana No Pobre; UP: Comuna Urbana Pobre; RNP: Comuna Rural No Pobre; RP: Comuna Rural Pobre; CF: Comuna de Costo Fijo.

INVERSIONES 1990 – 1996

| | Consultorios Urbanos y Rurales | | | | Postas de Salud Rural | | | |
|---------------|---------------------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|------------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|
| | Total consult | FNDR 90-95 | Sect. 90-95 | ISAR 93-96 | Total PSR | FNDR 90-95 | Sect. 90-95 | ISAR 93-96 |
| Construcción | 84 | 69 | 9 | 6 | 89 | 89 | 0 | - |
| Reposición | 67 | 66 | 0 | 1 | 245 | 236 | 1 | 8 |
| Ampliación | 57 | 57 | 0 | - | 20 | 20 | 0 | - |
| Normalización | 9 | 9 | 0 | - | 6 | 6 | 0 | - |
| Mejoramiento | 40 | 33 | 6 | 1 | 15 | 14 | 1 | - |
| Reparaciones | 3 | 3 | 0 | - | 7 | 7 | 0 | - |
| TOTAL | 260 | 237 | 15 | 8 | 382 | 372 | 2 | 8 |

Fuente: Ministerio de Salud. 1998.

RECURSOS FINANCIEROS Y TRANSFERENCIAS HACIA LOS MUNICIPIOS DESDE EL MINISTERIO DE SALUD 1989-1997.

(\$ promedio de 1997, miles de \$)

| Año | Fapem – Per Cápita | Promos Especial | Reforzamiento de la Atención primaria | PAI | Programa especial de comunas urbanas | Total | Índice |
|------|-----------------------|--------------------|---|-----------|--|------------|--------|
| 1989 | 27.510.707 | - | - | n.d. | - | 27.510.707 | 97% |
| 1990 | 26.396.307 | - | 1.833.666 | n.d. | - | 28.229.972 | 100% |
| 1991 | 32.647.289 | - | 3.133.415 | n.d. | - | 35.780.704 | 127% |
| 1992 | 36.110.102 | - | 5.600.971 | n.d. | - | 41.711.073 | 148% |
| 1993 | 33.147.953 | - | 5.860.911 | n.d. | - | 39.008.864 | 138% |
| 1994 | 40.626.545 | - | 5.526.465 | 1.589.892 | - | 47.742.902 | 169% |
| 1995 | 48.699.189 | 1.628.169 | 2.674.475 | 1.586.727 | - | 54.588.560 | 193% |
| 1996 | 59.142.402 | 1.738.354 | 3.740.687 | 2.637.511 | 1.671.761 | 68.930.715 | 244% |
| 1997 | 62.080.861 | 2.445.763 | 5.018.351 | n.d. | - | 69.544.975 | 246% |

Fuente: Ministerio de Salud. 1998.

1.1.6) ADMINISTRACION

Los establecimientos municipales de atención primaria de salud cumplirán las normas técnicas, planes y programas que sobre la materia imparta el Ministerio de Salud. No obstante, siempre sin necesidad de autorización alguna, podrán extender, a costo municipal o mediante cobro al usuario, la atención de salud a otras prestaciones.

Las municipalidades que administren establecimientos de salud de atención primaria, podrán celebrar convenios entre sí, que tengan como finalidad una administración conjunta de los mencionados establecimientos, en conformidad con lo establecido en su ley Orgánica Constitucional.

Los Directores de Servicios en uso de las atribuciones conferidas en las disposiciones del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, podrán estimular, promover y celebrar convenios con las respectivas municipalidades, para traspasar personal en comisiones de servicio u

otros recursos, apoyar la gestión y administración de salud y promover el establecimiento de sistemas locales de salud, basados en la participación social, la intersectorialidad y el desarrollo local.

“A pesar de que el municipio tiene responsabilidad sobre la ejecución de las acciones de los programas, su rol en la definición técnica es nulo. El principal rol entregado es el que se refiere a la administración de los recursos (personal, físicos y financieros)”²⁹

“Esta doble dependencia del nivel primario de atención produce una ambivalencia: la Municipalidad no aparece como responsable de la gestión técnica de salud, mientras al servicio de salud no le es posible dirigir la operación administrativa del sistema. Esto determina que el nivel municipal no tenga la capacidad para efectuar una gestión autónoma en respuesta a las necesidades locales. Esta falta de capacidad se ve profundizada por falta de capacitación en los niveles municipales para realizar una adecuada gestión de los establecimientos de salud.”³⁰

Las entidades administradoras de salud municipal formularán anualmente un proyecto de programa de salud municipal. Este proyecto deberá enmarcarse dentro de las normas técnicas del Ministerio de Salud, quien deberá comunicarlas, a través de los respectivos Servicios de Salud, a las entidades administradoras de salud municipal, a más tardar, el día 10 de septiembre del año anterior al de su ejecución.

El Alcalde remitirá el programa anual, aprobado de acuerdo con el artículo 58, letra a). de la ley N ° 18.695, Orgánica Constitucional de

²⁹ Palma, Eduardo. “Municipio, Descentralización y Salud”. La municipalización de servicios sociales en Chile. p. 101. ILPES. MINSAL. OMS/OPS. LC/IP/L .109. Febrero 1995.

³⁰ *Ibíd.* p. 102.

Municipalidades, al Servicio de Salud respectivo, a más tardar, el 30 de noviembre del año anterior al de su aplicación.

Si el Servicio de Salud determina que el programa municipal no se ajusta a las normas técnicas del Ministerio de Salud, deberá hacer observaciones al Alcalde, para que las remita al Concejo para su aprobación o rechazo. Si las observaciones del Servicio fueren rechazadas total o parcialmente, se deberá constituir una Comisión integrada por el Secretario Regional Ministerial de Salud, quien la presidirá, el Alcalde respectivo y el Director del Servicio de Salud correspondiente.

PRINCIPALES PROBLEMAS DE LOS MODELOS DE GESTION DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

- ❑ Financiamiento: Falta de presupuesto, bajo aporte municipal.
- ❑ Dependencia y coordinación: Falta coordinación entre APS municipalizada y servicio de salud. Dualidad Técnico administrativa.
- ❑ Capacitación en administración: Faltan técnicas adecuadas de administración.
- ❑ Recurso humano: Falta de personal adecuado. Mala situación del personal. Trato inadecuado del personal. Rotación del personal.
- ❑ Otros: escasa o nula conciencia de salud del alcalde y de los directivos de las corporaciones privadas de salud. Discontinuidad de las políticas de salud por cambios políticos”.³¹

³¹ Palma, Eduardo. “Municipio, Descentralización y Salud”. La municipalización de servicios sociales en Chile. p. 102. ILPES. MINSAL. OMS/OPS. LC/IP/L .109. Febrero 1995.

d) Obligaciones que contraen Municipalidades y Servicios

El traspaso de establecimientos asistenciales implica que las municipalidades deben asumir la ejecución de la totalidad de las acciones de salud de atención ambulatoria en el ámbito primario, las que incluyen fomento, prevención y recuperación de salud sobre personas y ambiente cuando corresponda, dentro de su área jurisdiccional, de acuerdo a la complejidad del establecimiento de que se trate y los demás programas complementarios del Servicio de Salud correspondiente, tales como Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), vacunaciones, programa odontológico, control de embarazo.

Las responsabilidades de las Municipalidades son:

- ❑ dar cumplimiento a las normas, planes y programas que establece el Ministerio de Salud;
- ❑ asegurar el funcionamiento permanente de los establecimientos a su cargo, contratando al personal adecuado y necesario para dar cumplimiento a las obligaciones asistenciales que establecen las normas, planes y programas del Ministerio de Salud;
- ❑ otorgar todas las prestaciones del nivel primario propias de los Servicios de Salud a los beneficiarios legales o convencionales y entregar los medicamentos prescritos, de acuerdo al contenido del área farmacológica establecida por el Ministerio de Salud para los establecimientos de atención primaria;
- ❑ mantener el arsenal farmacológico establecido por el Ministerio de Salud para los establecimientos de atención primaria, de acuerdo a su nivel de complejidad;

- ❑ mantener, a lo menos, la calidad de la atención que brindaban estos establecimientos antes de ser traspasados;
- ❑ sujetarse al control y supervisión técnica del Ministerio de Salud, a través de la Dirección del Servicio de Salud correspondiente;
- ❑ llevar y presentar las estadísticas de las acciones que realicen y prestaciones que otorguen en la forma y condiciones que le indique el Ministerio de Salud;
- ❑ efectuar las reparaciones que sean necesarias para el mantenimiento de los bienes que se le entregaron, así como el pago de los impuestos, contribuciones, y otros que se devenguen y los pagos de agua, luz, gas;
- ❑ desarrollar, en coordinación con el Servicio de Salud, programas de capacitación permanente del personal de los establecimientos traspasados.

Las responsabilidades de los Servicios de Salud son:

- ❑ Asesorar en la programación de actividades de los establecimientos traspasados, en conjunto con los encargados de esos establecimientos;
- ❑ Supervisar, inspeccionar, controlar y fiscalizar el cumplimiento de las políticas, normas y programas emanados del Ministerio de Salud y con este fin deberán adoptar las medidas necesarias para dar a conocer estas disposiciones y las modificaciones que tengan a los establecimientos traspasados;

- Completar la atención del nivel primario con los procedimientos de apoyo diagnóstico que sea menester para el cumplimiento integral de las funciones traspasadas;
- Entregar, sin costos, las vacunas, los productos del Programa de Alimentación Complementaria (PNAC) y los anticonceptivos en la cantidad y periodicidad necesaria para cumplir los Programas definidos por el Ministerio de Salud;
- Atender las interconsultas del nivel primario para atención especializada y recibir los pacientes referidos por los servicios traspasados para atención de emergencia y hospitalización;
- Efectuar transitoriamente las rondas médicas, mientras la municipalidad no cuente con los profesionales necesarios para ello, mientras la periodicidad de estas rondas será, a lo menos, aquella con la que las estén efectuando a la fecha de la firma del convenio, cuando la ronda médica sea efectuada por el Servicio, éste proporcionará los fármacos, sin costo para la municipalidad y en aquellos casos en que antes del traspaso la ronda médica era efectuada por un Hospital corresponderá a este mantener tal servicio;
- Mantener, a través de la Dirección de Atención Primaria (DAP), del Departamento de Programas de las Personas (DPP) y del Departamento de Medio Ambiente (DMA), una coordinación permanente con la autoridad técnica responsable de la administración de los establecimientos traspasados, verificando en el terreno el desarrollo y cumplimiento de los programas de salud y la aplicación de las normas técnicas pertinentes;

- Analizar, revisar y aprobar las estadísticas de las acciones que realicen los establecimientos traspasados y las prestaciones que otorguen, de acuerdo a las normas que indique el Ministerio de Salud, previo a su envío al nivel central;
- Pagar a la municipalidad mensualmente una cantidad equivalente al número de atenciones realizadas dentro del mes precedente y facturadas por ella, hasta el tope de recursos o techo comunal, fijado previamente por el Intendente Regional para ese mes.
- Conceder mensualmente a las municipalidades el pago total o parcial del denominado Saldo de Facturación (diferencia entre el techo comunal mensual y la facturación mensual realizada por ésta.

1.1.7) SALUD PUBLICA EN LA DECADA DE LOS 90

Según el Ministerio de Salud, "En el decenio 1990-1999, el país experimentó un mejoramiento significativo en el nivel de salud de su población. Así lo demuestran indicadores biomédicos que ubican a Chile en un nivel muy cercano al de naciones desarrolladas. La esperanza de vida al nacer alcanza a 75 años en el quinquenio 1990-1995".

RESULTADOS: INDICADORES BIODEMOGRAFICOS

| Tasas | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 |
|------------------------------|------|------|------|------|------|
| Mortalidad general | 5.5 | 5.5 | 5.4 | 5.5 | 5.5 |
| Mortalidad infantil | 14.3 | 13.1 | 12.0 | 11.1 | 11.1 |
| Mortalidad neo natal | 7.7 | 6.9 | 6.8 | 6.1 | 6.3 |
| Mortalidad infantil tardía | 6.7 | 6.1 | 5.1 | 5.0 | 4.9 |
| Mort. Neonatal precoz | 6.1 | 5.3 | 5.2 | 4.5 | 4.8 |
| Mortalidad 1 a 4 años | 0.7 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.5 |
| Mortalidad 15 a 44 años | 1.3 | 1.3 | 1.3 | 1.3 | 1.3 |
| Mortalidad 45 a 54 años | 7.5 | 7.5 | 7.4 | 7.5 | 7.1 |
| Mortalidad 65 y más | 51.9 | 52.6 | 50.3 | 51.4 | 50.9 |
| Mortalidad materna | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.2 |
| Tasa de natalidad | 21.7 | 21.1 | 20.6 | 19.7 | 19.3 |
| % Atención profesional parto | 99.3 | 99.4 | 99.5 | 99.5 | 99.6 |

Fuente: Ministerio de Salud. 1998.

Estas altas tasas son posibles, por la importancia que se le asigna al área social por parte de la nueva administración democrática, en este caso a la salud pública que sufría un alto deterioro. "Con el fin de dar respuesta al nuevo perfil demográfico, epidemiológico y cultural del país, durante la década se impulsaron significativos cambios en los programas básicos de salud, que constituyen un hito en la historia de la salud pública

chilena. Se destaca el trabajo realizado a través de programas dirigidos a grupos específicos de la población: niño, adolescente, adulto, adulto mayor, mujer y aquellos orientados a problemas emergentes, como salud mental, traumatismos y violencias, tabaco, alcohol y drogas y VIH / SIDA”.

a. “Recuperación, fortalecimiento y modernización del Sistema Público de Salud

Ante la situación de deterioro y abandono en que se encontraba el sector público de salud al comienzo de la década, los gobiernos democráticos realizaron un gigantesco esfuerzo en materia de inversiones y gasto en salud.

Para recuperar y modernizar la deteriorada red asistencial pública, se ha ejecutado un vasto programa de inversiones que ha contemplado una inversión total en infraestructura y equipamiento que supera los 450.000 millones de pesos. Entre sus principales resultados cabe destacar:

- ❑ Dos modernos hospitales construidos en la Región Metropolitana (Padre Hurtado y San José) y uno en construcción (Peñalolén).
- ❑ Diez hospitales totalmente reconstruidos (Valdivia, Iquique, San Felipe, Los Andes, Chillán, San Carlos, Purránque, El Pino (Santiago), Castro, La Serena).
- ❑ Setenta y un hospitales modernizados.
- ❑ Trece centros de especialidades: Centros de Referencia de Salud, CRS, y Centros de Diagnóstico Terapéutico, CDT.
- ❑ Ciento veintiséis nuevos consultorios y 68 reconstruidos.
- ❑ Ciento diecisiete nuevas postas.
- ❑ Cincuenta Servicios de Atención Primaria de Urgencia, SAPU, construidos.
- ❑ Cuarenta y tres ambulancias de diversa complejidad para el Sistema de Atención Médica de Urgencia, SAMU, en las Regiones Metropolitana, de Valparaíso y del Bío-Bío.

- Más de 110.000 millones de pesos en equipamiento médico industrial.

Se construyó y repuso casi el 45% de los consultorios existentes en el país, se trabajó en el mejoramiento del 44% de los hospitales – considerando sólo aquellas inversiones superiores a 300 millones de pesos– y se modernizó los 40 hospitales de alta complejidad.

En la Región Metropolitana no sólo se ha repuesto un hospital con más de cien años, sino que hoy la comunidad cuenta con dos de los más avanzados establecimientos de todo el país, como son los hospitales Padre Hurtado y San José. Durante el último trimestre de 1999 se inició la construcción del Hospital de Peñalolén y del Centro de Diagnóstico Terapéutico con Servicio de Urgencia del Hospital San Juan de Dios. A estos avances se agrega la incorporación de tecnología de punta, la creación de centros de atención ambulatoria de especialidades y la implementación de programas innovadores, que han significado un incremento importante de la cobertura diagnóstica y terapéutica para la población que se atiende en el sistema público.

Para fortalecer y modernizar los servicios de urgencia se ha realizado un extraordinario esfuerzo, que se inicia en el año 1990 con la implementación de los SAPU (Servicio de Atención Primaria de Urgencia), causando un gran impacto en el mejoramiento de la atención en el nivel comunal. Inicialmente, estos servicios se ubicaron en consultorios de grandes ciudades, extendiéndose posteriormente a otras de tamaño intermedio. Hasta 1999 se han creado 60 SAPU entre la I y la X Regiones y otros 30 en la Región Metropolitana.

El proyecto de Servicio de Atención Médica de Urgencia se inició en 1994 con el SAMU de Viña del Mar-Quillota. En 1995, se incorporó en la Región Metropolitana. Desde el año 1998 cubre toda la VIII Región y se agregaron las ciudades de Los Andes y San Felipe, en la V Región. Con la creación del SAMU, hoy se puede ofrecer mejores posibilidades de

sobrevida a las personas en situación crítica de salud, por enfermedad o traumatismo. Actualmente la red SAMU realiza más de 80.000 atenciones de urgencia al año.

b. Atención primaria

En la década de los 80' las atenciones en todo el país alcanzaban un promedio diario de 73.000 beneficiarios. Hoy, éstas llegan a 158.000. En el área odontológica, prácticamente inexistente en la década anterior, actualmente se realizan más de nueve millones de controles al año.

La escasez de personal, el desabastecimiento de las farmacias y los problemas para el traslado de pacientes (la mayoría de las 700 ambulancias existentes se encontraban en mal estado), eran algunas de las principales causas de la incapacidad resolutive de los consultorios, que contribuía a congestionar los servicios de urgencia de los hospitales. Hoy, los establecimientos de atención primaria resuelven el 73% de los problemas que reciben, derivando al hospital de referencia el 27% restante.

Entre los principales logros en materia de Atención Primaria cabe destacar:

- ❑ La gratuidad de la atención en consultorios para todos los beneficiarios del sistema público.
- ❑ La entrega de medicamentos.
- ❑ La creación de los Servicios de Atención Médica de Urgencia, SAPU, con horario vespertino y ubicados en las comunidades más pobres, ha permitido mejorar el acceso a la atención de ese nivel y dar respuesta oportuna a los problemas de salud más apremiantes de la población.

- La instalación de Salas de Hospitalización Abreviada en los consultorios es otro avance que ha demostrado gran efectividad. Creadas para atender con mayor rapidez y eficiencia a los niños con obstrucción bronquial por Infecciones Respiratorias Agudas, IRA, –que constituyen el 25% del total de consultas pediátricas– han contribuido a la disminución de la mortalidad infantil por neumonía. Su cobertura se amplió a contar de 1998, alcanzando a la fecha a 350 en todo el país.
- La instalación de laboratorios básicos en los consultorios permitió mejorar el diagnóstico, la pesquisa precoz y la resolución oportuna de los problemas de salud de los pacientes, que hasta 1989 debían acudir a los hospitales para los más simples controles. En 1999 se contaba con más de 80 laboratorios en la red primaria de atención, ahorrándole a los pacientes y sus familias recursos económicos y tiempo.
- La creación de 35 Centros de Salud Familiar que atienden a más de medio millón de personas y entregan desde consejerías hasta prestaciones para cada miembro de la familia en condición de riesgo, además de las acciones derivadas de los programas de salud del niño, la mujer, el adulto y el adulto mayor.
- Un mejor trato al usuario. A 1999, más del 35% de los consultorios entrega horas de atención por teléfono, más del 70% da horas diferidas y más del 80% cuenta con sistemas de atención preferencial para adultos mayores y niños menores de un año. Los tiempos de espera al interior del establecimiento se han reducido en 10% y en 1999 más de un tercio de los consultorios había eliminado las colas para obtener número en las mañanas.
- En 1998, se puso en marcha el programa de resolución de especialidades ambulatorias en el nivel primario. A partir de ese

año, más de 50.000 personas tienen acceso anualmente a atenciones de oftalmología, odontología, ortopedia y otorrino, entre otras especialidades de gran demanda, disminuyendo las listas de espera para este tipo de prestaciones, resolviendo problemas de salud que antes sólo se podían resolver en centros de alta complejidad. La atención de oftalmología, en falencia en el país y de gran demanda en adultos y adultos mayores, ha tenido un especial incremento en los últimos dos años en consultorios de las Regiones Metropolitana, V y VIII, programa que incluye la entrega gratuita de lentes. “

1.1.8) PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

“Desde 1990, con el Gobierno de Patricio Aylwin, se define como eje de las políticas de salud la equidad, la descentralización y la participación. Para ello han diseñado y puesto en práctica diversos programas y líneas de acción.”³²

En este período se empieza “a saldar” la tan comentada deuda social histórica. En efecto, los años de autoritarismo habían deteriorado a niveles increíbles las áreas sociales, por lo que constituía una alta prioridad para el gobierno democrático comenzar un proceso de recuperación de la agonizante salud pública.

Desde esa temprana época, y especialmente por la experiencia y visión aportada por profesionales formados en tiempos de libertades conculcadas, que surge la participación social en salud como una reivindicación sentida y anhelada. Estamos hablando de la “temprana ilusión”.

³² Weinstein, Marisa. “Participación Social en Salud. Acciones en curso”. p. 7. FLACSO – Chile. 1997.

Por lo cual, “ A nivel de usuarios y comunidad, se plantea la necesidad de crear canales que les hagan posible influir o tomar parte en las decisiones, y desarrollar condiciones que estimulen su protagonismo en el cuidado de la salud, contribuyendo a la creación de comunidades y ciudadanía. Esta acción comunitaria corresponde a la dimensión de la participación con mayor trayectoria en el sistema público Chileno.”³³

“La estrategia en este sentido, apunta al fortalecimiento de la atención primaria, otorgando a los consultorios el carácter de centros de salud, donde los equipos se integran de una manera activa a las redes comunitarias interactuando cotidianamente con la población local, recogiendo sus necesidades y estableciendo iniciativas conjuntas para resolverlas.”³⁴

Se plantea una visión y práctica desde la integralidad y participación amplia de todos los actores involucrados y con un alto sentido de la corresponsabilidad.

“En relación al cuidado, prevención y promoción de la salud. En este sentido, la salud se concibe desde una perspectiva amplia, donde confluyen factores biológicos, psicológicos y sociales. De este modo, toda la sociedad es responsable de la mantención de la salud, tanto en su

³³ Salinas Cubillos, Judith. “Participación social en el sistema público de salud en Chile”. p. 55. Revista de Trabajo Social. N ° 68, 1996.

³⁴ Weinstein, Marisa. “Participación Social en Salud. Acciones en curso”. p. 7. FLACSO – Chile. 1997.

sentido individual, como en términos de los hábitos y comportamientos sociales que la influyen. ³⁵

Se definen los aspectos centrales de la acción participativa de la comunidad y la relación con la práctica de salud. "La percepción del rol que debería cumplir la comunidad e las acciones de prevención, control y autocuidado, propuestas y ejecutadas por el sector salud, está dirigida principalmente hacia las siguientes acciones:

- ❑ Difusión y multiplicación de acciones.
- ❑ Diagnóstico, identificación y denuncia (acciones contra el medio ambiente)
- ❑ Coordinación de acciones
- ❑ Participación activa en el desarrollo de programas
- ❑ Evaluación de las acciones de salud³⁶

"En relación a la participación comunitaria, en el gobierno de Aylwin se busca reforzar la atención primaria, transformando los consultorios en centros de salud. No obstante, esta línea de acción ha tenido muchos problemas para implementarse y, de algún modo, en los primeros tres años del gobierno de Frei ha dejado de ser prioritaria" ³⁷

³⁵ Weinstein, Marisa. "Participación Social en Salud. Acciones en curso". p, 7. FLACSO – Chile. 1997.

³⁶ Friedmann, Reinhard. "Percepción de actores del sector público acerca del sistema de salud Chileno". p. 335. El sistema de salud en Chile ante la descentralización.. ILPES. MINSAL. OMS/OPS. LC/IP/L .109. Febrero 1995.

³⁷ Weinstein, Marisa. "Participación Social en Salud. Acciones en curso". p.8. FLACSO – Chile. 1997.

Fueron muchas de las dificultades que enfrentó el sector salud durante el primer gobierno de la concertación, que se conoce como transición a la democracia. La escasez de recursos, las presiones militares, la constante presión por todos los actores involucrados en el sistema público de salud, generaron un debilitamiento de las propuestas, especialmente por una baja considerable de la participación social. Para el segundo gobierno de la concertación presidido por el presidente Eduardo Frei, se orientó bajo un estilo centrado en la gestión.

“Durante el gobierno de Frei se ha delineado un modelo operativo de participación social que, respetando la diversidad del sector, sea capaz de contribuir a la integración del sistema de salud, su articulación y coordinación interna y a la confluencia de diferentes actores sociales en la gestión de salud. La propuesta considera mecanismos de participación interna-entre el personal de servicios de salud en sus distintos niveles- y externa- a nivel intersectorial y con la comunidad”³⁸

“A comienzos de 1995, cada uno de los 27 servicios de salud del país, se comprometió a crear su propio modelo local de participación (a partir de la cultura y experiencia locales) y a implementar una propuesta operativa que incluyera acciones transformadoras en una triple dimensión:

- ❑ A nivel interno gestión participativa.
- ❑ Relación con otros sectores acción intersectorial
- ❑ Relación con usuarios y comunidad acción comunitaria.

A nivel interno, se propone avanzar en el cambio de una gestión tradición por un estilo de gestión participativa, de manera que se generen nuevas capacidades y estilos organizacionales que posibiliten a los trabajadores

³⁸ Weinstein, Marisa. “Participación Social en Salud. Acciones en curso”. p. 7. FLACSO – Chile. 1997.

una mayor identificación con la misión institucional y se involucren en la gestión de los planes y programas.”³⁹

1.1.9) PROGRAMA SALUD CON LA GENTE

“Entre ambas líneas de trabajo, el MINSAL, a través de la Unidad de Participación Social ha impulsado dos programas que pretenden hacer de “bisagra” o de coordinación. Se trata, por una parte, del Programa “Salud con la Gente”, puesto en marcha en 1995 como experiencia piloto dirigida desde el Ministerio y ampliada en 1996 a través de los servicios de salud en 7 regiones; consiste, básicamente, en el traspaso de recursos (financieros y de asesoría) a organizaciones sociales vinculadas a la salud para apoyar sus acciones, mediante la firma de “compromisos de acción” que describen las actividades que las organizaciones pretenden realizar y los apoyos que los establecimientos locales entregarán para tener éxito en dichas acciones. El propósito que sustenta este programa es fortalecer la capacidad de acción de las organizaciones sociales, de modo que se constituyan en interlocutoras de los establecimientos y tengan un rol activo en los consejos de desarrollo; ello significa apoyar el quehacer que las organizaciones han desarrollado autónomamente, al tiempo que abrir los establecimientos para incorporarlos en su gestión.”⁴⁰

Es a partir de esta iniciativa que se empieza a “aterrizar” los planteamientos que la concertación realiza a favor de la participación y que fomenta la participación local en forma efectiva.

³⁹ Salinas Cubillos, Judith. “Participación social en el sistema público de salud en Chile”. p. 55. Revista de Trabajo Social. N° 68, 1996.

⁴⁰ Marisa Weinstein. “Participación Social en Salud. Acciones en curso”. p. 9. FLACSO – Chile. 1997.

“El programa de salud con la gente, es un programa de ejecución local, que cuenta con recursos propios y está destinado a activar, reconocer y apoyar a las organizaciones sociales, incorporándolas como actores de la red de salud. Sus objetivos son ampliar la participación de usuarios y comunidad, estimulando el control social y compromiso ciudadano con la salud. Contribuir al fortalecimiento de las organizaciones sociales, legitimando su rol e incorporación en la red de salud. Contribuir al mejoramiento de la salud y calidad de vida mediante la prevención y promoción de estilos de vida saludable”⁴¹

1.1.10) CONSEJOS DE DESARROLLO

Se apunta en la dirección de crear organismos participativos que se involucren en la gestión de hospitales y consultorios de atención primaria de salud, sin embargo el daño producido por el agotamiento social, la falta de interés de participación e insatisfacción laboral producto de los bajos sueldos anulan toda posibilidad de desarrollar la participación.

“Los Consejos de Desarrollo son organismos asesores a la dirección de hospitales y consultorios de atención primaria, de carácter consultivo, integrados por representantes de los usuarios, de la comunidad local (organizaciones vecinales y funcionales, red intersectorial) y de los propios trabajadores de la salud. Entre sus objetivos están los de colaborar con los diagnósticos participativos, formulación de planes de salud y evaluación de la gestión de salud, ampliar los sistemas de información y opinión de usuarios, generar proyectos comunitarios y promocionales de salud y movilizar recursos”⁴²

⁴¹ Salinas Cubillos, Judith. “Participación social en el sistema público de salud en Chile”. pp. 56-57. Revista de Trabajo Social. N° 68, 1996.

⁴² *Ibíd.* p. 56.

Junto con estas iniciativas se crearon mecanismos de participación a través de fondos concursables de proyectos, orientados más a la promoción de salud, con efectos externos hacia la comunidad, pero la participación estaba circunscrita a la esfera de la comunidad desligándola de trabajo integrado.

“Se han implementando también fondos administrados por los servicios de salud para proyectos locales, a partir del Programa de Reforzamiento de la atención primaria. Se trata del apoyo a iniciativas provenientes de los equipos de salud primaria (o de los grupos de la comunidad vinculados a ellos), para que realicen actividades de promoción o prevención de salud en su territorio.”⁴³

“También, en una modalidad parecida, se ha establecido los proyectos comunitarios de prevención, como fondo concursable para actividades orientadas a prevenir el consumo de drogas en jóvenes, particularmente en sectores pobres. Este fondo es administrado en conjunto con los municipios.”⁴⁴

“Desde el punto de vista de la participación en la gestión de salud, se ha impulsado, como ya señaló, la generación de instancias asesoras y consultivas en los diferentes niveles del sistema. Estos espacios deben estar abiertos para realizar diagnósticos de los problemas de salud más urgentes de la población, para priorizar dichos problemas y participar en su solución, así como para ser parte de la evaluación de los procesos implementados.”⁴⁵

⁴³ Weinstein, Marisa. “Participación Social en Salud. Acciones en curso”. p. 8. FLACSO – Chile. 1997.

⁴⁴ *Ibíd.* p. 8.

⁴⁵ Weinstein, Marisa. “Participación Social en Salud. Acciones en curso”. pp. 8-9. FLACSO – Chile. 1997.

Sin embargo, estas propuestas han encontrado fuertes obstáculos, ya que a mi juicio, los modelos implementados en la práctica no son capaces de resolver las problemáticas locales, ya que estos son de competencia del nivel central y en la base social de salud y de la comunidad existe una cultura organizacional caracterizada por la desconfianza, de prácticas verticalistas herencias de la dictadura todavía no superadas en nuestra sociedad y por una administración pública centrada en procedimientos y con una mínima motivación.

“La participación de la comunidad en la gestión de los establecimientos de salud no ha sido amplia. Si bien se han formado los consejos de participación en las distintas unidades, en su mayoría, tienen un carácter informativo y de generación de actividades que apoyen la labor del establecimiento. La participación amplia es restringida por distintos obstáculos:

- Entre los funcionarios, la existencia de un sistema de salud centralizado, sumado a una temprana profesionalización y medicalización en la provisión de atención en salud, generó un concepto de participación social restringida. La cultura centralista que ha existido en los servicios de salud sostiene un modelo de atención autorreferente, donde la responsabilidad y competencia para la solución de los problemas radican aún en el propio sistema y no en la comunidad. En el plano administrativo, las decisiones son tomadas por los niveles directivos, disociándose de las decisiones técnicas que son tomadas básicamente por profesionales”⁴⁶

⁴⁶ Weinstein, Marisa. “Participación Social en Salud. Acciones en curso”. p. 11. FLACSO – Chile. 1997.

Se constata que el personal o Recurso Humano es fundamental en toda organización, es la vinculación directa. Por tanto, es necesario que los trabajadores sientan como parte integrantes del sistema, con alta motivación hacia el servicio público y que se generen modelos operativos orientados a la comunidad y que no se encuentren centrados en requerimientos burocráticos y distanciados de las personas.

“Las políticas de salud deben llevarse a cabo a través de los funcionarios del sector. En este sentido, es importante observar los procesos de participación, también desde el punto de vista de la interacción entre los actores involucrados en un determinado espacio o territorio. De este modo, en la medida que las políticas de salud deben operar descentralizadamente, el rol de los equipos locales pasa a ser crucial. Ello es particularmente relevante porque la interacción entre los funcionarios y los usuarios, o con la comunidad en general, no es un encuentro entre actores con igual posición social. Es una interacción asimétrica, donde los agentes públicos tienen poder y la población no; más aún, ella depende de la acción pública para satisfacer sus necesidades de salud.”⁴⁷

“Se destaca que los directivos del sector público ven a la comunidad, no como sujeto pasivo a las acciones de salud, o solamente encargado de recibir y multiplicar conocimientos específicos, sino que también se la vincula a acciones de diagnóstico, coordinación, ejecución y evaluación, es decir, una participación en todas las etapas del proceso de entrega de salud.”⁴⁸

⁴⁷ Ibíd. p. 11.

⁴⁸ Friedmann, Reinhard. “Percepción de actores del sector público acerca del sistema de salud Chileno”. p. 335. El sistema de salud en Chile ante la descentralización.. ILPES. MINSAL. OMS/OPS. LC/IP/L .109. Febrero 1995.

1.2) ANTECEDENTES GENERALES DE LA COMUNA DE PEÑALOLEN

La Comuna de Peñalolen se encuentra ubicada en el Sur Oriente de la Región Metropolitana. En su área geográfica de 54, 9Km², Superficie urbana 20,4 Km² (37,1%), Superficie Exp. Urbana 34,5 Km² (62,9 %), casi un 40% de su territorio es montañoso, en tanto el resto de su superficie corresponde a terrenos llanos. Los límites comunales son; al Norte con la comuna de La Reina. Al poniente con las comunas de Ñuñoa y Macul. Al Sur con la comuna de la Florida. Y al Oriente con la comuna de las Condes.

1.2.1) SECTORES DE LA COMUNA

Tradicionalmente han sido cuatro los principales sectores de la comuna que se configuran en dos áreas geográficas al norte y al sur de la Viña Cousiño Macul. La actual expansión urbana comienza a unir ambas áreas a partir de ejes viales estructurantes y se consolida un quinto sector hacia el oriente. Hacia la precordillera andina el territorio es anecúmene ya que espacialmente conforma un sector despoblado.

| SECTOR | AREA (Has.) | DENSIDAD | LÍMITES | | | |
|----------------------|----------------|----------|---------------------------|--------------------|-----------------|----------------------|
| | | | NORTE | SUR | ESTE | OESTE |
| La Faena | 238,53 | 190,41 | Av. José Arrieta | Av. Grecia | Av. Tobalaba | Av. Américo Vespucio |
| Peñalolen Alto | 354,83 | 155,81 | Av. José Arrieta, Talinay | Av. Grecia | Cota 900 metros | Av. Tobalaba |
| Lo Hermida | 515,30 | 97,70 | Av. Grecia | Av. Quilín | Av. Tobalaba | Av. Américo Vespucio |
| San Luis | 451,32 | 112,37 | Av. Quilín | Av. Departamental | Av. Tobalaba | Av. Américo Vespucio |
| Peñalolen Alto Nuevo | 2.317,1 | 6,36 | Av. Grecia | Av. Departamental | Cota 900 metros | Av. Tobalaba |
| Precordillera | 1.610,7 | 0 | Límite Comunal | Talweg Q. De Macul | Límite Comunal | Cota 900 metros |

Fuente: Secplac. Municipalidad de Peñalolen. 1998.

1.2.2) VOLUMEN DE POBLACION

De acuerdo al último censo de población (1992) en Peñalolen habitaban 179.757 personas (INE, 1994) . Para 1998 se estimaba que, de acuerdo a la variación demográfica proyectada para el período 1992-2000, la población total de la comuna eran 224.880 personas. Por sectores, la Población comunal se reparte de la siguientes manera:

| SECTOR | HABITANTES (1998) | PORCENTAJE TOTAL COMUNAL |
|----------------------|----------------------|--------------------------------|
| Peñalolen Alto | 53.398 | 23,7 |
| La Faena | 41.451 | 18,4 |
| Lo Hermida | 55.759 | 24,8 |
| San Luis | 59580 | 26,5 |
| Peñalolen Alto Nuevo | 14.192 | 6,6 |
| TOTAL | 224.880 | 100,00 |

Fuente: SECPLAC, Municipalidad de Peñalolen. 1998.

1.2.3) DINAMICA DEMOGRÁFICA

Peñalolen es una de las comunas con mayor crecimiento demográfico del país. Mientras en el período intercensal 1982-1992 la población nacional aumentó en un 17%, la población comunal se incrementó en un 31%. Peñalolen es la cuarta comuna con mayor crecimiento al área Metropolitana de Santiago después de la Florida, Maipú y Las Condes. La comuna presenta un crecimiento demográfico sostenido desde 1952. El crecimiento anual intercensal fue de un 2,68% para el período 1982-1992 y se estima una cifra levemente superior (2,7%) para el período 1992-2000.

Internamente, se observa una dinámica demográfica heterogénea espacial y temporalmente. Entre 1960 y 1970 el sector de Peñalolen Alto y La Faena tuvieron un crecimiento demográfico extraordinario, en tanto Lo Hermida y

San Luis, pese a aumentar considerablemente su población, lo hicieron a tasas de crecimiento menores. Luego, entre 1970 y 1982 los sectores de Lo Hermida y San Luis manifestaron un crecimiento demográfico notable, mientras que La Faena tuvo un aumento poblacional moderado.

Finalmente, entre 1982 y 1992 los sectores de Peñalolen Alto Nuevo y San Luis superaron notoriamente la media del área metropolitana, mientras que La Faena no tuvo crecimiento demográfico. Se estima que para el período 1992-2000 el sector de Peñalolen Alto Nuevo triplicará su población y para el 2010 aumentará doce veces en relación al último censo de la población. Entretanto, San Luis aumentará 1,6 veces su población entre 1992 y el 2000, Lo Hermida y Peñalolen Alto sólo aumentará su población 1,4 y 1,3 veces respectivamente. La Faena no tendrá un crecimiento demográfico importante puesto que las tasas migratorias son negativas y el crecimiento natural es moderado.

PROYECCIÓN DEMOGRÁFICA AL 2005 POR UNIDAD VECINAL

| UNIDAD VECINAL | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 |
|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| 1 | 5.959 | 6.085 | 6.214 | 6.345 | 6.479 | 6.616 | 6.755 | 6.898 |
| 2 | 5.629 | 5.792 | 5.959 | 6.131 | 6.307 | 6.489 | 6.677 | 6.869 |
| 3 | 3.503 | 3.583 | 3.664 | 3.748 | 3.833 | 3.920 | 4.009 | 4.100 |
| 4 | 6.662 | 6.834 | 7.011 | 7.192 | 7.377 | 7.568 | 7.763 | 7.963 |
| 5 | 11.088 | 1.1167 | 11.246 | 11.326 | 11.406 | 11.486 | 11.568 | 11.650 |
| 6 | 3.404 | 3.458 | 3.513 | 3.569 | 3.626 | 3.683 | 3.742 | 3.801 |
| 7 | 5.542 | 5.624 | 5.707 | 5.791 | 5.877 | 5.963 | 6.051 | 6.141 |
| 8 | 3.319 | 3.552 | 3.801 | 4.068 | 4.354 | 4.659 | 4.987 | 5.337 |
| 9 | 3.427 | 3.520 | 3.615 | 3.712 | 3.813 | 3.916 | 4.021 | 4.130 |
| 10 | 9.131 | 9.230 | 9.330 | 9.431 | 9.533 | 9.636 | 9.740 | 9.845 |
| 11 | 5.853 | 5.912 | 5.971 | 6.031 | 6.092 | 6.153 | 6.215 | 6.277 |
| 12 | 5.465 | 5.472 | 5.479 | 5.487 | 5.494 | 5.501 | 5.509 | 5.516 |
| 13 | 5.450 | 5.498 | 5.546 | 5.595 | 5.645 | 5.694 | 5.745 | 5.795 |
| 14 | 6.682 | 6.748 | 6.814 | 6.882 | 6.949 | 7.018 | 7.087 | 7.156 |
| 15 | 3.861 | 3.904 | 3.948 | 3.993 | 4.037 | 4.083 | 4.129 | 4.175 |
| 16 | 5.009 | 5.066 | 5.124 | 5.182 | 5.241 | 5.301 | 5.361 | 5.423 |
| 17 | 10.132 | 10.111 | 10.090 | 10.068 | 10.047 | 10.026 | 10.005 | 9.984 |
| 18 | 14.778 | 14.926 | 15.076 | 15.228 | 15.381 | 15.536 | 15.693 | 15.850 |
| 19 | 20.497 | 21.947 | 23.499 | 25.161 | 26.941 | 28.846 | 30.886 | 33.071 |
| 20 | 8.412 | 9.135 | 9.920 | 10.773 | 11.700 | 12.706 | 13.798 | 14.984 |
| 21 | 12.551 | 14.217 | 15.151 | 16.168 | 17.242 | 18.386 | 19.607 | 20.909 |
| 22 | 5.450 | 5.507 | 5.564 | 5.622 | 5.681 | 5.740 | 5.800 | 5.861 |
| 23 | 6.654 | 6.960 | 7.279 | 7.614 | 7.964 | 8.330 | 8.712 | 9.113 |
| 24 | 3.046 | 3.143 | 3.242 | 3.345 | 3.451 | 3.561 | 3.674 | 3.791 |
| 25 | 8.582 | 9.016 | 9.472 | 9.951 | 10.454 | 10.983 | 11.538 | 12.122 |
| 26 | 4.211 | 4.259 | 4.308 | 4.357 | 4.406 | 4.457 | 4.507 | 4.559 |
| 27 | 5.335 | 5.443 | 5.554 | 5.668 | 5.783 | 5.901 | 6.021 | 6.144 |
| 28 | 5.340 | 5.400 | 5.461 | 5.523 | 5.585 | 5.649 | 5.712 | 5.777 |
| 29 | 14.192 | 16.676 | 19.594 | 23.023 | 27.053 | 31.787 | 37.350 | 43.886 |
| 30 | 5.363 | 5.444 | 5.526 | 5.610 | 5.695 | 5.781 | 5.869 | 5.958 |
| 31 | 10.351 | 11.374 | 12.498 | 13.733 | 15.090 | 16.581 | 18.220 | 20.020 |
| TOTAL | 224.880 | 235.003 | 245.190 | 256.326 | 268.535 | 281.956 | 296.750 | 313.104 |

Fuente: SECPLAC, Municipalidad de Peñalolen. 1998.

1.2.4) DENSIDAD DE POBLACIÓN

La densidad demográfica neta de Peñalolen para 1998 fue de 41,27 habitantes por hectárea. Calculada sobre las áreas efectivamente ocupadas (densidad específica urbana), la densidad aumenta a 140 hab./há., una de las más altas del país. El sector con mayor densidad de población es la Faena con 190,41 hab./há. , mientras que el sector de Peñalolen Alto Nuevo con más de 280 hab./há., (por ser un sector no ocupado completamente) presenta una densidad inferior a 6,5 hab/há.

1.2.5) ESTRUCTURA POR GENERO

Según el censo de 1992 había en Peñalolen 87.207 hombres (48,51%) y 92.550 mujeres (51,49%). Para 1998 se estimaron 109.239 hombres y 115.639 mujeres. El predominio de las mujeres- situación común para los centros urbanos importantes- ha ido aumentando en el tiempo. Mientras en 1970 el índice de masculinidad era de 95,38 para 1982 había disminuido a 94,82 y para 1992 a 94,23. Ello se relaciona con la estructura etárea de la población. En tanto que la población anciana (mayoritariamente femenina) aumenta en relación con la población joven, la población femenina se acrecienta con relación a la masculina.

Espacialmente, sólo en los sectores de San Luis y de Peñalolen Alto Nuevo se observan relaciones de género favorables a la población masculina, mientras que en los sectores de La Faena y Lo Hermida, los índices de masculinidad son extremadamente bajos.

| UNIDAD VECINAL | HOMBRES | % | MUJERES | % | INDICE DE MASCULINIDAD |
|-------------------|---------|-------|---------|-------|---------------------------|
| 1 | 2.917 | 48.94 | 3.042 | 51.06 | 95.86 |
| 2 | 2.794 | 49.64 | 2.835 | 50.36 | 98.58 |
| 3 | 1.738 | 49.62 | 1.765 | 50.38 | 98.51 |
| 4 | 3.272 | 49.11 | 3.390 | 50.89 | 96.49 |
| 5 | 5.303 | 47.82 | 5.785 | 52.18 | 91.65 |
| 6 | 1.654 | 48.58 | 1.750 | 51.42 | 94.47 |
| 7 | 2.674 | 48.25 | 2.868 | 51.75 | 93.22 |
| 8 | 1.555 | 46.85 | 1.764 | 53.15 | 88.16 |
| 9 | 1.710 | 49.89 | 1.717 | 50.11 | 99.55 |
| 10 | 4.437 | 48.59 | 4.694 | 51.41 | 94.52 |
| 11 | 2.797 | 47.79 | 3.056 | 52.21 | 91.55 |
| 12 | 2.437 | 44.59 | 3.028 | 55.41 | 80.46 |
| 13 | 2.581 | 47.35 | 2.869 | 52.65 | 89.93 |
| 14 | 3.229 | 48.33 | 3.453 | 51.67 | 93.52 |
| 15 | 1.817 | 47.05 | 2.044 | 52.95 | 88.85 |
| 16 | 2.368 | 47.26 | 2.641 | 52.74 | 89.63 |
| 17 | 4.973 | 49.08 | 5.159 | 50.92 | 96.38 |
| 18 | 7.050 | 47.71 | 7.728 | 52.29 | 91.23 |
| 19 | 10.041 | 48.99 | 10.456 | 51.01 | 96.03 |
| 20 | 3.919 | 46.59 | 4.493 | 53.41 | 87.22 |
| 21 | 6.322 | 50.37 | 6.229 | 49.63 | 101.49 |
| 22 | 2.688 | 49.33 | 2.762 | 50.67 | 97.34 |
| 23 | 3.135 | 47.11 | 3.519 | 52.89 | 89.07 |
| 24 | 1.521 | 49.94 | 1.525 | 50.06 | 99.76 |
| 25 | 4.133 | 48.16 | 4.449 | 51.84 | 92.90 |
| 26 | 2.033 | 48.28 | 2.178 | 51.72 | 93.37 |
| 27 | 2.673 | 50.11 | 2.662 | 49.89 | 100.42 |
| 28 | 2.551 | 47.77 | 2.789 | 52.23 | 91.47 |
| 29 | 7.261 | 51.16 | 6.931 | 48.84 | 104.77 |
| 30 | 2.619 | 48.84 | 2.744 | 51.16 | 95.45 |
| 31 | 5.039 | 48.68 | 5.312 | 51.32 | 94.86 |
| TOTAL | 109.239 | 48.58 | 115.639 | 51.42 | 94.47 |

Fuente: SECPLAC, Municipalidad de Peñalolen. 1998.

1.2.6) ESTRUCTURA ETAREA

Peñalolen es una comuna con población relativamente joven. El 31% de sus habitantes son menores de 15 años y sólo el 4% son mayores de 64 años. Existe una gran concentración de población en los grupos etáreos quinquenales hasta los 34 años y luego un rápido descenso hacia los grupos etáreos quinquenales de más de 75 años.

El grupo etáreo más joven (de 0 a 15 años) se concentra espacialmente en las U.V. 19,20 y 31, correspondientes al área que rodea la Viña Cousiño Macul, mientras que presenta una escasa representación en las U.V. 5 (de Peñalolen Alto); 11,12,14,15,16 (La Faena); 18 (de Lo Hermida) y 28 (de San Luis de Peñalolen).

GRUPOS ETAREOS

| SECTOR | TOTAL HABIT A. | 0-4 | 5-9 | 10-13 | 14-19 | 20-24 | 25-29 | 30-44 | 45-64 | DE 65 Y + |
|---------------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| PEÑALOL. ALTO | 64.898 | 8.015 | 6.012 | 4.819 | 7.662 | 6.725 | 6.279 | 13.636 | 9.204 | 2.548 |
| LO HERMIDA | 47.922 | 5.919 | 4.439 | 3.558 | 5.658 | 4.966 | 4.636 | 10.069 | 6.796 | 1.881 |
| LA FAENA | 43.062 | 5.318 | 3.989 | 3.197 | 5.084 | 4.462 | 4.166 | 9.048 | 6.107 | 1.690 |
| SAN LUIS | 48.085 | 5.939 | 4.454 | 3.571 | 5.676 | 4.982 | 4.653 | 10.103 | 6.819 | 1.888 |
| TOTAL | 203.967 | 25.191 | 18.894 | 15.145 | 24.080 | 21.134 | 19.734 | 42.856 | 28.926 | 8.007 |

1.2.7) ASPECTOS HISTORICOS

Antes que don Pedro de Valdivia llegara al valle del Mapocho, habitaban estas fértiles tierras los Picunche, que denominabas a estas tierras Peñilolen, que en lengua Mapudungun, significa reunión de hermanos.

Tras la fundación de Santiago en 1541, don Jerónimo de Larco arrebató estas tierras al pueblo Picunche, desmalezando el monte y creando chacras y tierras para la engorda de animales. Más tarde el sector bajo fue adquirido por Francisco Arenas y su esposa doña Catalina Pavón y denominaron a su hacienda como "Bellavista" . Ya en el siglo XVII fue comprado por el Regidor Diego de Hermida, quien transformó el lugar en una aldea cuyos habitantes (no más de 500), se dedicaron a la Agricultura y Ganadería. Construyó un camino que llamó "camino real de Peñalolen " (Actualmente Av. Grecia). Este repartimiento fue pasando de heredero a descendiente durante tres siglos hasta 1852, bajo el nombre de mayorazgo de los Hermida

En tanto, el sector alto fue adquirido por el piloto Juan Bautista Pastene, marino Genovés nombrado teniente de Gobernador en el mar, quien comenzó a cultivar estas tierras y a configurar una de las más importantes mercedes de tierra del Maipo. Durante el siglo XVI. La hija de Pastene se casó con Francisco Rodríguez de Ovalle y su hijo fue otra figura notable: el Padre Alonso de Ovalle. El historiador Jesuita cedió sus tierras a la congregación donde profesó. Los Jesuitas realizaron importantes adelantos en el área, fomentando la Agricultura intensiva y las Artes y Oficios. Explotaron las tierras hasta su expulsión del país en 1776.

Tras la confiscación de los terrenos, éstos se fueron subdividiendo en fundos menores durante los primeros años de la naciente República. El mayor de ellos pasó manos de Josefa Vicuña quien los cedió al Abogado Juan Egaña por los servicios jurídicos prestados. Juan Egaña sirvió a las ideas emancipadoras de la República y fue enviado a las islas Juan Fernández. Luego de la Independencia, Egaña Redactó la Constitución "Moralista" de 1833 en su fundo de Peñalolen

Diez años más tarde, su hijo, Mariano Egaña Fabres, redactaría en su hacienda otra carta fundamental junto a Manuel José Gandarillas. Después

de varios conflictos judiciales, la familia Egaña vende el fundo de 500 cuadras a José Arrieta y Pereda durante la década de 1860.

1.2.8) DESARROLLO TERRITORIAL

En la segunda mitad del siglo XIX la actual comuna de Peñalolen estaba formada por tres grandes fundos: Peñalolen (de propiedad de los Arrieta), ubicada entre las actuales Av. Larraín, por el norte, Tobalaba, por el oeste y Gracia, por el sur; Lo Hemida (de propiedad de los Von Schroeders) ubicada entre las avenidas Larraín, por el norte, Alcalde Jorge Monckeberg, por el oeste, el Valle, por el sur y Tobalaba, por el Este; y la parte alta del fundo Macul (de propiedad de Matías Cousiño y de su esposa Isidora Goyenechea), ubicado entre las avenidas Rodrigo de Araya y El Valle, por el norte, Pedro de Valdivia, por el oeste y Departamental, por el sur.

La familia Arrieta, venida del Uruguay, logra instalarse en la sociedad capitalina entablando amistad con los principales liberales de la época, principalmente con Benjamín Vicuña Mackenna. En su propiedad ubicada en Peñalolen Alto se efectuaron importantes reuniones políticas, intelectuales y sociales. Los Von Schroeders, de origen Holandés, no realizan una contribución muy importantes a la sociedad Santiaguina y, más bien, pasan desapercibidos por Peñalolen, ya que su propiedad es una casona de campo, inusualmente visitadas por sus propietarios. Los Cousiño, en cambio, y al igual que los Arrieta, impregnan una dinastía en la sociedad, no solo capitalina sino Chilena en general.

A comienzos del siglo XX comienzan a lotearse los grandes fundos entre los fiduciarios y descendientes conformándose hacia la década del veinte unos 15 fundos de no más de 1.000 há.

En la década del cuarenta muchos terrenos pasan a manos del Estado, mientras que sólo queda una decena de pequeños fundos incluyendo los dos mayores (Lo Hermida y Cousiño) . Otros propietarios comienzan a vender sus parcelas en loteos menores de no más de media hectárea los que a su vez se subdividen e loteos irregulares sin urbanizar dada la presión que existía en Santiago ante la llegada de miles de personas que provenían de áreas rurales en las migraciones campo-ciudad de la década del cincuenta. Ello origina las primeras poblaciones de Peñalolen Alto (El Progreso, San Judas Tadeo, San Roque, Las Parcelas y San Luis (Las comunidades primera, segunda y tercera).

Esta irregularidad en la venta y loteo de terrenos, sumado a la demanda de una creciente población por servicios básicos de urbanización lleva al Estado a normalizar la situación mediante la estructuración de cooperativas y comunidades en el sector alto de entonces la comuna de Ñuñoa. Se crean entonces las cooperativas de Buen Día y las de San Luis de Macul.

La Situación conlleva a la creación de la comuna de La Reina en la década del sesenta, lo cual agudiza la marginalidad y segregación social de las poblaciones precarias de Ñuñoa. Peñalolen ya superaba los 60.000 habitantes a fines de la década y comienza un proceso de urbanización dirigido por el Estado denominado "Operación Sitio" que terminaron por urbanizar parte de la Faena y Lo Hermida mediante programas habitacionales. Paralelamente se realizaban tomas ilegales de terrenos en Peñalolen Alto y el sector sur de Lo Hermida por pobladores provenientes de todo el país, llegando a conformar vastos sectores de campamentos hacia 1972, tales como Lo Hermida tercer y cuarto sector, Villa Esmeralda, Sarita Gajardo, Santiago Bueras, Galvarino, Villa Nueva Palena, entre otros asentamientos precarios.

En tanto, el sector de Peñalolen Alto estaba conformado por grandes terrenos derivados del antiguo Parque Peñalolen (Fundo Arrieta, el

Protectorio Infantil Militar para Tuberculosos, Villa Grimaldi y el convento de las monjas de la Loreto) y del parque Violeta Cousiño, por pequeños loteos de poblaciones configuradas en la década del sesenta a partir de la urbanización de los loteos irregulares. Otros terrenos tomados fueron adquiridos por el Estado y se construyeron poblaciones como el Estanque.

Hacia fines de la década del setenta muchos terrenos de Peñalolen se acogieron al Decreto de Fuerza Ley N° 2 para efectuar soluciones habitacionales integrales y definitivas. Así se efectuaron los conjuntos Capilla Lo Arrieta, Villa Real Audiencia, Parque Tobalaba, Villa El Cobre, El Almendral I y II, Santa Isabel entre otros.

La actual comuna de Peñalolén tiene su origen en la reformulación comunal de la Región Metropolitana, a través del Decreto Ley 1-3260 del 6 de marzo de 1981, donde se crean 17 nuevas comunas en la provincia de Santiago, funcionando Peñalolén como comuna independiente desde el **15 de Noviembre de 1984**.

1.2.9) FUERZA DE TRABAJO

De acuerdo a los datos del censo de 1992, la fuerza de trabajo era de 70,95% (127.551 personas) en relación con el total de la población. Fuera de la fuerza de trabajo quedaba un 29,05% de la población. La población económicamente activa (PEA), sin embargo, sólo alcanzaba el 37,50% (67.240 personas), es decir, representaba el 52,86% de la fuerza de trabajo comunal.

En tanto, la población no económicamente activa (PNEA), representaba el 47,14% de la fuerza de trabajo de Peñalolen. De esta población destacan las mujeres que se dedican a los quehaceres domésticos, los estudiantes mayores de 14 años que no trabajan, y los jubilados o pensionados.

Sin embargo, la encuesta casen 1998, realizada por el Ministerio de Cooperación y Planificación Nacional (MIDEPLAN), la participación en la fuerza de trabajo comunal es la siguiente:

| | PARTICIPACIÓN EN LA FUERZA DE TRABAJO (POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MAS) | |
|--------------------------|---|----------|
| | Nº | % |
| FUERZA DE TRABAJO | 89.641 | 60,9 |
| INACTIVO | 57.670 | 39,1 |
| TOTAL | 147.311 | 100,0 |

1.2.10) NIVEL DE CESANTIA

De la población económicamente activa (PEA) sólo el 7,54% (5.076 personas) correspondían, según el censo de 1992, a población desocupada. De ella el 5,63% (3.791 personas) corresponden a cesantes y el 1,91% (1.285 personas) a quienes buscan trabajo por primera vez.

Según el SECPLAC de la Municipalidad de Peñalolen, ésta situación ha cambiado y en 1998 manifiesta un aumento sustancial de 3.5 puntos del nivel del desempleo (10,77).

Sin embargo, según la encuesta casen 1998, Ministerio de Cooperación y Planificación Nacional (MIDEPLAN), la ocupación y desocupación es la siguiente:

| | OCUPACIÓN Y DESOCUPACION (POBLACIÓN DE 15 AÑOS Y MAS) | |
|-------------------|--|----------|
| | Nº | % |
| OCUPADO | 78.765 | 87,9 |
| DESOCUPADO | 10.876 | 12,1 |
| TOTAL | 89.641 | 100,0 |

Siendo el ingreso promedio del trabajo de los ocupados (\$nov. 1998) \$267.247.

1.2.11) ASPECTOS EDUCATIVOS

Promedio escolaridad comunal según sexo:

| | PROMEDIO DE ESCOLARIDAD (AÑOS) |
|---------------|-----------------------------------|
| HOMBRE | 10,4 |
| MUJER | 9,6 |
| TOTAL | 9,9 |

Fuente: Casen 1998. Mideplan.

Analfabetismo Comunal:

| EDUCACIÓN | COMUNA | REGION |
|---|--------|---------|
| MATRICULA MUNICIPAL 1995 | 12.252 | 503.933 |
| PRE BASICA | 1.570 | 45.053 |
| BASICA | 9.640 | 341.402 |
| ESPECIAL | 235 | 6.318 |
| CIENTIFICO HUMANISTA | 0 | 55.810 |
| TECNICO PROFESIONAL | 807 | 55.350 |
| MATRICULA PART. SUBV. Y CORP. PRIV. 1.995 | 12.828 | 536.090 |
| PRE BASICO | 1.373 | 45.093 |
| BASICA | 8.504 | 365.556 |
| ESPECIAL | 651 | 11.680 |
| CIENTIFICO HUMANISTA | 620 | 41.194 |
| TECNICO PROFESIONAL | 1.680 | 72.567 |
| MATRICULA PART. PAGADA 1.995 | 205 | 152.245 |
| PRE BASICA | 35 | 21.676 |
| BASICA | 170 | 92.836 |
| ESPECIAL | 0 | 134 |
| CIENTIFICO HUMANISTA | 248 | 37.563 |
| TECNICO PROFESIONAL | 0 | 36 |
| TASA DE ANALFEBETISMO 1994 (%) | 4,0 | 2,6 |
| ESCOL. MEDIA DE LA POBL. (15 AÑOS Y +) 1994 | 9,1 | 10,0 |
| RESULTADO PRUEBA SIMCE (4º BASICO 1996): | | |
| MUNICIPAL | 65,87 | 66,47 |
| PARTICULARES SUBVENCIONANDO | 67,03 | 72,95 |
| PARTICULARES PAGADOS | 84,46 | 85,96 |
| RESUL. PRUEBA SIMCE (2º MEDIO 1994): | | |
| MUNICIPAL | 52,0 | 63,7 |
| PARTICULAR SUBVENCIONADO | 57,0 | 70,1 |
| PARTICULARES PAGADOS | — | 85,3 |

Seremi de Educación. 1998.

1.3) SALUD EN PEÑALOLEN

Del total de Habitantes de la comuna, 113.949 personas pertenecen al sector público con un 55,0 %, lo que nos da una proporción inicial de la demanda directa por atención en el sector público a lo cual habría que sumar otros con un 19,4 % y aquellos provenientes del sector privado, se plantea que 71 de 100 habitantes de la comuna es usuarios de la atención primaria de salud.

SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD

| | N° | % |
|-----------------|---------|-------|
| PUBLICO | 113.949 | 55,0 |
| OTROS | 40.116 | 19,4 |
| ISAPRE | 51.928 | 25,1 |
| SIN DATO | 1.267 | 0,6 |
| TOTAL | 207.260 | 100,0 |

Fuente: Casen 1998. Mideplan.

El sistema de Administración Primaria de Salud, es uno de los sistemas más cuestionados y de constantes críticas a su gestión, no obstante, a ello en la comuna de Peñalolen existe una muy buena aceptación por parte de los usuarios, señalando una gran mayoría (92,7 %) una oportuna atención.

COMO FUE LA ATENCIÓN A PROBLEMAS DE SALUD

| | % |
|--------------------------|-------|
| OPORTUNA | 92,7 |
| CON ALGUNA DEMORA | 6,0 |
| TARDIA | 1,3 |
| NO SABE | 0,0 |
| TOTAL | 100,0 |

Fuente: Casen 1998. Mideplan.

Así mismo, un alto porcentaje realiza una valoración positiva de las mejoras realizadas en los consultorios públicos en los dos últimos años.

**HA NOTADO MEJORIAS DE LOS HOSPITALES O CONSULTORIOS PUBLICOS
(ULTIMOS 2 AÑOS) EN INFRAESTRUCTURA GENERAL**

| | % |
|-----------------|----------|
| SI | 58,9 |
| NO | 38,0 |
| NO OPINA | 3,4 |
| TOTAL | 100,0 |

Fuente: Casen 1998. Mideplan.

Continuando en la misma línea positiva también se denota que existe satisfacción por el equipamiento en general, teniendo los usuarios (60,8%) una opinión de mejoramiento de este.

EN EQUIPAMIENTO EN GENERAL

| | % |
|-----------------|----------|
| SI | 60,8 |
| NO | 33,9 |
| NO OPINA | 5,3 |
| TOTAL | 100,0 |

Fuente: Casen 1998. Mideplan.

Las transformaciones y mejoras sustanciales en los consultorios en general, y en el caso de Peñalolen en particular, se demuestra en la opinión que tienen los usuarios con respecto a las salas de espera, en la higiene de los baños y en el trato del personal, dimensiones que no se encuentran directamente relacionadas con la atención en salud, pero que demuestran un avance significativo en tanto estos constituyen comodidades esenciales. Por lo tanto, estamos hablando, no tan solo de ofrecer el servicio en forma básica, sino que se hace desarrollando comodidades que dignifican al ser humano, pasando así a un nuevo escalón de mejoramiento de la atención.

EN LAS SALAS DE ESPERA

| | % |
|-----------------|----------|
| SI | 64,6 |
| NO | 31,1 |
| NO OPINA | 4,3 |
| TOTAL | 100,0 |

Fuente: Casen 1998. Mideplan.

EN LA HIGIENE DE LOS BAÑOS

| | % |
|-----------------|----------|
| SI | 52,3 |
| NO | 38,2 |
| NO OPINA | 9,5 |
| TOTAL | 100,0 |

Fuente: Casen 1998. Mideplan.

EN EL TRATO DEL PERSONAL

| | % |
|-----------------|----------|
| SI | 56,7 |
| NO | 39,5 |
| NO OPINA | 3,8 |
| TOTAL | 100,0 |

Fuente: Casen 1998. Mideplan.

El estado de salud de la población en la comuna de Peñalolen, desde la óptica de sus usuarios es aceptada como buena (54,2%) –Diagnóstico de situación en salud. Peñalolen, 1997- , el 38,3% como regular y sólo el 6,7% lo considera malo. En tanto en el centro de salud de San Luis a través de una metodología participativa, concluye que “la Población mide su grado de satisfacción en relación a la calidad profesional y al espacio físico del establecimiento”, por lo cual su “población se siente satisfecha con la atención de salud formal, quedando problemas culturales que resolver como la autoestima y el autocuidado que permitirán mejorar su calidad de vida”.

| SALUD | COMUNA | REGION |
|---|--------|--------|
| Tasa Mortalidad Infantil 1994 (0/00) | 8,2 | 10,1 |
| Diagnósticos de Malnutrición. Tasa de Prevalencia dic. 1994: ^{*49} | | |
| En riesgo (-1D.S.,Peso-Talla-Peso-Edad) | 3,24 | 3,34 |
| Desnutridos (-2 D.S. Peso-Talla-Peso-Edad) | 1,48 | 0,99 |
| Sobre Peso (+2 D.S. Peso-Talla) | 16,11 | 17,18 |
| Obesos (+2 D.S. Peso-Talla) | 5,45 | 6,37 |
| Distribución de la Población en el Sistema Previsional de Salud: 1994(%) | | |
| Sistema Público (Fonasa) | 59 | 53,9 |
| Sistema Privado (Isapres) | 23 | 32,2 |
| Otros (FFAA, Particulares, y otros) | 18 | 13,8 |
| Nº de Establecimientos de Salud: | | |
| Hospitales | 1 | 28 |
| CDT (Centro de Diagnóstico Terapéutico) | 0 | 0 |
| CRS (Centro de Referencia de Salud) | 1 | 3 |
| Consultorios Grles. Urbanos y Rurales | 4 | 114 |
| Postas Rurales | 0 | 49 |
| Otros | 0 | 7 |

Consultas en la Red de Atención Primaria de Salud en la comuna:

**CONSULTAS PROFESIONAL MEDICO Y PARAMEDICO
(CONTROL Y MORBILIDAD AÑO 1995)**

| | CONSULTORIO | SAPU | TOTAL |
|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| **S.S.M.O. (cons. Perif.) | <u>970.372</u> | <u>236.516</u> | <u>1.206.889</u> |
| Médico | 449.237 | 216.610 | 665.847 |
| Paramédico | 521.136 | 19.906 | 541.042 |
| **PEÑALOLEN | <u>276.195</u> | <u>108.437</u> | <u>384.632</u> |
| Médico | 122.889 | 108.301 | 231.190 |
| Paramédico | 153.306 | 136 | 153.442 |
| -CONS. LA FAENA | <u>118.375</u> | <u>67.247</u> | <u>185.622</u> |
| Médico | 53.989 | 67.111 | 121.100 |
| Paramédico | 64.386 | 136 | 64.522 |
| -CONS. C. URZUA | <u>88.280</u> | <u>0</u> | <u>88.280</u> |
| Médico | 36.277 | 0 | 36.277 |
| Paramédico | 52.003 | 0 | 52.003 |
| -CONS. SAN LUIS | <u>69.540</u> | <u>41.190</u> | <u>110.730</u> |
| Médico | 32.623 | 41.190 | 73.813 |
| Paramédico | 36.917 | 0 | 36.917 |

⁴⁹ *En menores de 6 años bajo control.

FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD

ESTRUCTURACION DEL TOTAL DE GASTOS⁵⁰

| Año | Sub21/T gto % | Sub22/T gto % | Educ/T.Gto % | Salud/T.gt o % | IRP/T.gt o % | IREX/T.gto % | Otros/T gto % |
|------|---------------------|---------------------|-----------------|----------------------|--------------------|-----------------|---------------------|
| 1990 | 19,91 | 31,68 | 1,25 | 4,68 | 15,31 | 12,90 | 14,26 |
| 1991 | 20,93 | 32,97 | 2,95 | 7,37 | 4,02 | 17,28 | 14,46 |
| 1992 | 20,08 | 31,59 | 15,16 | 6,32 | 24,61 | 3,30 | 8,95 |
| 1993 | 24,72 | 34,02 | 6,78 | 7,62 | 10,12 | 3,97 | 12,78 |

Sub21: gasto en personal

Sub22: gasto en bienes y servicio de consumo

Educ: gasto en transferencias a educación

Salud: gasto en transferencias a salud

IRP: inversión con recursos propios

IREX: inversión con recursos externos

Otros: otras transferencias , otros gastos

PRINCIPALES RELACIONES ENTRE INGRESOS Y GASTOS

| Año | T.gto/T.ing % | Sub21 /IP % | Sub22/IP % | Educ+salud/ IP % | IRP+IREX /IP % | IP/T.ing % | FCM/IP % |
|------|------------------|-------------------|---------------|------------------------|----------------------|---------------|-------------|
| 1990 | 96,87 | 20,19 | 32,13 | 6,01 | 28,61 | 95,53 | 56,24 |
| 1991 | 84,05 | 18,68 | 29,42 | 9,22 | 19,01 | 94,20 | 63,31 |
| 1992 | 90,96 | 18,57 | 29,22 | 10,62 | 25,80 | 98,35 | 12,77 |
| 1993 | 81,51 | 20,82 | 28,66 | 12,12 | 11,87 | 96,77 | -56,75 |

T.gto: total gastos

IP: ingreso propio municipal

FCM: fondo común municipal

T.ing: total ingresos

ESTABLECIMIENTOS SALUD PRIMARIA

En Peñalolén existen 3 establecimientos de atención primaria los cuales fueron traspasados en enero de 1989 y un centro de salud en Lo Hermida (actualmente se encuentra en trámite ante el ministerio de salud la adquisición de está categoría), que se encuentra funcionando desde el 14/09/2000. todos ellos pertenecen a la Corporación Municipal para el

⁵⁰ Fuente: SECPLAC Peñalolén.

Desarrollo Social de Peñalolen (CORMUP), organismo, sin fines de lucro, encargado de la gestión de salud y educación en la comuna.

Además, se cuenta en la comuna con un hospital de administración Estatal, Pedro Aguirre Cerda, destinado a la rehabilitación de menores con problemas motores graves, los usuarios de éste provienen de todo el país y un centro de referencia, CRS Cordillera Oriente, que otorga atención secundaria en medicina interna, pediatría, dermatología, medicina física y rehabilitación, entre otras especialidades. Este depende del S.S.M.O, beneficiando directamente a comuna de Peñalolen, Ñuñoa y Macul.

Cada establecimiento atiende a la población en ciertos límites geográficos que no excedan un marco total de 50.000 habitantes, sin embargo el consultorio de la Faena cuenta con una población de 90.000 habitantes, situación tal que se soluciona con la puesta en funcionamiento el 14/09/2000 el centro de salud Lo Hermida, cubriendo 54.000 habitantes del sector Lo Hermida, descongestionando de modo importante el consultorio La Faena. Además desde 1990 funciona el primer servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) en el Consultorio de la Faena cuyo objetivo es otorgar la primera atención a pacientes con patologías agudas y traumáticas y posteriormente se implementa el segundo servicio de este tipo en el Consultorio de San Luis.

El SAPU ubicado en el consultorio de la Faena da cobertura al sector de la Faena, Lo Hermida , y Peñalolén alto. Por otro lado, el SAPU ubicado en el consultorio de San Luis cubre toda el área, que cuenta con servicio de urgencia dental, dichos establecimientos tienen una alta demanda por atención de salud.

COBERTURA DE ATENCIÓN DE LA SALUD PRIMARIA COMUNA DE PEÑALOLEN

| SECTOR | TOTAL HABITANTES | % COBERTURA |
|----------------|------------------|-------------|
| PEÑALOLEN ALTO | 54.115 | 73,00 |
| LA FAENA | 41.810 | 74,00 |
| LO HERMIDA | 44.823 | 74,00 |
| SAN LUIS | 47.625 | 63,00 |
| TOTAL | 187.573 | 71,2 |

En lo que dice relación con los servicios de atención primaria, estos cubren vastos sectores de la comuna y su caracterización se describe como sigue:

1.3.1) CONSULTORIO CAROL URZUA

El Consultorio Carol Urzúa está ubicado en Avenida Consistorial N 1960, y atiende al sector denominado Peñalolen Alto con una Población asignada de 54.115 habitantes en la cual se encuentran insertos grupos de población con características disímiles, ya que existe un sector definido de alto riesgo social, focalizado dentro de las 11 áreas críticas definidas desde el punto de vista social y descritas en el plan de desarrollo, representada por la Villa Nueva Palena y los Campamentos Lo Hermida Alto y La Esperanza; en contraste con esta población están los sectores aportantes constituidos por familias de altos ingresos económicos ubicados en el sector N del Plano Comunal de sectores de influencia del presente Plan y familias de clase media alta ubicadas en el sector D y H.

De acuerdo con la descripción anterior se puede señalar que el radio de acción de este consultorio se concentra fundamentalmente en los sectores A y B (equivalentes a las unidades vecinales 2-5-7-9 y 30) con población de niveles económicos bajos y de extrema pobreza, los que presentan los siguientes indicadores de salud.

**INDICADORES BÁSICOS DE SALUD DEL CONSULTORIO CAROL URZUA EN
RELACION CON LA COMUNA.⁵¹**

| INDICADORES | CONSULTORIO CAROL URZUA | COMUNA |
|--|------------------------------------|---------------|
| Tasa de desnutrición en Niños menores de 6 años. | 8,4 | 7,4 |
| Tasa de embarazadas Enflaquecidas | 35,8 | 29,1 |
| Tasa de embarazadas Adolescentes | 30,4 | 26,1 |
| % Población menor de 6 años bajo control | 73,4 | 71,2 |

La infraestructura de este establecimiento entregado al uso de la comunidad en el año 1988 requiere de modificaciones que permitan satisfacer la aplicación de las actuales políticas de salud tanto e su equipamiento como en su planta física, y a su vez permita otorgar atención de salud a sectores de pequeños productores y clase media en horarios diferidos.

Este consultorio ha realizado, en su definición, trabajo comunitario, participación social y salud mental, en el diagnóstico de salud de la comuna realizado por la CORMUP, se señala en forma cronológica las acciones más relevantes:

“Marzo 1988: Reinicia trabajo comunitario a través de la comisión mixta, saliendo a la comunidad en reuniones de padres y apoderados.

Mayo de 1989: Prevención y rehabilitación de pacientes alcohólicos Nueva Vida de Peñalolen. Coordinando actividades con la municipalidad.

Noviembre de 1990: Diagnóstico de salud de sector N ° 2 con la participación de alumnos de 2 ° año de enfermería de la Universidad de Chile, en la asignatura de Salud Pública.

⁵¹ Fuente: Plan de Desarrollo, SECPLAC 1993, Municipalidad de Peñalolén.

Se constituye equipo multidisciplinario de trabajo comunitario y se inicia la formación de voluntarias de salud por unidad vecinal y campañas de desratización e higiene ambiental con la participación de estas.

Noviembre de 1991: Encuentro con todos los funcionarios del consultorio "Encuentro comunidad y salud", canalizando indicadores de salud. Marco conceptual en atención primaria y trabajo en equipo.

Noviembre de 1991: Gran encuentro con la comunidad de Peñalolen Alto y Consultorio Carol Urzúa, entregando experiencia de trabajo comunitario, realizado por profesionales y alumnos de enfermería y trabajo social. Se trabaja también en el programa de higiene ambiental, capacitando monitores para llevar a efecto la desratización por sectores.

Julio 1992: Participación, junto a los otros consultorios en la jornada intersectorial de salud mental de Peñalolen.

Enero de 1993: Proyecto UNI (Una nueva instancia de los profesionales de la salud). Componentes. Universidad, Consultorio, Comunidad. La salud comunitaria se ve también favorecida con la presencia de médicos becados en medicina familiar. Importante fue la Participación de la carrera de Kinesiología en la formación de monitoras en el desarrollo del taller de dolor de espalda.

Noviembre de 1993: Diagnóstico de salud Unidades Vecinales N ° 1,2 y3.

Noviembre de 1994: Diagnóstico de salud campamento Esperanza Andina y Lo Hermida Alto.

Noviembre de 1995: Diagnóstico de salud unidades vecinales N ° 6,9 y 30.

Julio- Noviembre 1995: encuentros masivos con la comunidad y organismos que trabajan en la prevención de alcohol y drogas.

Agosto – Diciembre: Seminario de alcohol y drogas para dirigentes comunitarios.

Junio 1996: Taller de prevención maltrato infantil y violencia intra familiar, con la participación del equipo de salud mental del consultorio y alumnos en práctica.”

Por último cabe mencionar que la agrupación de monitores de salud del consultorio, 62 personas, tienen personalidad jurídica y reciben capacitación continua y según afinidad trabajan en diferentes programas y actividades del consultorio. Han trabajado en:

- ❑ Campaña de vacunación anti sarampión.
- ❑ Campaña PAP
- ❑ Higiene ambiental y desratización.
- ❑ Encuestas del adulto mayor para claustro.
- ❑ Campañas de prevención TBC
- ❑ Campaña prevención sarna y pediculosis
- ❑ Campaña prevención maltrato infantil
- ❑ Campaña de prevención de alcohol y drogas
- ❑ Rescate de inasistencias subprogramas crónicos adultos
- ❑ Jornada de concurso literario, para elevar autoestima del adulto mayor.

1.3.2) CONSULTORIO LA FAENA

Este consultorio está ubicado en Avenida Orientales N° 7250, actualmente cubre el sector denominado La Faena en la cual se encuentran insertos grupos de Población mayoritariamente beneficiarios del sector salud municipalizado.

En relación a los principales indicadores se describen como sigue:

INDICADORES BÁSICOS DE SALUD DEL CONSULTORIO LA FAENA EN RELACION CON LA COMUNA:

| INDICADORES | CONSULTORIO LA FAENA | COMUNA |
|---|----------------------|--------|
| Tasa de desnutrición en Niños menores de 6 años | 6,9 | 7,4 |
| Tasa de embarazadas Enflaquecidas | 27,6 | 29,1 |
| Tasa de embarazadas Adolescentes | 27,2 | 26,1 |
| % Población menor de 6 años bajo control | 74,4 | 71,2 |

En lo que respecta a la planta física y equipamiento, este establecimiento fue entregado al uso de la comunidad en el año 1974 (20 años); por lo cual requiere de modificaciones que permitan satisfacer la aplicación de las actuales políticas de salud, fundamentalmente en el equipamiento del área dental cuya antigüedad supera los 25 años.

En el aspecto del trabajo comunitario del consultorio, se realiza a través de 2 equipos que laboran en los distintos sectores de la comunidad. Uno responsable de las acciones con los adolescentes y otro responsable de las acciones de los otros grupos etáreos.

1.3.4) CONSULTORIO SAN LUIS

Este establecimiento cubre el sector San Luis de Macul, con una población asignada de 47.625 habitantes, dentro de los cuáles se encuentran definidos sectores en el plano de la comuna denominados M y L, caracterizados por familias de escasos recursos y de extrema pobreza, beneficiarios directos del sector salud municipalizado. La planta física actual de reciente construcción (1993), comenzando a funcionar como tal el 1 ° de Enero de 1994.

Los indicadores de salud para este sector son los siguientes:

INDICADORES BÁSICOS DE SALUD DEL CONSULTORIO DE SAN LUIS DE MACUL EN RELACION CON LA COMUNA:

| INDICADORES | CONSULTORIO SAN LUIS | COMUNA |
|--|----------------------|--------|
| Tasa de desnutrición en Niños menores de 6 años. | 7,3 | 7,4 |
| Tasa embarazadas | 22,7 | 29,1 |
| Tasa embarazadas Adolescentes | 20,9 | 26,1 |
| Población menor de 6 años bajo control. | 63,1 | 71,2 |

En relación al trabajo comunitario, al iniciarse el año 1996 surge la iniciativa de crear la red de párvulo, incluyendo a 6 jardines infantiles del sector, uniéndose por primera vez en la conmemoración del mes del medioambiente.

Durante el primer semestre de 1997 se inicia el trabajo con mujeres dueñas de casa del sector de Las Torres el cual no cuenta con espacios real de participación. Para ello se elaboró un instrumento de diagnóstico, además de capacitar a un grupo de mujeres de la Villa Galvarino con la finalidad de apoyar el proceso de diagnóstico.

Los resultados de este estudio se pueden canalizar ante la necesidad de capacitación y organización de las mujeres. Para dar respuesta a estas necesidades se inicio un proceso de elaboración y promoción del proyecto “caminando contigo mujer” que consiste en entregar a las mujeres un espacio de encuentro y organización en el cual puedan capacitarse y consolidarse en el transcurso del tiempo, para ello se contó con el apoyo de PRODEMU y la organización Yo Mujer quienes realizan los talleres periódicos.

2) JUSTIFICACION

La Salud pública en Chile es fuente de constantes debates acerca de sus resultados, así como de su gestión. Esta a pasado por períodos en que se ha cuestionado fuertemente sus grados de eficiencia, tanto es así que durante 1998, este sector se vio sumergido en una de las peores crisis. En efecto, algunos municipios expresaron la idea de devolver al estado central su administración (Cerro Navia), ya que no tenían recursos para seguir desempeñando su labor. Funcionarios, intelectuales, ciudadanía y políticos de todas las tendencias intervinieron en esta discusión.

Durante los meses de Marzo y Mayo del año 2000, se vio una vez más sobre expuesta. El Presidente Ricardo Lagos, ante la insatisfacción de los usuarios de los consultorios de salud primaria, exigió a la Ministra de Salud Michelle Bachelet soluciones urgentes. Se planificaron planes inmediatos, ya que se contaba con un plazo de 3 meses para su solución, para aumentar la eficiencia en la atención, mejorando ostensiblemente los tiempos de espera.

Por otro lado, en la comuna de Peñalolen los usuarios han demostrado un alto índice de aprobación al sistema de atención de salud primaria

(encuesta casen 1998. Mideplan). También esta comuna tiene una fuerte demanda hacia la atención en el sistema público de salud, además de poseer mecanismos de participación comunitaria en salud.

La comuna de Peñalolen se encuentra catalogada según la encuesta CASEN 98. Mideplan, en el Ranking medio alto en los niveles de pobreza, con un total de pobres de 19,7%. Además, esta comuna ha experimentado en la última década un crecimiento de su población, especialmente por la llegada de personas pertenecientes a estratos medio altos. Esta situación genera la conformación de una comuna heterogénea, en donde se mezcla la historia, identidad y pertenencia por parte de sectores populares con sectores residenciales identificados con las comodidades que les brinda las estructuras de mercado. Es decir, la conformación de la comuna de Peñalolen (Antiguo sector de Ñuñoa), se hizo en base a grandes sectores poblacionales denominados La Faena y Lo Hermida, los cuales tienen fuerte tradición organizativa y que cuentan con un desarrollo histórico compartido y de conformación social igualmente similar. Esta situación, a mi juicio contrasta, con las nuevas zonas residenciales, que se caracterizan por ser condominios cerrados y vigilados y con poco desarrollo histórico y baja interrelación barrial debido a su aislamiento social.

Estas características asociadas a una cultura tradicional de participación, especialmente en los sectores populares, y una fluida comunicación, que facilitan la recolección de información y la realización de entrevistas, constituyen motivos importantes para ser elegida como unidad de análisis y de trabajo.

Por otro lado, la necesidad de desarrollar políticas públicas democrática en los espacios comunales pone de manifiesto que el aspecto modernizador que impulsa el Estado, no tan sólo deber ser técnico sino que también propender a desarrollar espacios democráticos de

participación. En efecto, la participación en la gestión, no sólo tiene justificación en un concepto ideológico político, sino que también aumenta la eficiencia, productividad y la transparencia del sistema.

También las políticas participativas han ganado espacios importantes en los organismos internacionales como el Banco Mundial, BID y la Organización Panamericana de Salud. Estas Organizaciones Internacionales pueden ser fuente importante de recursos para canalizarlos hacia el bienestar y calidad de vida de los habitantes de una determinada comuna.

En efecto, estos plantean, “en la medida que nos enfrentamos a los desafíos del siglo XXI, el Banco (BID) ve la participación como un elemento fundamental para mejorar el desarrollo y la democracia en el mundo. Para responder a tales desafíos, el Banco ha venido estimulando un mayor involucramiento de personas y entidades que tienen un interés legítimo (stakeholders) en la preparación e implementación de los proyectos. Dicho involucramiento permite crear respuestas más apropiadas a las necesidades de la población, ayudando a fortalecer el proceso de desarrollo y a consolidar la democracia.”⁵²

Sin duda que estos cambios de actitud hacía la participación se ha debido a la transformación experimentada en el mundo durante los últimos años y que, en mi opinión, tendrían que profundizarse a la luz de un nuevo milenio. Sobre todo en donde la moderna gestión pública gana cada vez más espacios y contribuye de mejor forma en la eficiencia para la administración de los recursos y efectividad en sus impactos.

⁵² BID, Libro Para la Consulta Popular. 1996. El Libro de Consulta sobre Participación ha sido preparado por la Sección de Desarrollo del Personal (DPA/DEV), en estrecha colaboración con la Unidad del Estado y Sociedad Civil (DPP/MOS) y la Unidad de los Pueblos Indígenas y Desarrollo Comunitario. (SDS/IND). www.iadb.org/exr/espanol/politicas/participa/

Por tanto, debemos incorporar a la gestión local instrumentos validados por la sociedad civil, considerando los cambios contextuales acaecidos, y orientados a plantear soluciones creativas.

El desafío, entonces, consiste en cómo generamos instancias validas de participación, especialmente en aquellas de gran relevancia para la calidad de vida de las personas como es el caso de la atención primaria de salud. Resolviendo esta interrogante estaríamos aportando en gran medida a potenciar y legitimar la participación, ya no tan sólo como fuente teórica para la discusión intelectual sino que además daríamos un salto cualitativo en pos de la consolidación democrática y, por lo tanto, desarrollaríamos nuevas formas de relación entre la sociedad civil y el Estado, representado por los gobiernos locales.

El Banco Interamericano de Desarrollo plantea que la participación es importante porque “habilita y pone en acción a las personas como actores y supervisores de su propio desarrollo; es uno de los objetivos del desarrollo y uno de los medios. Puede ayudar a crear y mantener democracias estables y buen gobierno así como el crecimiento económico. Cuando las personas pobres y marginadas participan en los proyectos de desarrollo adquieren habilidades y desarrollan actitudes que les posibilita una contribución más significativa a la sociedad en general.

Desde el punto de vista del Banco la participación fomenta la estabilidad financiera y la sustentabilidad de los proyectos mejorando así el rendimiento de la cartera. La participación **mejora el diseño del proyecto** al reducir el costo de la obtención de datos sobre los factores ambientales, sociales y culturales, así como sobre las necesidades y prioridades de los actores claves del proyecto. Los directores de proyecto

pueden obtener aportes de todos los grupos inclusive de aquellos que a menudo han sido marginados del proceso de desarrollo”.⁵³

“Un proceso participativo bien diseñado **puede ayudar a resolver o manejar conflictos** al crear una base común y de negociación entre los grupos interesados. El detectar y resolver tales conflictos en las primeras fases del proyecto ayuda, más tarde, a reducir el costo de la supervisión.

Los procesos participativos son una oportunidad para el aprendizaje social e innovación lo que favorece el compromiso con los cambios sociales. En primer lugar, las personas identifican un propósito común generando, compartiendo y analizando información que les permite establecer prioridades y desarrollar estrategias. Además crean nuevas maneras de hacer las cosas con el fin de lograr los objetivos comunes. Dichas personas llegan a darse cuenta de cómo cada una de ellas, en forma individual o colectiva, deben cambiar su conducta para que las prioridades puedan ser atendidas apropiadamente.

- La participación **puede fortalecer a las instituciones locales** en su capacidad administrativa, autogestión, confianza, transparencia, responsabilidad y acceso a los recursos. Esta mayor capacidad de las instituciones es lo que, a su vez, proporciona al proyecto mayor estabilidad.
- **Mediante la evaluación participativa las personas se dan cuenta si los beneficios y alcances del proyecto se dan en forma equitativa y les permite tomar medidas correctivas cuando sea necesario. Las**

⁵³ BID, Libro Para la Consulta Popular. 1996. El Libro de Consulta sobre Participación ha sido preparado por la Sección de Desarrollo del Personal (DPA/DEV), en estrecha colaboración con la Unidad del Estado y Sociedad Civil (DPP/MOS) y la Unidad de los Pueblos Indígenas y Desarrollo Comunitario. (SDS/IND). www.iadb.org/exr/espanol/politicas/participa/

ideas de justicia y de compromiso en relación con un proyecto se refuerzan mutuamente. La participación aumenta la credibilidad de la evaluación puesto que la gente confía en la información que ellos mismos generan".⁵⁴

Por otra parte, las Municipalidades se definen oficialmente como "Corporaciones autónomas de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuya finalidad es satisfacer las necesidades de la comunidad local y asegurar su participación en el progreso económico social y cultural de las respectivas comunas". Los órganos que concurren a la administración municipal son el Alcalde como máxima autoridad y el Consejo elegido por la ciudadanía. Está contará, además, con un Consejo Económico y social de carácter consultivo.

Para dar cumplimiento al mandato constitucional de satisfacer las necesidades de la comunidad local y asegurar su participación en el progreso económico, social y cultural de la comuna, los municipios cuentan con dos grandes grupos de funciones: las privativas y las compartidas. Para su desarrollo no requieren autorización previa o delegación de ningún ministerio o servicio que tenga competencia sobre la materia. Las funciones privativas son aquellas que sólo pueden ser cumplidas y desarrolladas por la Municipalidades, conforme a las Leyes y las normas técnicas de Carácter general que dicten los Ministerios cuando corresponda. Por ejemplo, la promoción del desarrollo comunitario, elaborar, aprobar y modificar el plan de desarrollo comunal, cuya aplicación deberá armonizar con los planes regionales y nacionales.

Los municipios deben potenciar estrategias de desarrollo participativas, con intervención de los diversos actores y protagonistas de la realidad de

⁵⁴ BID, Libro Para la Consulta Popular. 1996. El Libro de Consulta sobre Participación ha sido preparado por la Sección de Desarrollo del Personal (DPA/DEV), en estrecha colaboración con la Unidad del Estado y Sociedad Civil (DPP/MOS) y la Unidad de los Pueblos Indígenas y Desarrollo Comunitario.(SDS/IND).www.iadb.org/exr/espanol/politicas/participa/

barrios y comunas. Con ello estaríamos desbloqueando la acción centrada en normas, procedimientos y “burocratismo” y avanzando hacia a órganos de gobernanza de nuevo tipo, que cumplan su misión en forma efectiva, contribuyendo de esta forma a generar una administración pública que tenga como base la legitimidad popular.

Por otra parte, una segunda línea de argumentación reconoce la posibilidad de injerencia por parte de la comunidad. En efecto, se afirma que la participación de la comunidad puede llegar a imprimir un nuevo ritmo a la gestión del municipio porque, de verificarse, logrará movilizar dinámicamente los recursos municipales (humanos y profesionales, económicos, materiales, etc.).⁵⁵

“La diversidad de experiencias y proyectos realizados a nivel local, demuestra que se ha avanzado en forma importante con múltiples estrategias y mecanismos de participación, cuyos impactos en la construcción de capacidades con los diversos actores y sectores, permitirán sin lugar a dudas, ampliar un futuro cercano el compromiso de la sociedad civil con la salud y calidad de vida. El nuevo desafío es entonces evidenciar su impacto positivo sobre las metas de salud y generación consensuada de políticas saludables”⁵⁶

No obstante, se entiende que este no deja de ser complejo, pero a su vez es un desafío para plantear administraciones “amistosas”, en una relación cara a cara, rompiendo con una posición de distancia entre la burocracia y las personas. “Sin duda que poner en movimiento una propuesta de participación social en el sistema público de salud en Chile es un proceso

⁵⁵ Víctor Soto Retamal, Cristián Pliscoff, y Fernando Matta. coordinación y supervisión técnica “Discurso de los funcionarios municipales sobre la participación”, encargado por la División de Organizaciones Sociales del Ministerio Secretaría General de Gobierno, a GDS Consultores durante 1997.

⁵⁶ Salinas, Judith. “Participación social en el sistema público de salud en Chile”. p.61. Revista de Trabajo Social. Número 68, 1996.

complejo. Existe abundante reflexión respecto al carácter centralista de nuestro sistema, así como la hegemonía del sector salud en la solución de los problemas de salud, y lo que no es menor, respecto de los problemas de sobredemanda y precariedad de los recursos con que funcionan los establecimientos, particularmente los de atención primaria; todo ello conlleva a serias resistencias para incorporar a la población en la gestión de salud”⁵⁷

Sin duda, la participación comunitaria directa debe “convertirse en real”. Para avanzar desde planteamientos ideales hacia la práctica. Es expresar los deseos y conciliarlos con la realidad, dejando atrás un lenguaje y un práctica “añeja”, pasando a estilos de gestión más humanos y menos “trancados”. En consecuencia no tenemos nada que perder instalando mecanismos participativos en la actual burocracia pública.

⁵⁷ Weinstein, Marisa. “Participación social en salud. Acciones en curso”. p. 17. FLACSO. Chile. 1997.

3) DEFINICION FINAL DEL PROBLEMA

3.1) PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Es la participación comunitaria directa, entendida como la capacidad que tienen las organizaciones territoriales, funcionales e intermedias de la sociedad civil de incidir efectivamente en las políticas sociales locales, un mecanismo eficaz para el proceso de gestión de la atención primaria de salud, de tal modo que contribuya a sus objetivos estratégicos en relación a su eficacia e impacto territorial?

3.2) OBJETIVO GENERAL

Reconocer la participación de las organizaciones territoriales, funcionales e intermedias de la sociedad civil como un instrumento adecuado para mejorar la atención primaria de salud, centrada particularmente, en la comuna de Peñalolen de la Región Metropolitana.

3.3) OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar la gestión de la atención primaria de salud en la comuna de Peñalolen en el período 1990-2000.**
- Determinar el tipo de vinculación existente en el proceso de gestión de la atención primaria de salud con respecto a la participación de la comunidad organizada de la comuna de Peñalolen en el periodo 1990-2000.**

- Describir los diversos mecanismos participativos implementados en el proceso de gestión de la atención de salud primaria en el periodo 1990-2000 en la comuna de Peñalolen.
- Nombrar y definir los principales actores involucrados en el proceso de gestión de salud primaria en el periodo 1990-2000 en la comuna de Peñalolen.
- Determinar el ámbito y tipo de control que establecen los mecanismos participativos en el proceso de gestión.
- Determinar los vínculos desarrollados a partir del proceso de gestión de la atención de salud primaria con respecto a la sociedad civil organizada.
- Conocer los principales aportes de la comunidad organizada en el proceso de gestión en la atención primaria de salud.

3.4) HIPOTESIS

En la medida que la sociedad civil participa directamente, insertándose e involucrándose, en la gestión de la atención primaria de salud, éste proceso mejora, eleva su eficacia e impacto local, le imprime transparencia y por tanto, constituye una respuesta real a las demandas de la población. Ratificando, de esta forma, que la participación directa es un mecanismo eficaz para mejorar las actuales condiciones de la atención primaria de salud.

3.5) VARIABLE INDEPENDIENTE

- El proceso de participación ciudadana en la atención de salud primaria

3.6) VARIABLE DEPENDIENTE

- Eficacia e impacto local de la atención primaria de salud.
- Proceso de gestión de la atención primaria de salud.
- Mecanismo eficaz para mejorar las actuales condiciones de la atención primaria de salud.
- Gestión transparente de la atención primaria de salud.

Unidad de Análisis: Comuna de Peñalolen

4. MARCO TEORICO

4.1) CONSIDERACIONES CONTEXTUALES

Las transformaciones en el ámbito de la información, tecnologías y en el sistema productivo han iniciado cambios a nivel global, fenómeno conocido como globalización. Sin embargo, estos no necesariamente impactan regionalmente con los mismos efectos que a nivel central, mucho menos localmente, es decir cuanto más cercano al capital (Países ricos y desarrollados y los polos de desarrollo de Países subdesarrollados), mayor desarrollo, identidad e influencia y por tanto más beneficiados con el fenómeno de la “aldea global” dejando de lado vastos sectores, los que pasan a constituir modelos “Frankenstein” -que se arman a medida que el presupuesto nacional les asigna recursos o son favorecidos por inversiones privadas- y por tanto constituyen un desafío, bajo una determinada cultura e identidad, para la organización

propia. Más aún cuando este ajuste estructural consolida una economía de carácter liberalizante impulsada por las empresas transnacionales, en donde el Estado tiene escasa relevancia.

“Así el sistema económico durante este siglo demasiado subordinado a la política, no solo se independiza enteramente de la cultura, el Estado y la organización social y política del país, sino que tiende a imponer sobre ellos sus criterios, que en este caso son los mercados y la autoregulación. Por lo que el gran problema del país, el gran salto adelante, ya no es económico, sino social, cultural, político e institucional. Lo que significa que el desafío básico es aumentar la capacidad de la sociedad, tanto actores sociales y Estado, de intervenir sobre sí misma y no dejar que las fuerzas naturales de los mercados determinen su marcha”.⁵⁸

En efecto, “la ciudad, espacio importante en el desarrollo de la sociedad, vive hoy transformaciones fundamentales en sus estructuras políticas, sociales y económicas. Está sometida a una situación cambiante de mucha incertidumbre. Un aspecto relevante de este proceso es la renovación de la importancia relativa del espacio local respecto al Estado central y a los espacios nacionales. Tanto la expresión de problemas y conflictos relacionados a la pobreza urbana y los problemas sociales -- desigualdad, precarización de la fuerza de trabajo y el empobrecimiento de la ciudad-- como la resolución de éstos, parecen dirigirse a y experimentarse en lo local. Estos problemas representan demandas insatisfechas y conflictos no resueltos derivados de la contraposición de intereses económicos, sociales y políticos en el ámbito urbano”.⁵⁹

Por lo que, “el Estado es obligado a adecuarse a este fenómeno de nuevos espacios decisionales en los niveles supra e infranacionales, para lo cual su

⁵⁸Garretón, Manuel Antonio. El Mercurio, Artes y letras. p. 23. Santiago de Chile, 29/06/97.

⁵⁹ Rodríguez, Alfredo y Lucy Winchester. “Ciudad, Democracia y Gobernanza en América Latina”. 1996. Revista International Social Science Journal, N° 147. www.riadel.cl.

actual configuración se hace objeto de fuertes reestructuraciones. El espacio Nacional, en cuanto soporte y referencia de la acción Estatal, cede importancia a las escalas regionales y locales, además de internacionales, como única manera de que el Estado mantenga una interacción real y eficiente con los procesos sociales sobre los cuales busca influir”.⁶⁰

“Los procesos de descentralización y regionalización apuntan fundamentalmente a redistribuir funciones y recursos en forma eficiente desde el nivel central y regional a los niveles periféricos de administración o gobiernos locales. Ubicado, desde luego, en la perspectiva de la recomposición de una matriz socio-política en el contexto de los procesos de transformación económica y cultural que se dan en el mundo de hoy. Ello apunta que al principio rector de esta recomposición, en la cual se inserta el Estado con sus diversas dimensiones, es el fortalecimiento autónomo y la complementariedad mutua de los componentes de la matriz (Estado, sistema de representación o estructura política partidaria y sociedad civil, incluida aquí economía y actores sociales).⁶¹

En consecuencia, “la descentralización sería una respuesta política a las tensiones y conflictos sociales producidos por la incapacidad del Estado para dar satisfacción a las demandas de la sociedad, debido a la ausencia de canales de participación política y ciudadana. En este sentido, la descentralización es concebida como la búsqueda de una institucionalidad que permita mayor participación de la ciudadanía, de manera de facilitar la relación y la solución a los problemas de la población en los lugares cercanos a donde estos se producen. Desde este punto de vista, la descentralización sería un instrumento para la

⁶⁰González, Raúl. “Espacio Local, Sociedad y Desarrollo”. p. 17. Programa de Economía del Taabajo. PET. 1997.

⁶¹ Garretón, Manuel Antonio. “Hacia una nueva era política, estudio sobre la descentralización”. p.219.

democratización del Estado, y constituiría uno de los factores indispensables de la modernización del mismo".⁶²

Es de vital importancia para la participación la democratización del Estado a tal punto que esta no existe si no existe. Es decir democracia y participación son dos aspectos del mismo fenómeno.

"En este caso, es claro que la descentralización no democratiza de por sí y que se hace necesaria la ocurrencia de ciertos procesos socio-políticos para que se vea acompañada por una democratización de la gestión local. Para democratizar no basta una institucionalidad establecida (elección de alcaldes, instancias de representación, etc.) sino que se requieren acciones de corte democratizador. Y tales acciones suponen actores. Un proyecto democrático de descentralización supone la existencia de actores que lo sustenten y lo lleven a la práctica. Eso es lo que muestran los estudios realizados al respecto".⁶³

Lo anterior, es una gran desafío para los Gobiernos locales ya que para asegurar estos objetivos (Governanza de un territorio determinado y mejoramiento de la calidad de vida de sus habitantes) estos deben iniciar un proceso de modernización, donde necesariamente cambie el eje actual a uno de mayor desarrollo.

En la medida que los municipios operen reaccionando a los contextos inmediatos poco podrán hacer por desarrollar una mejor calidad de vida y

⁶² Rodríguez, Alfredo. Coordinador. Conferencia Electrónica sobre Descentralización en América Latina: abril-diciembre 1994. "Contenidos de la descentralización: Conceptualización del proceso, objetivos, los pro y contras de la descentralización, desafíos". www.riadel.cl

⁶³ Rodríguez, Alfredo. Coordinador. Conferencia Electrónica sobre Descentralización en América Latina: abril-diciembre 1994. "Contenidos de la descentralización: Conceptualización del proceso, objetivos, los pro y contras de la descentralización, desafíos". www.riadel.cl

progreso sostenido en los territorios. Estos deben aprovechar la oportunidad histórica de asimilar las diversas y amplias posibilidades que ofrece una gestión local participativa con un perfil democrático, solidario y sustentable de carácter estratégico.

Uno de los aspectos más interesantes en el sentido de la profundización de la democracia y de generación de conductas de co - responsabilidad en la ciudadanía es la participación directa en la gestión de los procesos a nivel de la comuna que invitaría "a ser parte", avanzando en forma cualitativa hacia el desarrollo de sociedad. Sin embargo, esta oferta se encuentra mediatizada por la complejidad, la resistencia cultural al cambio. "A veces los gobiernos locales no tienen claro cuáles son las demandas de la ciudadanía. En sus programas suponen demandas que no corresponden a las demandas reales de la gente. Por eso, es necesario acercarse a la gente para saber cuál es su verdadera opinión con respecto a su propia realidad. Pero no es sólo en este punto, donde la relación se establece en forma obvia, que puede participar la ciudadanía; también puede hacerlo en la formulación de criterios, y en las decisiones de índole más técnica y política".⁶⁴

Es de gran importancia que se implementen en los Gobiernos locales modelos organizacionales facilitadores del desarrollo y la democracia. Según Mario Marcel, "se debe implementar objetivos a través de la planificación y de un diseño estratégico que centren al usuario como tributario final de las acciones de los organismos públicos, incorporando técnicas modernas en la gestión y fortalecimiento de los recursos humanos ligado al incentivo por desempeño". clarificando que, "la gestión local es entendida como la organización y manejo de una serie de recursos institucionales, financieros, humanos y técnicos por parte de la municipalidad para proporcionar a los distintos sectores de la población

⁶⁴ Cáceres, Teresa; Lucy Winchester y Alfredo Rodríguez. "Indicadores de gestión local". SUR Centro de Estudios Sociales y Educación. Marzo 1997. www.riadel.cl

los satisfactores de la respectivas necesidades de bienes de consumo individual y colectivo".⁶⁵

4.2) PARTICIPACION

Por su parte, la participación como tal tiene distintos significados. No obstante, la de mayor relevancia para este estudio, se entiende como la participación directa de organizaciones funcionales y territoriales, así como aquella provenientes de la sociedad civil, que se involucran en un contexto de desarrollo local. (Oxhorn,1995; Black, 1984). "La perspectiva liberal define a la sociedad civil en términos de derechos y obligaciones individuales. Ella es caracterizada como un término que nace junto al surgimiento de la economía de mercado. Individuos racionales que deciden vivir juntos en función de ulteriores intereses privados, crean la sociedad civil... Siguiendo una tradición colectivista, la sociedad civil sería definida aquí como: la construcción social formada por una multiplicidad de unidades de base auto - constituidas territorial- y funcionalmente- que pacíficamente coexisten y colectivamente resiste la subordinación al Estado, al mismo tiempo que demandan inclusión dentro de las estructuras políticas nacionales".⁶⁶

Es decir "como traspaso de poder desde el Estado a la Sociedad Civil, tanto en términos de traspaso de responsabilidades (de gestión, por ejemplo) como de toma de decisiones. Este proceso implica una relación entre dos actores. El estado y Sociedad Civil, a través de mecanismos formales que permitan a la sociedad civil participar en las decisiones que

⁶⁵ Velasquez, Fabio. "La gestión local en ciudades intermedias de Colombia : Los casos de Cartagena y Santander". Ediciones, SUR, 1991. www.riadel.cl

⁶⁶ Oxhorn, Philip. "La reforma económica neoliberal y la desarticulación de la sociedad civil en América latina". p. 59. Encuentro XXI, Verano de 1997. Año 3. N ° 17.

se toman en los ditintos niveles del aparato estatal, donde se toman las decisiones de política social”⁶⁷

Efectivamente, construir participación es el de vital importancia, por medio de mecanismos por un lado y por otro, el fortalecimiento de actores, que se interrelacionen en el nivel local.

“La participación se hace real cuando se ejerce en aquellos sectores del mundo que constituye nuestra propia vida. En el nivel más básico, la participación del individuo se da en la naturaleza, de la cual forma parte, y en la comunidad a la que pertenece, que es su lugar de encuentro con los otros hombres. Pero el hombre sólo podrá afirmar este valor de ser parte, convirtiendo la potencia en acto, en la medida que tenga el valor de ser como persona, que desarrolle sus potencialidades y su autoafirmación. Individuo-comunidad, yo-nosotros, son realidades interrelacionadas que expresan la naturaleza esencialmente dialéctica de la participación: mientras más desarrollado como persona es un individuo, mejor puede participar; mientras más participa, más crece como persona”.⁶⁸

“La 'fortaleza' de las comunidades fuertes consiste en que contienen en sí mismas el vínculo indisoluble de la legitimidad, cuya matriz única es, precisamente, la 'auto-producción social'. Por esto, en esas comunidades, los esfuerzos pretéritos no se retienen como meros recuerdos o simples efemérides, sino como conductas arquetípicas (exitosas), normativas (la

⁶⁷ Herrera, María Soledad. “Participación de la comunidad en las políticas del Ministerio de Salud de Chile”. p. 95. Centro de Análisis de Políticas Públicas. Universidad de Chile. Aldo Meneses Ed. Participación Local y Desarrollo de las Organizaciones Públicas y Privadas. 1998.

⁶⁸ Aylwin, Nidia. La participación social y liderazgo en las organizaciones intermedias. p. 2. Serie Documentos de Estudios N° 6. 1993.

eficiencia 'debe' ser reproducida), valóricas (implicaron humanización) y Estructurantes (definieron roles técnicos y niveles de prestigio, fijando deberes y responsabilidades).”⁶⁹

La participación es aplicable a todos los aspectos de la vida en sociedad, especialmente en los campos de la cultura, la política y la economía en sus diversos niveles, es decir, referente a la macroparticipación, en forma intermedia o en microparticipación. Y que va desde recibir información, dar opiniones y tomar decisiones, esta participación puede ser directa o indirecta.

Pero sobre todo la participación debe está dotada de contenido y desde nuestra opción es aquella donde se profundiza la democracia. “El poder emana de la sociedad civil y por lo tanto es allí donde debe radicar. Por lo tanto, al concebir la participación como fin, se le asocia al conceptode democracia (v/s burocracia), es decir, a la concepción de que la sociedad civiles la que debe tomar las decisiones sociales en los asuntos de su incumbencia, mientras que, por otro lado, el Estado debe asumir mas bien un papel orientador de las políticas sociales”.⁷⁰

Según, Flisfish (1980)”la participación social está referida a acciones colectivas provistas de un grado relativamente alto de organización y que se orientan por una decisión colectiva. Se requiere además, que en esta acción se cuente con una dirección más o menos permanente, mecanismos de decisión relativamente formalizados, y una división del

⁶⁹ Salazar, Gabriel. “Descentralización y sinergia histórica local: Fracasos y desafíos”. Departamento de Ciencias Históricas, Universidad de Chile. www.riadel.cl

⁷⁰ Herrera, María Soledad. “Participación de la comunidad en las políticas del Ministerio de Salud de Chile”. p. 97. Centro de Análisis de Políticas Públicas. Universidad de Chile. Aldo Meneses Ed. Participación Local y Desarrollo de las Organizaciones Públicas y Privadas. 1998.

trabajo en términos de roles diferenciados, todo lo cual se orienta a la voluntad colectiva de lograr una meta determinada”.

4.3) SUSTENTOS POLÍTICOS DE LA PARTICIPACIÓN

“El ministerio de salud- siguiendo la elaboración realizada por la OPS- define en 1993 la participación en salud como la intervención de las personas, familias, grupos, organizaciones sociales y comunitarias, instituciones privadas y solidarias, en la tarea de mantener, mejorar, recuperar y fomentar la salud. Se habla de participación social, cuando intervienen todos o gran parte de estos actores y, de participación comunitaria, cuando intervienen sólo los grupos y organizaciones representativas de la población en un territorio definido”⁷¹

También, en términos internacionales y específicamente desde el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) se plantea que “ La participación en el desarrollo se puede definir, en términos amplios, como el proceso por el cual las personas y entidades que tienen un interés legítimo (stakeholders) ejercen influencia y participan en el control de las iniciativas de desarrollo y en las decisiones y recursos que los afectan”.⁷²

En este mismo sentido “la OPS ha sido particularmente sensible al fomento de la participación en el sector salud, ya sea a través de la elaboración de sus propuestas para la atención primaria con la

⁷¹ BID, Libro Para la Consulta Popular. 1996. Ha sido preparado por la Sección de Desarrollo del Personal (DPA/DEV), en estrecha colaboración con la Unidad del Estado y Sociedad Civil (DPP/MOS) y la Unidad de los Pueblos Indígenas y Desarrollo Comunitario. (SDS/IND).www.iadb.org/exr/espanol/politicas/participa/

⁷² BID, Libro Para la Consulta Popular. 1996. El Libro de Consulta sobre Participación ha sido preparado por la Sección de Desarrollo del Personal (DPA/DEV), en estrecha colaboración con la Unidad del Estado y Sociedad Civil (DPP/MOS) y la Unidad de los Pueblos Indígenas y Desarrollo Comunitario (SDS/IND).www.iadb.org/exr/espanol/politicas/participa/

conformación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), como en sus estrategias de promoción de salud. Para este organismo, a salud representa un estado de completo bienestar, más que la sola ausencia de enfermedad, y en este sentido, la concibe como un amplio proceso en el cual está involucrada toda la comunidad y no tan sólo los Estados”.⁷³

El modelo de participación del Ministerio de Salud, en relación al cuidado, prevención y promoción en salud plantea, en un sentido estratégico, “apunta al fortalecimiento de la atención primaria, otorgando a los consultorios el carácter de centros de salud, donde los equipos se integran de una manera activa a las redes comunitarias, interactuando cotidianamente con la población local, recogiendo sus necesidades y estableciendo iniciativas conjuntas para resolverlas. El carácter curativo de estos establecimientos debe ampliarse hacia convertirse en un actor que trabaja junto a la comunidad por el mejoramiento integral de la calidad de vida.”⁷⁴

“Se debe procurar que el diseño de estrategias gubernamentales permita la existencia de las condiciones reales para que la sociedad pueda ejercer una influencia sobre las funciones del Estado desde el inicio hasta el término de la cadena decisional, de diseño y planificación.”⁷⁵

⁷³ Weinstein, Marisa. “Participación Social en Salud. Acciones en Curso”. p.7. FLACSO. Chile 1997.

⁷⁴ Weinstein, Marisa. “Participación Social en Salud. Acciones en Curso”. p. 7. FLACSO – Chile. 1997.

⁷⁵ Bárcena, Alicia. “Ciudadanía ambiental”. p. 96. Participación, superación de la pobreza y desarrollo sustentable. FOSIS. REDLAC. FDLA. RED SOCIAL Santiago de Chile de 2000.

4.4) LA PARTICIPACIÓN COMO MECANISMO DE GESTIÓN

Si bien es cierto la participación es compleja, cuando se asocia a la gestión se complica aún más. Pero, esta es eficaz en la medida que aumenta el impacto de las acciones, por tanto su vinculación sería en todos los aspectos de la gestión.

“Todos los ámbitos de la gestión local requieren formas de participación, a veces genéricas, muchas veces específicas: consejos, comités ad hoc, consulta popular, etc. La participación puede ser información, debate, negociación. También puede derivar en fórmulas de cooperación, de ejecución o gestión por medio de la sociedad civil (asociaciones o colectivos, empresarios ciudadanos, organismos sindicales o profesionales, etc.)”⁷⁶

“La participación como medio se define como una herramienta que permite aumentar la eficiencia y eficacia de las políticas sociales. Se concibe, por lo tanto, como un medio para mejorar la gestión pública, ya sea al aprovechar recursos (materiales o humanos) existentes en la comunidad, o al implementar programas o proyectos sociales que respondan de manera más efectiva a las necesidades y expectativas de la población.”⁷⁷

La comunidad experimenta procesos culturales favorables para su reproducción social en tanto ella es responsable de los destinos de sus integrantes.

⁷⁶ Borja, Jordi. “Ciudadanía y Espacio Público”. España, Barcelona febrero 1998. www.riadel.cl

⁷⁷ Herrera, María Soledad. “Participación de la comunidad en las políticas del Ministerio de Salud de Chile”. p. 97. Centro de Análisis de Políticas Públicas. Universidad de Chile. Aldo Meneses Ed. Participación Local y Desarrollo de las Organizaciones Públicas y Privadas. 1998.

“Se comprende que, sobre tal conglomerado histórico-social, las 'instituciones' no podrán prosperar, a menos que hayan sido 'criadas' por esa misma matriz conglomeral. La consanguinidad social y cultural (histórica) que se exige localmente a las instituciones es, pues, alta. Pero si de hecho, en esa matriz, son consanguíneamente criados uno o varios 'corpúsculos institucionales' (por ejemplo: cooperativas, clubes de fútbol o de rayuela, juntas de vecinos, etc.), entonces se observa que, en ellos, impera la simplicidad funcional, y no las complejidades burocráticas o tecnocráticas de la "diferenciación funcional" propia de las metrópolis modernas. El 'orden institucional' es, en lo local, un sistema débil o secundario, pues, o es subproducto (criatura) de la 'organicidad histórico-social' típica de lo local, o es una prótesis externa sin raíces locales (no consanguínea: exangüe). Al parecer, el ritmo de la vida no necesita ni exige más institucionalidad o complejidad funcional que esa 'suficiente' dependencia.”⁷⁸

Los mecanismos de participación tienen que asociarse, necesariamente, a una práctica real. De lo contrario estaríamos en presencia políticas demagógicas que en nada contribuyen a realizar progreso social efectivo, pero estos mecanismos también deben ser tomados en cuenta como actores válidos y con capacidad de realizar una gestión transparente.

“Se busca una mayor injerencia de la comunidad en las políticas locales, convirtiéndola en un participante activo que, además de denunciar problemas y demandar soluciones, aporte soluciones derivadas de la discusión y el acuerdo entre los propios vecinos. Si bien esto es considerado un salto cualitativo, se señala que sólo ocurrirá si se favorece la constitución de actores locales con capacidad de diálogo real, toda vez que de lo que se trata es de una incorporación informada de la comunidad a los

⁷⁸ Salazar, Gabriel. Descentralización y sinergia histórica local: Fracazos y desafíos. Departamento de Ciencias Históricas, Universidad de Chile. www.riadel.cl

mecanismos y procesos que involucran la formulación e implementación de las políticas que desarrolla la municipalidad.”⁷⁹

La interrelación de los diversos actores es fundamental, en la medida que se generen procesos en ambos aspectos es decir de forma interna como externa. Contribuyendo adecuadamente a la legitimidad, ya que validaría las gestiones locales (interno) hacia la comunidad (externo).

“Una primera condicionante para producir condiciones políticas al proceso de innovación dice relación con la necesidad de integrar a las fuerzas sociales y políticas del ámbito local en una búsqueda concertada de esfuerzos y colaboración. La necesidad de una búsqueda de estilos distintos, que consigan aunar eficacia en el mejoramiento del servicio público local con crecientes grados de participación interna del aparato municipal y “externa” de la comunidad, es una condición y un resultado de gobernabilidad que debería estar asegurando la legitimidad y asentamiento del cambio de la estructura municipal” .⁸⁰

La comunidad debe integrarse para dar paso a formas de gobernabilidad y de gestión cara a cara, terminando con los verticalismos. Hoy a atención primaria de salud es vista desde una lejanía por parte de la comunidad, generando sensaciones y desconocimiento de los esfuerzos realizados por funcionarios y consultorios, esto no pasaría si existiera integración a estos procesos.

⁷⁹ Retamal, Víctor, Pliscoff, Cristián y Matta, Fernando. Coordinación y supervisión técnica. “Discurso de los funcionarios municipales sobre la participación”, encargado por la División de Organizaciones Sociales del Ministerio Secretaría General de Gobierno, a GDS Consultores durante 1997.

⁸⁰ Díaz, Alejandro. “condiciones políticas y técnicas para producir procesos de innovación en la gestión pública municipal”. p. 116. Autonomía, espacio y gestión. Lom Ediciones. Universidad ARCIS. 1998.

“El desarrollo de la comunidad se visualiza hoy como una forma de sensibilizar y motivar a la gente para que participe en la solución de sus propios problemas (especialmente los que están a su alcance resolver), y como forma de “devolver” parcelas de la gestión pública al ámbito de la sociedad civil”” Desde el punto de vista de los principios operativos del desarrollo de la comunidad, de lo que se trata es de aplicar el principio metódico / pedagógico de la cercanía vital, conforme con la cual las acciones deben realizarse en el lugar más cercano a donde está la gente o, lo que es lo mismo, en espacios a escala humana en donde el individuo puede participar en la definición de la situación problema mediante una investigación participativa, y luego, intervenir activamente en la programación de actividades, en la aplicación de las decisiones adoptadas y en la evaluación de los resultados”.⁸¹

“Decíamos que la propuesta de articular el desarrollo de la comunidad al desarrollo local aparece como una forma alternativa a lo que sostuvo durante muchos años, de que el desarrollo de la comunidad debía contribuir a los planes de desarrollo nacional. Y lo es, como una forma más realista, más posibilista, e incluso más efectiva, de resolver los problemas que afronta que afronta la gente en su cotidianidad”⁸²

La participación debe ser vista como un capital social, que si no se estimula, desarrolla y reproduce puede provocar un alto costo social, los procesos participativos son lentos y no acumulativos.

⁸¹ Ander-egg, Ezequiel. “Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad”. p. 122. Editorial LUMEN-HVUMANITAS. Colección política, servicios y trabajo social. Argentina. 1998.

⁸² Ander-egg, Ezequiel. “Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad”. p. 122. Editorial LUMEN-HVUMANITAS. Colección política, servicios y trabajo social. Argentina. 1998.

“El punto de partida está en reconocer que el desarrollo- tal como se le entiende hoy día, pero como siempre ha sido- es un proceso que, requiriendo una base material, no oculta su naturaleza intangible, como se discutió inicialmente. Siendo ello así, procede reconocer, con toda lógica, que sus factores determinantes o causales deben ser de igual dimensión y estos varios factores se han agrupado en categorías o diferentes clases de capital intangible. Se ha argumentado a continuación que tales capitales intangibles (alrededor de nueve o diez) deben ser articulados, potenciados y direccionados por una forma a un superior de capital tangible: el capital sinérgico latente en caso toda la comunidad, definido como un potencial catalítico de la sociedad que le permite promover acciones en conjunto dirigidas a fines colectiva y democráticamente elegidos, con el conocido resultado de obtenerse a sí un resultado final que es mayor que la suma de sus componentes. Se ha sostenido también –y éste es un punto crucial- que tales capitales intangibles y, en particular, el capital sinérgicos, se encuentran más fácilmente en espacios sociales y territoriales pequeños, de naturaleza próxemica, en que los contactos cara a cara, las costumbres y las tradiciones son muy importantes.”⁸³

Finalmente, reproduzco la tesis planteadas por Bernardo Kliksberg acerca de la participación que contribuyen de manera importante al sentido de esta tesis.

Primera tesis: La participación “Según señala la experiencia concreta, promover y poner en marcha modelos participativos genuinos, significa en definitiva gerenciar con excelencia. La participación de resultados muy superiores en el campo social a otros modelos organizacionales de corte tradicional como los burocráticos y los paternalistas”.⁸⁴

⁸³ Boisier, Sergio. “Desarrollo (local): ¿De que estamos hablando?”. p.105. Estudios sociales N ° 103/trimestre 1/ 2000/ SIN O716-0321. CPU.

⁸⁴ Kliksberg, Bernardo. “Seis tesis no convencionales sobre participación”. p. 4 Seminario internacional: Participación, superación de la pobreza y desarrollo sustentable.

“Segunda tesis: los mejores resultados de los modelos participativos en el campo de los programas sociales, no son mágicos. Derivan de bases muy concretas. En general, los programas en esta materia, independientemente de sus metas específicas como bajar la deserción en primaria, mejorar inmunizaciones, suministrar aguas, prestar créditos a familias pobres etc. Tiene los que se denominan suprametas que le son comunes y que enmarcan a las metas específicas. Se desea que los programas sean eficientes, es decir, hagan uso optimizantes de recursos usualmente escasos, que contribuyan en mejorar la equidad, punto crucial en América Latina. Cómo se ha destacado actualmente la región más desigual del mundo, y que generan sostenibilidad. Favorezcan la conformación de capacidades que fortalezcan la posibilidad de que la comunidad pueda seguir adelante con ello en el tiempo” .. “En la elaboración del programa social, la comunidad puede ser la fuente más precisa de detección de necesidades relevantes y de priorización de las mismas. Es quién tienen más conocimientos de los déficit y la urgencia relativa de los mismos” “En materia de control del buen funcionamiento del programa, y de prevención de la corrupción, el aporte de la participación comunitaria organizada puede ser insustituible. El control social obligará a la transparencia permanente, significa un seguro contra desvíos, permitirá tener idea a tiempo de desarrollos indeseables a efectos de actuar sobre los mismos”.⁸⁵

Aprendizajes de los fondos sociales y ambientales de América Latina y El Caribe. Santiago de Chile. FOSIS, REDLAC, FDLA, RED SOCIAL. 1999.

⁸⁵ Kliksberg, Bernardo. “Seis tesis no convencionales sobre participación”. p. 10. Seminario internacional: Participación, superación de la pobreza y desarrollo sustentable. Aprendizajes de los fondos sociales y ambientales de América Latina y El Caribe. Santiago de Chile. FOSIS, REDLAC, FDLA, RED SOCIAL. 1999.

Tercera tesis: La participación es un núcleo central de la gerencia del año 2000.

“La revalorización de la participación en el campo social se inscribe en un proceso más generalizado donde están cambiando fuertemente las percepciones respecto a los aportes de la participación a la gerencia” “El análisis científico de algunas de las organizaciones con mejores resultados actuales indica que los estilos gerenciales que han adoptado se hallan totalmente distantes del paradigma tradicional. Estudios pioneros como los de Kotter en Harvard (1989) y Mintzberg (1996) en la Universidad de Mc Gill en Canadá, coinciden en identificar que el éxito se asocia con factores como capacidades para el análisis sistemático del contexto y sus tendencias, detección de los problemas estratégicos, comunicaciones activas, horizontalidad, participación, `potenciación de las capacidades de la organización, construcción de red de contactos, y otros semejantes. Se ha descrito la transición paradigmática en desarrollo como el “paso de la administración a la gerencia”.⁸⁶

Cuarta tesis. La participación enfrenta fuertes resistencias e intereses. “En el discurso la participación ha triunfado en América Latina. Se escuchan permanentemente desde los más altos niveles gubernamentales, y de grupos de gran peso en la sociedad, referencias a la necesidad de incrementar la participación, a su deseabilidad para una sociedad democrática, a su tradición histórica en cada sociedad. A diferencia de décadas cercanas, casi no se escuchan voces que explícitamente se opongan a la participación. Sin embargo, la realidad no pasa solamente

⁸⁶ Kliksberg, Bernardo. “Seis tesis no convencionales sobre participación”. p. 13. Seminario internacional: Participación, superación de la pobreza y desarrollo sustentable. Aprendizajes de los fondos sociales y ambientales de América Latina y El Caribe. Santiago de Chile. FOSIS, REDLAC, FDLA, RED SOCIAL. 1999.

por el discurso. En lo hechos, los avances en participación comunitaria muestran una gran brecha con el declaracionismo al respecto.”⁸⁷

“La participación comunitaria es en definitiva un proceso que implica profundos cambios sociales. Como tal es esperable que genere resistencias, y que al vulnerar intereses instalados los mismos desarrollen estrategias de obstaculización”⁸⁸

“Entre ellas, en nómina taxativa, se hallan que las que sumariamente se presentan a continuación:

- El eficientismo cortoplacista
- El reduccionismo economicista
- El predominio de la cultura organizacional formal
- La subestimación de los pobres
- La tendencia a la manipulación de la comunidad
- El problema del poder”.⁸⁹

Quinta tesis: Se requieren políticas y estrategias orgánicas y activas para hacer avanzar la participación.” “ Es necesario forjar una gran alianza estratégica en torno a la participación. Diversos actores sociales tienen alto interés en su avance. Normalmente sus esfuerzos son aislados. Su articulación a niveles sectoriales y nacionales pueden dar fuerza renovadora a la acción. Entre ellos aparecen actores como los Municipios,

⁸⁷ Bernardo Kliksberg. “Seis tesis no convencionales sobre participación”. pp. 17-18. Seminario internacional: Participación, superación de la pobreza y desarrollo sustentable. Aprendizajes de los fondos sociales y ambientales de América Latina y El Caribe. Santiago de Chile. FOSIS, REDLAC, FDLA, RED SOCIAL. 1999.

⁸⁸ Ibid. p.18.

⁸⁹ Ibid. pp.18-22.

las organizaciones no gubernamentales, universidades, asociaciones vecinales, comunidades religiosas que trabajan en el campo social, diversos organismos internacionales, y desde ya las comunidades favorecidas. El trabajo conjunto de estos y otros sectores para impulsar la participación, proteger experiencias en marcha, buscar comprometer sectores cada vez más amplios, obtener recursos en su apoyo, fortalecer la investigación, y otros planes de acción puede mejorar significativamente las condiciones para su aplicabilidad”⁹⁰

Sexta tesis: La participación se halla en la naturaleza misma del ser humano”⁹¹

“El marco conceptual acordado sitúa a la participación como un proceso social, mediante el cual el sector público facilita y estimula a los diversos actores y sectores de la sociedad Chilena, en diferentes niveles de gestión (central, regional y comunal) para que aporten en el diagnóstico de sus propias necesidades, señalen prioridades, establezcan relaciones de cooperación, negocien y se concierten con la autoridad pública prueben y pongan en práctica soluciones concretas ante las diversas situaciones que los afectan, evalúen y controlen la gestión pública de salud. En este sentido, la participación implica una transferencia de poder hacia los usuarios y comunidades locales, fortaleciendo organizaciones y redes sociales capaces de establecer interlocución efectiva con los servicios de salud y municipios”

⁹⁰ Kliksberg, Bernardo. “Seis tesis no convencionales sobre participación”. pp. 24-25. Seminario internacional: Participación, superación de la pobreza y desarrollo sustentable. Aprendizajes de los fondos sociales y ambientales de América Latina y El Caribe. Santiago de Chile. FOSIS, REDLAC, FDLA, RED SOCIAL. 1999.

⁹¹ Ibid. p.25.

“La comunidad debe ser un sujeto activo en la búsqueda, creación e implementación de las soluciones a los problemas sociales que la atañen. Por esta razón, deben crearse mecanismos que posibiliten su participación activa tanto en el diagnóstico y diseño de soluciones como en la ejecución de los programas. (Sánchez, 1993)”⁹²

“Participación implicaría una cierta redistribución del poder, de la capacidad de influencia, desde los administradores del estado hacia los actores sociales, con una actitud activa y no pasiva. Se entiende por participación, por lo tanto, como la acción y efecto de participar, así como la intervención más o menos directa en la realización de una cosa”⁹³

5) MARCO METODOLOGICO

5.1) FUNDAMENTACION Y DESCRIPCION DEL DISEÑO Y METODO DE LA INVESTIGACION A EMPLEAR

Este trabajo de investigación es de tipo **descriptivo** porque pretende describir la participación de las organizaciones territoriales, funcionales e intermedias de la sociedad civil como un instrumento eficaz para mejorar la atención primaria de salud, centrada particularmente en la comuna de Peñalolen de la Región Metropolitana.

⁹² Friedmann, Reinhard. “Percepción de actores del sector público acerca del sistema de salud Chileno”. p. 333. El sistema de salud en Chile ante la descentralización política. ILPES/MINSAL. OMS/OPS. LC/IP/L.108. Febrero de 1995.

⁹³ Palma, Eduardo. “Municipio, descentralización y salud”. p. 128. La municipalización de servicios sociales en Chile. LC/IP/L.109. Febrero de 1995. ILPES/MINSAL. OMS/OPS.

El diseño de nuestra investigación es **no-experimental** porque “se observarán fenómenos tal como se dan en el contexto natural para posteriormente analizarlos”.

5.2) FUNDAMENTACION Y DESCRIPCION DE TECNICAS E INSTRUMENTOS QUE SE UTILIZARON

El procedimiento utilizado para el desarrollo de la investigación es el análisis de documentos sobre legislación, información proveniente del Ministerio de Salud, fuentes bibliográficas tanto en material impreso como electrónico. Se contempla una entrevista por intermedio de un cuestionario a actores relevantes.

El instrumento principal de la investigación es el cuestionario para una entrevista que se aplicará en forma individual.

5.3) FUNDAMENTACION DE LAS TECNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS RECOGIDOS O CONSTRUIDOS

La primera técnica fue la selección de los documentos apropiados para el tema, los que dicen relación con el análisis de los programas de Gobierno en Salud, artículos de prensa, diagnósticos locales, estudios especializados en la materia, legislación. Además se procedió a consultar el tema en las distintas entidades relacionados con la Salud.

La otra técnica utilizada es la entrevista a través de un cuestionario de preguntas, que nos permite conocer la opinión de los principales actores involucrados en el tema, ésta es de trascendental importancia, puesto que nos proporciona información que muchas veces no está en los documentos oficiales. Así como también constituyen una síntesis de todo el planteamiento teórico de discusión, propuestas, etc. que existe al respecto.

5.4) RESULTADOS Y TÉCNICAS DE CONTRASTACION Y VALIDACIÓN DE HIPOTESIS

5.4.1) ANTECEDENTES QUE ORIENTAN EL DESARROLLO DE LA CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE HIPOTESIS

Entrevista N ° 1. Soledad Estévez, asistente social. Centro de salud familiar Lo Hermida.

1. ¿Qué entiende Ud. por participación comunitaria directa?

R. Es una participación organizada y que tiene que ver con los procesos de toma de decisiones, una situación de empoderamiento de la población relacionado con lo que está pasando en su sector. Conjuntamente con un trabajo de instituciones y organizaciones. Para tomar decisiones y construir.

2. ¿Existe entre los trabajadores una opinión positiva o negativa de la participación en la atención primaria de salud?

R. Yo creo que hay una visión positiva, fundamentalmente en aquellos trabajadores que optan. En general, la gente que se queda en la atención primaria es porque les gusta. Hay una opción de trabajo comunitario con la gente. Por ejemplo, en este consultorio los médicos de salud familiar tienen una formación dirigida hacia el trabajo con la gente. El tema es que el proceso de participación es un proceso donde todavía no se ha logrado avanzar en forma conjunta, donde tú te reúnes para ciertas cosas puntuales. Yo diría, lo que pasa con los trabajadores de la atención primaria de salud, que se sienten que no tienen reconocimiento de la población, la gente pregunta si no hay horas, pero eso no pasa por los funcionarios, pasa por los recursos de la atención primaria. Yo pienso que es buena la postura de los funcionarios hacía la participación de la gente.

3. ¿Conoce una experiencia participativa en la atención primaria de salud de la comuna?

R. Trabajo con mujeres como monitoras de salud y con jóvenes. Son parte del proceso participativo a nivel de la atención primaria de la comuna, estos se realizan en el consultorio Carol Urzúa. Comenzamos a trabajar con jóvenes convocándolos como equipo de salud, después de un año de convocatorias y capacitándolos como líderes juveniles. El segundo año era que los jóvenes fueran protagonistas de acciones, ellos comenzaban a proponer y nosotros acompañamos ese proceso. Se convocó a un grupo de jóvenes en forma abierta, cualquier joven que quisiera integrarse se integraba. A su vez las acciones que ellos realizaban era con otros jóvenes que ellos mismos convocaban. Se realizaban actividades recreativas que se combinaban con temas de discusión y análisis juvenil.

4. ¿Cuentan con infraestructura del consultorio para ello?

R. Si, pero además se visitó la Casa de la Acogida y la Fundación San Pablo de la comuna.

5. ¿Los jóvenes continúan organizados?

R. Siguen organizados, lo que pasa que no hemos logrado que se independicen del consultorio. Si bien ellos proponen y participan en la toma de decisiones, igual es con condición adulta.

6. ¿Cuáles son lo contenidos de los talleres?

R. Autoestima, participación juvenil, protagonismo y la realidad del sector, diagnósticos. Se comenzó con jóvenes de 7 ° y 8 ° año del Colegio

Miravalle, fundamentalmente con la Población Luz y Esperanza. Se logró que los jóvenes se vincularan, rompieran con las rivalidades, trabajar juntos y aceptar la diferencia.

Por otro lado, la experiencia de las monitoras, es un grupo de 30 personas actualmente que lleva como 8 años funcionando, que son apoyados por el equipo de salud, pero que funcionan con autonomía. El equipo de salud se junta mensualmente con ellas y se asesora en proyectos, como el CONACE, que ejecutan como grupo de salud. Se capacitan además en computación, porque la labor de las monitoras tiene que ver con la comunicación e información al usuario. Ellas apoyan las campañas de PAP, difunden, buscan inasistentes de leche, dan información de la línea 800, averiguan sobre personas que estaban inscritas, en general salen con documentación de apoyo.

7. ¿Está experiencia a tenido un impacto positivo?

R. Yo, pienso que sí. Porque un indicador de esto es que el consultorio Carol Urzúa tiene un buen porcentaje de Papanicolau entre los consultorios de la comuna. Las monitoras difunden este examen todos los años puerta a puerta. El trabajo que hacen con el adulto mayor también es importante. Para ella mismas es fortalecedor el tema de estar participando y ser monitoras en salud, tienen sus propios distintivos. Ellas sienten que es muy importante lo que hacen. Han promovido y organizado un club de tango. Organizan paseos y se preocupan por la continuidad del grupo. Se han capacitado por el tema de drogas para trabajar en prevención y en el tema de violencia y maltrato.

8. ¿Cuál es la opinión de la dirección del consultorio. En ambos casos, contaban con apoyo institucional o era iniciativa propia?

R. Se cuenta con el apoyo de los directores del consultorio, Siempre hubo apoyo. Era parte de la programación, se conversa en las reuniones, se realizaba un encuentro y la directora realizaba gestiones para autorizar horas para estafetas, camionetas, para personal de apoyo.

Las monitoras tienen una oficina dentro del consultorio. Desde la alcaldía, la dirección de salud comunal y del consultorio tienen una postura de participación, de que la gente participe y apoyen la labor del consultorio, y los equipos trabajen directamente con la gente.

9. ¿Cómo evalúa los actuales mecanismos de participación?

R. Yo creo que hay una participación concreta que benefician a la gente, de una participación comunitaria de abajo, de hormiga. Ahora, lo que siento que la participación es una palabra que se usa mucho, pero que no está validando el tema. Creo que si bien en la gente la cosa directa la puede beneficiar, no hay un reconocimiento por parte de las autoridades, de abrir puertas concretas para la participación. Se hacen diagnósticos participativos y después nadie toma en cuenta los resultados, participan pero cuando surgen demandas desde la participación nadie las escucha. En este sentido a los ministerios les falta abrir más los ojos y ver que está pasando en las calles. De los ministerios a los servicios de salud de ellos a las direcciones de salud. Existen tantos eslabones entre medio, pero finalmente creo que la participación si beneficia a la gente, pero debieran abrirse mucho más espacios que no los abre.

10. ¿Las personas que trabajan en terreno ven la participación con un sentido práctico?

R. Si, la ven con un sentido práctico, la vives y sabes cómo son los obstáculos, y cuáles son los problemas y las dificultades y sus beneficios, el tema que el resto nos lo ve, nunca lo hizo. Pueden opinar y desde la teoría realizar muchos planteamientos.

11. ¿Los mecanismos de participación tienen injerencia real en la gestión o son más bien declaraciones de buena intenciones?

R. Yo, creo que tienen una injerencia mínima. Las demandas, en general de la comunidad de Peñalolen, están restringidas al tema de los recursos, de que son comuna pobre. Existen buenas intenciones de que van a escucharlos, pero de ahí a concretar cosas. Por ejemplo, en el tema adulto mayor la gente demandaría muchas visitas domiciliarias. Y nosotros feliz, sí tú eres médico a domicilio por demanda de la gente, pero un médico para toda la comuna. En lo que se puede se toma en cuenta, pero en general la solicitud de la gente significa recursos.

12. ¿Ud. piensa que la injerencia es mínima de la participación de la comunidad organizada en la atención primaria de salud, debido a los recursos?

R. Claro, no tienen más injerencia por el tema de recursos.

13. ¿Este proceso participativo, surge por voluntad de los equipos profesionales o existe un apoyo institucional?

R. Si tú lo haces gastando tus zapatos, no hay problemas. Si tú le pides a la municipalidad resolver situaciones que involucren recursos, la municipalidad no cuenta con recursos y en general siempre estamos mal

en ese tema. Ahora la postura es escuchar lo que dice la gente, lo que es natural porque es su función como alcalde. Además funcionan los CESCO donde le exigen resultados al Alcalde. A los directores de los consultorios le piden cuenta de su gestión. Yo creo que hay injerencia pero el tope son los recursos.

14. ¿A que ámbitos está circunscrita la participación en el proceso de gestión de la atención primaria de salud?

R. En la realidad los que planifican son los profesionales, la postura es integrar a la comunidad en los procesos de planificación.

¿Y eso último es efectivo?

La comunidad en sí está un poco atemorizada y no está preparada.

15. ¿Para que la gente se integre, quién debe iniciar ese proceso?

R. Tiene que ver con la baja participación. Por ejemplo la Juntas de vecinos tienen directiva pero no hacen reuniones en todo el año. No hay participación de la gente en general de los ámbitos que las rodean. Cuando tú los convocas vienen, pero cuando hay que asumir responsabilidades es otra cosa.

16. ¿Con los niveles de preparación que presentan los integrantes de las organizaciones, se puede pensar en su participación en los distintos ámbitos de la gestión?

R. No, hasta por un tema de información. Recién ahora están accediendo a mayor información en el consultorio.

¿Y si estuvieran preparados técnicamente?

Yo, creo que sí.

17. ¿En su opinión, la participación comunitaria directa constituye un mecanismo eficaz para lograr eficacia e impacto territorial en la atención de salud primaria?

R. Sin duda, lo que pasa es que nosotros estamos en un proceso de fortalecimiento organizacional en estos momentos. En otros consultorios yo creo que hay poca organización, yo tengo la información de que en Lo Hermida hay mucho más. En nuestro caso cuando avancemos en el proceso de organización podríamos efectivamente hacerlo de acuerdo al nivel de organización que tiene Lo Hermida. Es más elevado que el grado de organización que hay en otros sectores. Y avanzar en el empoderamiento de las organizaciones porque las organizaciones no van depender si es que la municipalidad les va a dar recursos. Ellos buscarán otros mecanismos para conseguir financiamiento. La gente ve a los consultorios como prestador de servicios, cuesta hacerlos entender de que ello también son responsables de lo que sucede. Y que ellos puedan aportar para que la gente que realmente lo necesita tenga acceso y la otra pueda esperar.

18. ¿Tú ves a una red de organizaciones de la sociedad civil con infraestructura en el consultorio, participando del proceso de gestión, haciéndose responsable?

R. A largo plazo y desde el punto de vista político, es decir, pensamos que un alcalde perteneciente a la Derecha política no da espacios para la participación. Si la monitora de salud va a pedir algo y el alcalde la escucha, bien. Ahora, si una organización que no piensa políticamente como el alcalde tiene problemas para participar. El alcalde se adscribe a

la participación entendida como desarrollo local, pero al mismo estilo de Lavín, donde pasa por la participación como procesos formales.

19. ¿En ese sentido habría una problemática entre el Alcalde de turno y la voluntad de los trabajadores de los consultorios y de la comunidad organizada?

R. Depende de la postura de los directores, del peso que le den al trabajo comunitario. Hay una presión y una necesidad relacionada con el tema de los recursos, con una imagen de que la gente pueda participar por eso que se abren las puertas. Si la gente pide médico para su casa y se lleva médico para su casa. Hay una cosa en la salud que dice que hay que escuchar a la gente. Pero, de allí ¿a cambios profundos?.

20. ¿Cómo definiría Ud. la relación de la sociedad civil de la comuna con la atención primaria de salud?

R. Asistencialista. Existe un plan de trabajo muy puntual, y siempre es acerca de necesidades muy puntuales. Y no existe una relación de trabajo conjunto.

21. ¿En relación a las políticas asistencialistas sus efectos son de dar y recibir, entonces si las instituciones promueven el asistencialismo tendremos organizaciones cautivas de la comodidad?

Lo que pasa que hay dos políticas contrapuestas, desde la dirección comunal hay una mirada asistencialista y la mirada del ministerio no es asistencialista, en estos momentos. Y nosotros como funcionarios de la salud estamos entre las dos visiones. De la señora que le va a reclamar al Alcalde de una respuesta inmediata, a la postura del ministerio de que nosotros somos evaluados de acuerdo así en los procesos de discusión

está la comunidad integrada. De sí se hacen encuentros con la comunidad, de sí se toman en cuenta las cosas que se evalúan. La visión nuestra como funcionario es un poco en el medio. Lo que pasa que no está la comunidad organizada.

En los demás consultorios no tenemos una comunidad con altos grados de organización. Por ejemplo con los campamentos es mucho más fácil porque ellos tienen una alta organización.

22. ¿A partir de los actuales niveles de participación, piensa que se pueden potenciar un nuevo tipo de gestión vinculada con las organizaciones comunitarias?

R. Yo creo que sí. Que a larga podría dar paso, pero además hay un tema de desconfianza en la gente del tema de participación. Es un proceso lento o no va a resultar. Y por otro lado, ellos trabajan de 8 a 17 hrs. y luego se van a sus casas tranquilamente.

23. ¿Piensa Ud. que la actual estructura de gestión en la atención primaria de salud es compatible con mecanismos participativos?

R. Yo creo que es compatible, no siento las estructuras tan rígidas. En el tema de la salud familiar, que es nuestro enfoque el tema es ese. El equipo de salud afuera, no hace más salud en el consultorio. Nosotros tenemos bastante libertad de acción y si nos pasamos de nuestras atribuciones no pueden llamar la atención. Si nosotros consideramos que se debe ir a la población a las 22 hrs. Lo hacemos,

24. ¿Está de acuerdo con las definiciones políticas que el ministerio da a la participación de la sociedad civil en la atención primaria de salud?

R. Sí. Son Políticas participativas. Lo que pasa que esta pasa por que la gente confíe con aquellos con lo que va a participar. El proceso de que la gente quiera, de que se anime, que se conozca. Y la postura del ministerio es decretar la participación, hace como tres años que está decretando la participación.

25. ¿Cómo evalúan la gestión de la atención primaria de salud?

R. Yo, pienso que es buena se da la atención que la gente solicita. Estamos intentando cambiar de postura, porque entendemos que es lo mejor para la gente. La gestión no es mala, lo que pasa que brindaríamos una mejor salud si es menos asistencialista y participativa. Y que no pasa sólo por nosotros sino que la gente quiera hacerlo.

Entrevista N° 2. Asociación de funcionarios consultorio San Luis de Macul. Sr. Luis Ávila, Técnico Social. Presidente. Eduardo Cortes Kinesiólogo. Tesorero.

1. ¿Qué entiende Ud. por participación comunitaria directa?

R. Luis Ávila: Los pacientes y los usuarios participen en la planificación en salud, tanto en el consultorio como en el lugar donde ellos vivan. De alguna manera, que ellos se preocupen de expresar cual es su idea de desarrollo de la comuna, que es lo que tienen que mejorar, que es lo más importantes para ellos. Porque si hacemos una definición de salud, en base a tú idea, en base a la idea de las personas que están insertos a nivel profesional o que trabajan directamente con la salud, pueden tener una visión sesgada, si no es con la participación de la gente que se atiende acá. Como dice la palabra de verdad tiene que haber una participación conjunta entre el usuario y las personas que trabajan en el servicio y en todos los componentes. Que no sea una visión tan jerárquica, que no te lleguen las ordenes a nivel de Gobierno sin preguntarte a las bases, por ejemplo en la eliminación de las filas, se preocupó de los trabajadores.

2. ¿En los trabajadores existe una visión positiva o negativa de la participación en la atención primaria de salud?

R. L. Ávila: Yo creo existe claridad en cuanto con la participación, se generan espacios de discusión y que es mucho mejor para solucionar diversos tipos de conflictos que se den. Pero que ellos asuman ese compromiso como tal es difícil, no creo que los trabajadores este comprometida con la participación.

Existe la teoría y la práctica. Tú tienes la teoría de que estando organizado vas a conseguir muchas situaciones muy importantes si

hablamos como organización que tiene cada consultorio como organización social o gremial, es importante. Pero esa teoría que se lleve a la práctica y genere motivación a la gente cuesta. La gente está acostumbrada a vivir cada uno de forma parcelada y en forma individualista que en forma colectiva.

Cuesta mucho hacer un trabajo participativo con todos los funcionarios. Organización con el consultorio si pero con la comunidad no hay mucha, acá lo que más se hace es una coordinación con la junta de vecinos, coordinación con organizaciones de la tercera edad. Pero, en realidad se trabaja con la base social no.

3. ¿Cuál ha sido la experiencia participativa que conoce en atención primaria de salud?

R. L. Ávila: Hay espacios de esparcimiento que aportan en este sentido, hay talleres que se hacen a nivel local que son participativos.

El consultorio como institución no sale mucho hacia la comunidad, lo más que mantiene una vinculación como junta de vecinos. Nosotros como asociación gremial mantenemos interacción con los vecinos, con los pobladores, con la organización. Porque creemos que el consultorio es parte de la comunidad, su uno analiza estamos 8 horas diarias.

La dirección siempre habla del trabajo comunitario y tiene una visión positiva del trabajo con la comunidad. Ahora se está tan presionado del rendimiento que no queda espacio para hacer un trabajo comunitario. Quieres trabajar con la comunidad tienes que tener horas disponibles para ello y como la demanda de los usuarios es tanta que hay que estar las 8 horas trabajando en el consultorio. Por falta de recursos no se destina personal especial para trabajar el tema de la participación. El área de trabajo social está vinculada con el tema directamente. La asistente

social que esta encargada de hacer las vinculaciones sociales. Igual existe una intencionalidad, hay sectores en los cuales se trabaja con la comunidad. Existe la comisión mixta donde participa salud y educación, todos los componentes de los programas, colegios y jardines infantiles de la comuna, la idea es vincular ambos servicios con la comunidad. Allí se desarrollan las políticas para ambos servicios, salud y educación.

4. ¿Las organizaciones comunitarias participan en la comisión mixta?

R. L. Ávila: Hay asistentes sociales que también están a cargo de los clubes de la tercera edad. Los grados de participación queda limitada por el tiempo. Hay orientaciones para postulaciones a concursos de proyectos. Y nosotros entregamos orientaciones referidas al aspecto técnico.

E. Cortes: Desde kinesiología existe un trabajo comunitario a través de talleres que desarrollan ejercicios terapéuticos conocidos como dolor de espalda. Actualmente hace dos talleres en el consultorio y dos talleres fuera. Uno en el jardín infantil Ichuac y otro en un taller del adulto mayor, realizaron una presentación en todos los clubes de adultos mayores del sector, y la idea es dejar un monitor en cada lugar. Hubo un proyecto donde trabajé hasta abril de este año y se eliminaron porque no llegó el financiamiento y no fueron aprobados por la comunidad. Entre ellos estaba un proyecto de las matronas de talleres mujeres embarazadas enflaquecidas y embarazadas indigestas. La municipalidad como le recortaron el presupuesto a nivel ministerio este no fue posible realizar.

Un proyecto de una campaña de invierno donde se regaló estufas, a unas 25 familias, la idea era disminuir las enfermedades respiratorias.

La otra experiencia es el comité de calidad, cuya idea es velar por la calidad del servicio y del equipamiento, calidad dirigido a la gente. Una especie de fiscalizadores. Pero, a nuestro juicio, daba la impresión que por favorecer a unos desfavorecía a otros, por ejemplo, andaban encima de los trabajadores viendo a que hora llegaban como atendían. Entonces era un a presión de nuestros propios pares

5. ¿Cómo evalúa los mecanismos de participación que existen en el consultorio?

R. E. Cortes: Para mí está bien porque el sentido de la salud de atención primaria debiera ser la prevención. Son Buenos pero son insuficientes, por ejemplo, yo trabaje con adultos mayores y no daba abasto para trabajar con ellos, falta infraestructura, falta materiales, equipamiento, en vez que se trabaje en el casino para almorzar, se construya una infraestructura especial.

L. Ávila: La comunidad en el fondo no participa, a ellos se les informa. Se les dice, ese recurso es para ustedes y lo toman o lo toman. Pero no hay discusión previa, para compartir visiones y consultar que se espera del consultorio, de la salud. Si no que desde el Ministerio dicen que hay tales actividades, que tienen tantas horas para trabajar con la gente, ellos buscarán con que comunidad las trabajan, pero no hay participación de la gente.

6. ¿Los mecanismos de participación tienen injerencia real en los procesos de gestión?

R. E. Cortes: Nosotros asistimos a una reunión con vecinos de un sector completo y les planteamos nuestra realidad como consultorio y ellos estaban desinformados como funcionamos nosotros. No conocen nuestra realidad y cuáles son los problemas que nos aquejan. Ello ven a los

funcionarios, a los que atienden en el SOME, ven nuestras caras pero no saben que nos pasa. Ellos hacen reuniones los días Lunes, donde va gente del consultorio, que sería el canal para informar, pero no lo hacen. A la gente no se les solicita apoyo sino que se les imponen y a nosotros como funcionarios se nos imponen esto llegó esto se hace, ni siquiera tenemos una real participación en el consultorio, mucho menos la va a tener la comunidad. Nosotros como asociación, el consultorio debiera tener beneficios para los trabajadores y los beneficiarios. No tiene ni uno ni lo otro, aquí es mucho más jerárquico, viene a nivel de Ministerio y se hace endurece mucho más a nivel de la Municipalidad y el doble a nivel de la corporación, tenemos un director que se hace lo que él quiere. Por ejemplo un proyecto del ministerio de salud con normas técnicas fue traspasado tal cual desde la municipalidad a la corporación y el secretario general cambio las reglas, y se genero todo un problema, no llegaron las platas.

7. ¿A que ámbitos de la gestión de la atención primaria de salud, está circunscrita la participación?

R. E. Cortes: No hay participación real de la gente, a nivel de consultorio no tiene ninguna injerencia. Sólo existe un libro de reclamo, porque llegaron las nuevas platas en la oficina de informaciones, antes no había nada. La gente se mordía la rabia.

A todos nos rige la jerarquía, poco democrático, aquí mandan los jefes y a través de ellos los directores que son los delegados de la corporación municipal. Y luego a las jefaturas de unidades y nosotros tenemos participación ahora..

8. ¿Cómo definirían el tipo de vínculo de la sociedad civil de la comuna con la atención primaria de salud?

R. E. Cortes: Asistencialista y paternalista. La enfermera va a los colegios y ella ordena todo. En el fondo traspasan el consultorio y *no hay una real* participación y enseñar a través de talleres. Tengo la impresión de que cada vez existen menos monitoras y a los pocos monitores que existen en forma voluntaria se les explota, se les da trato de funcionario con responsabilidades y horario a cumplir. La gente se aburre y se va. Se les da responsabilidades y no se les paga.

Menos para participar en el presupuesto, ni siquiera nosotros como funcionarios lo hacemos. A lo mejor a la gente le interesa otras cosas.

9. ¿La participación comunitaria directa constituye un mecanismo eficaz para lograr eficacia e impacto territorial de la salud primaria?

R. L. Ávila: Si, en la medida que la comunidad participe en forma real.

10. ¿A partir de los actuales niveles de participación puede potenciarse un nuevo tipo de gestión, que integre la participación de las organizaciones comunitarias?

R. L. Ávila: Por supuesto que si, ya que es la base, si hay participación hay democracia.

E. Cortes: Si la gente se siente participe de ella. Le pone más empeño y se siente responsable. Porque si uno hace una encuesta a nivel de San Luis y decidiera sacar a una persona y sacar a otra, y atiende peor de lo que se hacía, toda la gente se sentiría responsable y acataría mucho más las cosas. Todo pasa por la participación, tenemos realmente participación en esta comuna y no solamente como una realidad, sino que

también como una molestia al ver, sobretodo, en este tiempo que hay propaganda electoral que hay excelente salud y eso no es así. Ni siquiera sabe el nombre del alcalde.

Si uno pensara, por ejemplo, aquí hay un programa del adulto mayor y se tiene médico a domicilio, son gestiones que son buenas, pero podrían ser mejores con real participación de la gente, somos muy asistencialistas todo lo queremos hacer nosotros. Se podría hacer como en otras comunas grupos de monitores que sepan tomar la glicemia y la presión arterial. Y tener una sede y tomar ese examen y no es tan difícil y hay gente dispuesta por una cuestión de solidaridad.

11. ¿La participación en la gestión de salud es más bien una utopía o una realidad?

R. L. Ávila: En esta comuna sería una utopía, primero tiene que haber una democracia interna en la comuna y pasa por un cambio cultural.

E. Cortes: Es difícil hablar de igual a igual, participando todos en la gestión. Por eso es trabajar en conjunto y ordenar las ideas de la gente, con las que tiene uno y con las que tiene otras autoridades. Se complementan los diversos conocimientos.

12. ¿Si existe una especialización de las organizaciones y una participación real de todos los actores de la comuna, tu ves a alguien participando directamente en la gestión?

R. L. Ávila: Depende de una apertura a nivel local, pero también a nivel gubernamental, de las plataformas de salud, no sacas nada con tener participación a nivel local. El Gobierno no da autonomía para elaborar nuestros propios proyectos según nuestra realidad

13. ¿Están de acuerdo con las definiciones políticas que el ministerio da a la participación de la sociedad civil en la atención primaria de salud?

R. E. Cortes. Actualmente se queda sólo en palabras. Hay diferencia entre Lagos, con respecto a Frei y Aylwin. Da la impresión de que es así, al parecer este Gobierno quiere dirigir todo su potencial hacia la comunidad.

14. ¿Puede estas políticas ser distorsionadas por la corporación municipal?

R. E. Cortes: Sí. Por supuesto. No solamente las intervienen sino que las utilizan, a nosotros nos dicen que es por culpa del Gobierno que no están los recursos. Si las autoridades de turno no son de la línea política del Gobierno van a distorsionar las políticas gubernamentales.

L. Ávila: La política genera esos roces, te llegan quizás proyectos o planteamientos muy buenos en el área salud, y efectivamente, no es de la línea política del Gobierno va llevar que no se lleven a cabo. Pero, yo creo que si está en juego la salud eso debería dejarse de lado.

15. ¿Cómo evalúa la gestión de la atención primaria de salud de la comuna?

R. L. Ávila: A nivel del S. S. M. O. Somos en la evaluación la tercera comuna mejor evaluada, y todo es gracia a los funcionarios. Ahora a nivel Municipal, pienso que no, la corporación tiene a los funcionarios con muy bajos sueldos. Un buena evaluación es una falacia.

Entrevista Número 3: Juana Ubilla, Presidenta de la Agrupación de Monitores de Salud, Consultorio Carol Urzúa.

1. ¿Qué entiende usted por participación comunitaria directa?

R. Es cuando la comunidad se motiva a participar en salud, o sea nosotros trabajamos a nivel de centros de madres, de las juntas de vecinos, de las mismas unidades vecinales, trabajo casa a casa y ahí les informamos a la comunidad los programas de salud que hay en el consultorio, entonces, la participación que es más directa hacia a la comunidad, es la casa a casa sobre todo.

2. ¿Cuál ha sido la relación con la dirección de salud comunal y la del consultorio?

R. La relación es excelente, nosotros trabajamos con la jefa del área territorial. La relación a nivel de comuna, con el señor alcalde, las autoridades de la comuna han sido siempre excelente, hemos tenido muy buena acogida con el alcalde, con el que llevamos como agrupación de monitoras siete años, al igual que con el alcalde anterior, los uniformes que tenemos han sido donados por municipio,

3. ¿Con quienes se relacionan o tienen contacto?

R. Nosotros tenemos contacto directo con la asistente social jefa del consultorio que es la que programa las actividades en la comuna a nivel de salud. Entonces la relación más directa es con ella, pero a la vez con todos los jefes de unidad, nosotros ayudamos con la vacunación, cuando se hacen en las unidades vecinales, en la campaña del PAP, fue en la unidad maternal, en la unidad del adulto mayor donde se trabaja mucho en terreno, enfermería que también trabajamos con ellos, en la promoción en salud, incluso años atrás estuvimos trabajando en dental y eso es poco

que salga a la comunidad, pero como estuvimos haciendo un proyecto con la universidad de Chile, salimos a hacer encuestas casa a casa, y se hicieron los programas a raíz de esto se trajeron los programas familiares al consultorio, la universidad instaló 4 sillones dentales, entonces hicimos en las poblaciones más necesitadas las encuestas, por primera vez el mundo de odontología salía a terreno a trabajar con monitoras y fue excelente por que toda esa gente que se entrevistaron, logró atención dental, que es bien difícil de conseguir hoy en día.

Y con la dirección comunal de salud?

R. Con la dirección comunal de salud, con Oscar Carlos Mella, secretario general de la corporación, siempre ha tenido la mejor disposición para con nosotros.

Y ustedes con quien trabajan, hay alguna persona encargada?

R. Nosotros trabajamos con la Doctora Pilar Alfaro que es la jefa comunal de salud

¿Ustedes conversan directamente con ella cuando tienen algún problema?

R. Cuando tenemos alguna petición, hablamos directamente con ella.

4. ¿Existe alguna persona de la dirección que coordine el trabajo comunitario?

R. No existe, se soluciona todo a través del consultorio, toda la programación sale de acá, salvo que sean cosas que vea el ministerio de salud que pasa por la corporación de salud y de ahí sale el trabajo que se va hacer, cuando hay campañas masivas a nivel nacional. Todo viene

preparado, por ejemplo la vacuna del sarampión, nosotros hacemos la promoción, ponemos carteles, avisar el día en que se van a vacunar, ayudar en enfermería a dar números a la gente, cuando son colegios que todo vaya más rápido más ordenado, todo ese trabajo lo hacemos junto con enfermería, pero así que haya una persona especialmente para trabajar con las organizaciones, o asea que también aquí las organizaciones en salud somos nosotras no mas, en San Luis hay recién varios grupitos de monitoras y en la Faena También, pero que en la Faena son de estas ONG que se forman, se termino el proyecto y se acabo las monitoras, cuesta, cuesta nosotros aquí, esto no es una taza de leche la organización de nosotros, como es un voluntariado y todos somos de escasos recursos, entonces yo les digo que tienes que venir a trabajar al consultorio de 2 en la mañana 2 en la tarde, bueno si nos dan la plata para la locomoción vamos, porque significa el kilo de pan que tenemos que tengo que comprar, son muy pocas las que vienen, cuesta porque los recursos cuando recién andamos con ropa de calle era bien difícil llegar a la comunidad. Por que pensaban que éramos testigos de Jehová o vendedores, ahora nos identifican mas con el delantal.

5. ¿Existe algún tipo de financiamiento?

R. No hay ninguno, nada, nosotros a base de proyectos nos autofinanciamos, son 3 años que estamos trabajando con el Proyecto Salud Con La Gente, del Ministerio de Salud, de ahí tenemos los recursos, la primera remeza la dejamos para paseo de fin de año, 200 mil pesos más fondos extras, el año pasado vendimos ropa usada. La Nueva directora nos prohibió vender ropa, se veía muy feo afuera, y no tenemos ese financiamiento tampoco.

6. ¿En que consiste Salud con la Gente?

R. La promoción en salud, nosotros ahora ya estamos elaborando un proyecto para este año. Estamos atrasados él, proyecto consiste en hacer un compromiso de acción, nosotros vamos hacer ahora un ESPA, vamos a trabajar en la Unidad vecinal 2 con el equipo de salud que ahí va a ir enfermería, nosotros vamos a pesquisar gente casa a casa, preguntando, usted se controla en el consultorio, se ha vacunado, cree que esta enfermo, pero le gustaría hacer un examen por prevención, la persona acepta, van al consultorio, las miden, las pesan, les toman la presión. De ahí le mandan ha hacer examen de sangre y de orina y eso se hace en el consultorio, después se cita para ver los resultados. Hay mucha gente que juraba que era completamente sana, pero son hipertensos, diabéticos, que tienen problemas cardiacos, colesterol alto.

7. ¿Y que trabajo hacen específicamente ustedes?

R. Nosotros hacemos la pesquisa de las personas, y después los citamos para entregar los resultados, y si es que necesario más examen.

¿En ese sentido, ustedes contribuyen a la prevención?

R. Claro, porque en primer lugar se le hace un test en el consultorio, que es de tres semanas. Hemos encontrado una gran cantidad de gente que ha estado grave con cáncer, a través del PAP e incluso algunas se murieron y también hemos salvado gente sobre todo de cáncer cervico uterino, por ejemplo el año pasado `pesquisamos a 500 mujeres para examen de mamas e intrauterino con examen de mamografía y ecotomografia transvaginal y era gratis, el municipio contrato a una clínica particular, en estos examen encontramos mujeres con quistes, con miomas.

8. ¿Con quienes se vinculan para hacer este trabajo?

R. Nosotros vamos casa a casa, por sectores, por ejemplo con 30 personas nos conformamos e incluso nos han llegado hasta 70, 80 mujeres para hacerse el PAP. Hemos encontrado por ejemplo mujeres que se encuentran con cáncer terminales, ya que este no sienten ninguna molestia y las mujeres lo asocian a cualquier otra molestia, esto fue en los primeros años, ahora gracias a la labor de prevención ya no hemos encontrado tantos casos terminales.

9. ¿Cuales son las principales actividades que hacen ustedes?

R. La prevención en salud de la comunidad, examen de PAP, ESPA, es decir si son diabéticos o hipertensos. Con la unidad de enfermería apoyamos las campañas de vacunación, este consultorio tiene la cobertura total en las campañas de vacunación.

¿Ustedes tienen un proyecto CONACE?

R. Tenemos un proyecto con CONACE por 2 millones y medio de pesos, el proyecto consiste en adquirir equipamiento para mejorar el trabajo de nuestra organización compramos computadores, impresoras, escáner. Estamos trabajando con los niños de 8 ° y 7 ° básico del colegio progreso luz y esperanza, se están capacitando a 6 monitores en computación para confeccionar todo tipo de propaganda para la promoción, la idea principal de este proyecto es la prevención de drogas y alcohol en niños y jóvenes, se capacitaron a 20 monitoras para trabajar en el tema de las drogas. En la primera semana de noviembre tenemos una campaña de promoción y difusión en las ferias libres de la población.

10. ¿Las acciones que usted realiza tienen una injerencia real en el proceso de gestión?

R. De tosa maneras, todos reconocen que el avance que ha tenido el consultorio es gracias a nosotras, ya que ningún personal ni jefe de unidad ni un funcionario sale a terreno, el que llegaba, llegaba acá. En cambio, nosotros estamos acercando la comunidad al consultorio. Muchas quejas, nosotros a veces defendemos a los funcionarios porque, ni es todo tan negativo, en especial en el SOME, porque el SOME es el más criticado porque la gente, quiere llegar aquí y dice yo quiere hora para médico ya señor pase, no imposible nunca va a ser de esa forma. Ni siquiera ahora con la horas por teléfono, no va a ser así tan expedita la atención.

11. ¿Ustedes acercan la comunidad al consultorio o el consultorio se acerca a la comunidad?

R. Ambas cosas, nosotras somos intermediarias en ambas cosas, la comunidad hacia el consultorio y el consultorio hacia la comunidad. Hemos asistido a congresos a demostrar nuestra experiencia y que es accesible que la gente llegue al consultorio, tenerla motivada, tener la información correcta de cómo llegar al consultorio para que la atiendan, porque es poca la información que había antes entre consultorio y comunidad.

El año pasado fuimos invitados al primer congreso de promoción en salud, a nivel nacional, fuimos aplaudidas y felicitadas.

12. ¿En que ámbito de la gestión está circunscrita la participación?

R. Se hizo hace cuatro meses, se invito a todos los dirigentes de juntas de vecinos, centros de madres. Cuesta mucho para la gente venga. Para que

los dirigentes vecinales digan que les hace falta a la comunidad, cuales son las falencias del consultorio, pero la gente reclama y al momento de invitarlos para que ellos digan que es lo que necesitan no vienen.

13. ¿A las organizaciones no les interesa participar?

R. Si, en cuanto a las juntas de vecinas son reacias a tener un nexo con salud.

14. ¿Ellos ven que la atención salud primaria es obligatoria por parte del Estado?

R. Exactamente, ellos vienen al consultorio, yo señor quiero una hora médica ya señor pase.

15. ¿Pero, las Personas organizadas, también piensan de esa forma?

R. Si, por ejemplo los dirigentes del sector alto, las juntas de vecinos están paralizadas. Yo no culpo a los dirigentes, ellos tienen la mejor disposición de servir porque un dirigente que se mete, tiene vocación de servicio. La gente no se interesa porque, tenemos todas las calles con luces, todas las calles pavimentadas, entonces la gente teniendo eso, no requiere más de la Juntas de Vecinos.

¿Y las organizaciones del campamento?

R. Ellos tienen vocación de servicio porque ellos lucharon una gran cantidad de años por cumplir un objetivo y lo cumplieron. Ellos consiguieron casa para más de mil familias.

¿Ellos se interesan por la atención primaria de salud?

R. Tampoco es mucho más, su prioridad son las casas.

16. ¿A ustedes en el consultorio las invitan a reuniones de trabajo?

R. Si, nosotras trabajamos toda la planificación de la actividad, sobre todo planificación en terreno. Con el equipo en salud.

También participamos en las comisiones mixtas, que vienen las directoras de los colegios, viene las asistentes sociales, todo el equipo de salud, más los centro abiertos, colegios para ver en que se puede trabajar en prevención en salud. A costado, de primera no fuimos muy bien recibidas, los funcionarios lo toman como que nosotras les queríamos quitar su trabajo.

17. ¿Ustedes entonces se han tenido que legitimar con los trabajadores?

R. Nos hemos tenido que legitimar con los trabajadores. Son muy reacios, incluso aún, nosotros hemos realizados cursos pero nunca no han dejado poner inyecciones. Todo lo que es primeros auxilios, en lo demás bien limitadas por parte de los funcionarios, es una barrera muy dura.

¿Les han preguntado los motivos a los funcionarios?

R. Celos profesionales, porque nosotros no somos funcionarios dicen. Porque el trabajo nuestro, nos dicen, es buscar gente en las calles.

-La cultura de la participación es muy teórica, todos dicen que participe la gente pero en la práctica cuando ellos lo hacen, comienzan los problemas-

Sí, y no tan sólo aquí. El año pasado yo fui a un congreso a Brasil y en todos los países de Sudamérica lo mismo. Sobre todo en el voluntariado

en salud y si llegan a trabajar en los consultorios no es muy bien recibida. Incluso, a mi compañera y a mi no somos muy bienvenidas a pesar que nos contrataron por el caso del adulto mayor. Somos contratadas como miembros del equipo de salud, pagadas por el consultorio. El contrato es a honorarios, aprobado por la dirección del consultorio.

A nivel del Ministerio de salud, se orientó a que los consultorios contrataran a dos monitoras. Nosotras hicimos un curso de 8 meses. A nosotras nos limitan a tareas de información al adulto mayor. Ahora a nosotros nos requieren porque hay que arreglar el archivo.

18. ¿Ustedes no participan regularmente del equipo de salud?

R. No. Cuando hay campañas. Ahora, yo como representante del sector comunidad en el proyecto de prevención en salud del 2000-2006. Un representante por sector. Esta es a nivel municipal, el alcalde, designó como su representante a la Dra. Pilar Alfaro, las tres asistentes jefes de los tres consultorios, el CESCO, la corporación cultural, SECPLAC. Un grupo específico que va a trabajar todo lo que es promoción y prevención en salud de la comuna. También están los Dai. También se va a integrar el nuevo consultorio. La idea que es que participe la organizaciones de la comuna. Nosotros queremos avanzar en la coordinación con las Juntas de vecinos.

19. ¿Cuál es la importancia que le dan a la autonomía como grupo?

R. Es de gran importancia que nosotros tengamos personalidad jurídica y seamos independientes y nosotros dependemos mucho del asistente social jefe, pero nosotros decidimos si participamos o no.

Nosotros buscamos participar con los jefes de Unidad en los proyectos. La señora Mónica Rubilar Matrona, le preguntamos si vamos a hacer la

campaña del PAP y nos dijo si, organícenla ustedes. Ellos van con los equipos y nosotros hacemos toda la programación.

20. ¿A partir de los actuales niveles de participación piensa que pueden potenciarse un nuevo tipo de gestión de la atención primaria de salud donde se integre a ella las organizaciones comunitarias?

R. Si, esa es la idea, que las organizaciones comunitarias participen más con el consultorio. Paso a paso nos hemos ido integrado. Nosotros hace cinco años tenemos esta oficina. Esta es una nuestra.

21. ¿La actual estructura de gestión del consultorio es compatible con la participación de organizaciones como la de Ustedes?

R. Si, poco a poco, hemos avanzado.

22. ¿Están de acuerdo con las políticas del consultorio referidas a la participación?

R. Sí. Porque se está abriendo mucho más a la comunidad ahora que antes. Los consejos comunales que se quieren potenciar es precisamente por ello. Para que la comunidad nos diga que lo que hace falta.

La nueva ministra de salud nos envió dinero y se renovó toda las salas de espera. Se destino para mejorar la calidad de atención. Se implementó con números de espera.

23. ¿La participación comunitaria directa constituye un mecanismo eficaz para lograr eficacia e impacto territorial?

R. Sí. De todas maneras. Ahora, por ejemplo, hay un proyecto para un examen para los abuelitos mayores de 60 años. La enfermera jefa planteó

arréglesela con las personas del adulto mayor que ellos les busquen gente.

Nosotros pertenecemos al CESCO como organización, nosotros participamos directamente viendo los porcentajes de financiamiento para atención primaria de salud en la comuna. No Así en el ámbito de consultorios.

Cuando vino la ministra nosotros pedíamos mayores aportes para salud y los funcionarios pedían mayores aportes para sus sueldos.

Entrevista N ° 4: Sra. Lucía Álvarez directora del consultorio la Faena.

Sra. Lucía Álvarez: A contar del 14 de septiembre nosotros nos dividimos, la mitad del personal y la mitad de la población Lo Hermida. Entonces nosotros estamos en período de reorganización. Estamos en labores incipientes. En estos momentos son puros reclamos, que faltan médicos que faltan remedios.

Hay un trabajo de poca credibilidad en el sistema, poca credibilidad en salud, nosotros hemos invitado a reuniones y han venido, pero no se ha podido continuar con el trabajo, porque las juntas de vecinos tienen otras prioridades, que les pavimenten las calles, que las luces, que la seguridad ciudadana. Y pensar en salud no es tan importante o sea él piensan en la enfermedad.

1. ¿Qué entiende Ud. por participación comunitaria directa?

R. Para mí es aquella participación en que la comunidad organizada trabaja codo a codo con las instituciones que forman parte de su entorno. Consultorios, municipalidades, escuelas, jardines infantiles etc.

2. ¿Las experiencias participativas del consultorio han sido positivas?

R. Yo diría que sí. Aquí había un mito, que no se podía formar voluntarios, ni monitoras y se han formado con un grupo de 20 personas en Lo Hermida y en La Faena se está formando un grupo de 18 personas.

3. ¿Estas experiencias son fruto del programa de salud con la gente?

R. No. Son gestión del consultorio. Nosotros con salud con la gente trabajamos con algunas cosas, es más que nada programas que el Servicio Metropolitano Oriente trabaja con la gente. De refilón tenemos algo que ver, pero no es algo directo.

Yo, tengo la experiencia de haber trabajado años atrás con un grupo de mujeres de Lo Hermida. Y se trabajó en prevención de accidentes. Y yo trabajaba en esa época con el grupo de salud de la vicaría oriente y primero formamos monitoras para la prevención de accidentes y después ellas replicaban esto en la comunidad. Llegamos a tener en Lo Hermida, fundamentalmente una responsable de prevención de accidentes por manzana.

Ese trabajo lo viví afuera y eso se trato de implementar acá y no resulto.

Trabajar en salud, estar dentro de la salud primaria hay épocas, entonces en este instante se están formado nuevamente profesionales con un marcado acento en la salud familiar. Hubo una época que la atención de salud estaba orientada solamente hacia la asistencialidad, con un enfoque de salud biomédico, o sea, atenderle su dolor y punto. Y yo tengo una concepción más integral, más biosicosocial de la salud. Entonces yo creo que en esa época, yo estoy hablando del año 91 y 92, estábamos en plena época biomédica en el consultorio, que nosotros recién intentamos cambiar. Entonces yo creo que hay un problema de los profesionales de la salud que tienen que evolucionar y aceptar que la comunidad no es un niño chico que hay que darle la comida, yo creo que hay parte todo.

4. ¿actualmente existen experiencias participativas?

R. Estamos haciéndolo con las monitoras, de partida, yo llegue aquí el año 1994 y comencé a trabajar en comunidad. Entonces hay que formar monitoras para que nos vengan a ayudar y yo les dije que ese no es el trabajo del monitor, ello tiene que trabajar con su comunidad y eso es lo que estamos haciendo en este minuto formado monitoras en problema de salud, en prevención para que sirvan a la comunidad y no al consultorio. A la larga va a beneficiar al consultorio porque disminuye la carga de trabajo, pero en este instante pensamos que hay que formarlas a ellas para que tengan visión diferente de la salud, que la salud no es solamente la enfermedad.

5. En el consultorio Carol Urzúa realizan un trabajo orientado a la comunidad, en San Luis de Macul, quieren que los monitores ayuden desde el consultorio. En cierto sentido pensaban que los monitores son para alivianar el trabajo. ¿Que opinión tiene al respecto?.

R. Nosotros pensamos que el trabajo de monitores tiene que ser en su comunidad, con una coordinación para poder solucionar los problemas, a ver si viene una monitora y dice yo tengo un adulto mayor que está postrado, o sea ayudarlo a solucionar el problema en su comunidad porque ella lo pesquiso, lo mismo si necesitan hora con el médico, lo mismo si viene con una persona ayudarlo a solucionar problemas. Pero, no utilizarlos, porque todas los monitores son personas que trabajan gratis, entonces uno no les puede decir, vayan hacerme una citación. Si utilizar sus contactos, muchos de ellos pertenecen a grupos de mujeres y por lo tanto, poder utilizar esos grupos que ellas eduquen en todo lo que es PAP, de que manera tener estilos de vida más saludables, entonces que realmente logren un impacto en salud, disminuir de alguna manera la obesidad, que sea difusores del quehacer, pero que no sean los responsables de los controles o la entrega de leche.

6. ¿Cuáles son las orientaciones de las políticas participativas que existen a nivel comunal relacionadas con los consultorios?

R. Nosotros en el consultorio tenemos carta blanca para actuar, organizar nuestro trabajo. Cuando tú ves el plan de salud, no cuenta o sea aquí hay trabajo comunitario y ha costado mucho. Yo, con la formación que tengo y mi experiencia laboral, yo trabajé cuando la salud estaba sectorizada, uno trabajaba por sectores, yo estaba en la parte materno infantil, hoy día se está trabajando con ese modelo, pero con el modelo de salud familiar en que el consultorio se sectoriza y un grupo de profesionales se hacen cargo de un grupo determinado de familias y son las mismas personas que ven las diferentes etapas de su ciclo vital y eso te hace tener mayor conocimiento de tu sector. El enfoque viene del servicio. Nosotros empezamos como un trabajo propio a trabajar con la comunidad, “meternos” de alguna manera y empezamos a sectorizar, entonces hay diagnósticos de un sector donde se conoce a toda la comunidad y la gente, pero eso es una parte nos falta el resto, ahora que estamos más chicos lo vamos hacer, ahora que estamos en La Faena. Pero, está cosa de los profesionales que le tienen miedo salir a la comunidad. Yo sé de profesionales de este consultorio que no conocen La Faena, entonces eso juega en contra de todo lo que podamos implementar, en la corporación nos dicen hay que trabajar, pero tampoco con una directriz clara, no está enmarcado el trabajo comunitario como tal.

7. ¿Estas acciones son marcadamente asistencialistas o buscan generar condiciones para la autonomía de la sociedad civil?

R. Nosotros estamos con esa orientación, pero es un trabajo largo. Estamos recién venciendo nuestros temores, entonces es un trabajo que recién estamos comenzando. Lo más adelantado que veo es en Lo Hermida en el sector 19, porque las profesionales llevan como 3 años trabajando allá. De todas maneras siguen siendo asistencialista, debido a

que es un proceso lento. Además, significa que tú tienes que tener a toda la gente embarcada en el mismo buque. Significa profesionales comprometidos con su trabajo. Yo veo a los trabajadores con un enfoque biomédico y satisfacer sus necesidades.

8. ¿Entonces si existiera una política, programas y recursos por parte de la dirección de salud, cambiaría esta situación con los trabajadores?

R. Claro, piensa tú que las profesionales que hacen trabajos comunitarios no hay pago por eso. No hay una asignación de dinero, nosotros compensamos en tiempo a los profesionales. Si por ejemplo, una matrona organiza una reunión con la comunidad fuera de su horario de trabajo que es cuando tiene que ser. El año pasado a una matrona tuve que devolverle una semana de trabajo. Y no quedamos una semana sin matrona. Si una persona utiliza su tiempo fuera de horario, tengo que devolverle ese tiempo me quedo sin ese profesional durante ese tiempo. Eso no es una política estamos desvestiendo a un santo para vestir a otro.

9. ¿Cómo evalúa los actuales mecanismos de participación en la atención primaria de salud?

R. No son buenas. Nosotros tenemos que sistematizar lo poco o nada que hacemos. Está estipulado por el S.S.M.O. porque le interesa que hagamos estas acciones, pero en general podría hacerse mucho más con una política clara, política comunal. Por ejemplo yo estoy de acuerdo con el trabajo de monitores que hacen el consultorio Carol Urzúa, pero creo que citar a personas para un control no es trabajo comunitario. Porque, el papel nuestro es hacer valer a la gente pero no valerse de ellos.

10. ¿Los mecanismos de participación tienen injerencia real en los procesos de gestión del consultorio?

R. Yo, diría que muy poca. Aquí todavía seguimos planeando y programando actividades, pero sin tomar en cuenta lo que piensa la comunidad. En algunas cosas mínimas lo hacemos.

11. ¿A que ámbito de la gestión del consultorio está circunscrita la participación?

R. La participación social se trabaja con un equipo de salud, hay nutricionista, asistente social, enfermera. Cómo estamos en proceso de reorganización estamos empezando de nuevo. Las asistentes social está muy motivada para revitalizar el trabajo, para continuar el trabajo y de eso no estamos valiendo.

12. ¿Cuentan con espacios propios las organizaciones comunitarias en el consultorio?

R. Hace cuatro años atrás se construyó una sala multiuso, que la ocupan grupos de rehabilitados alcohólicos, clubes de hipertensos, ellos hacen sus reuniones allí. Y ese es su espacio, yo autorice ese espacio y poco a poco se ha ido implementado. Tienen luz, agua, implementando el baño. Este fue realizado con proyectos ministeriales, del programa de salud con la gente, tiene equipamiento, el alcalde les regalo mesas y sillas.

13. ¿Entonces existen acciones concretas por parte del consultorio para estimular la participación?

R. Nosotros estamos en conversaciones con un grupo Mapuche para que utilicen el consultorio para reuniones, es un proyecto intercultural de salud y van a traer una Machi y hacer una demostración de su medicina natural,

alimentación. Sé tarta de hacer un acercamiento de la comunidad huinca con el pueblo Mapuche. El paralelo entre la medicina natural y la occidental. Nosotros no nos hemos cerrado. Existe bastante voluntad de mi parte, cada vez que viene alguien yo los atiendo y vemos como insertarlo. Hay mucha gente que no está de acuerdo porque piensa que los profesionales de salud son algo especial. Y el hecho de usar un delantal blanco lo pone en un pedestal. Por lo tanto, son los únicos que saben de salud y eso no es así.

14. ¿Esa es una crítica bastante frecuente en los consultorios de Peñalolen, existe un cierto distanciamiento de los profesionales de ello hacia los usuarios incluso de celos profesionales hacia las monitoras en el sentido de que les quitarían espacios a los profesionales?

R. Ese es el motivo por el cual yo no acepto monitores en el consultorio, o sea formen monitores preparen a la comunidad, júntense con ellos, que ellos no vengán acá, nosotros vamos allá. Y eso paso con el grupo que ya está en Lo Hermida, y ahora con el grupo de la unidad vecinal en La Faena.

15. ¿Si existe una red de institucional en salud podría haber un espacio en el consultorio para trabajar en forma conjunta?

Yo, creo que sí. Nosotros trabajamos con la comunidad terapéutica, la red con la fundación San Pablo, a nosotros nos falta trabajar organizados con la gente y sus problemas reales de salud, y que nos digan el problema que tenemos son los basurales, la delincuencia o la drogadicción, en la parte preventiva.

16. ¿Cuentan con personal especial para el trabajo comunitario en el consultorio?

R. Sí. En este instante tenemos, con el mecanismo de devolución de grupos, pero no existe nadie contratado especialmente. Nosotros dentro de la organización que tenemos en salud, la comuna firma un compromiso de gestión con el S.S.M.O., en el cual se compromete hacer algunas actividades durante el año o reforzar algún tema o actividad. En este instante nosotros tenemos un vespertino que es un médico o enfermera que esta dedicado exclusivamente ha hacer examen de salud preventivo del adulto, el médico ve la morbilidad, nuestro compromiso es aumentar la cobertura de adultos atendidos o diagnosticados para ver si tienen alguna patología crónica.

17. ¿La propuesta de armar comisiones de participación social en los consultorios por parte del ministerio no resultó?

R. En esta comuna No, yo conozco caso en otras comunas.

¿Por qué?

R. Tiene que ver con la política de la corporación porque dependemos administrativamente de ellos, que nos da los lineamientos, nosotros tenemos que cumplir con la parte técnica, por eso todo lo que viene del servicio se hace los compromisos de gestión, las campañas de vacunación, controlar hipertensos. Yo creo que trabajamos, pero falta un poco más en la parte de la participación social.

18. ¿A partir de la participación comunitaria directa se puede potenciar un nuevo tipo de gestión?

R. Yo, pienso que sí. Trabajé en un consultorio donde se formaron los consejos participativos y trabajamos codo a codo con la comunidad. Trabajaba todo el mundo y se hacían cosas y se tomaba en cuenta cual eran los problemas de la comunidad en cuanto a salud. Tiene que ver mucho la voluntad política, en la medida que existe la voluntad de poder cambiar la actitud voluntarista por otra más igualitario, se puede.

19. ¿La participación comunitaria directa constituye un mecanismo eficaz para lograr eficacia e impacto territorial de la salud primaria?

R. Si, en la medida que tenemos una comunidad que sabe sus derechos y obligaciones, conoce de salud es más fácil poder llegar a ellos y poder lograr cambios en salud. Que ejemplo más claro que el del cólera, una comunidad educada, organizada cuantos caso hubo en Chile, pocos. Realmente cuando existe la voluntad de hacer cambios y ocupar los elementos que están al alcance se logra el cambio.

20. ¿La actual estructura de gestión de la atención primaria de salud es compatible con mecanismos participativos?

R. Yo, diría que sí. A nivel de los consultorios si, a nivel del servicio si, pero a nivel de la corporación que está dedicada al aspecto administrativo les falta un poco más. Hay que ponerse la camiseta de la participación, hay que tener la voluntad política.

21. ¿Ud. piensa que la corporación es la piedra de tope o influye la municipalidad?

R. En el fondo es la municipalidad, porque la corporación es un ente privado que el presidente es el alcalde. Conozco el caso de la municipalidad de Recoleta, ellos tienen programas computacionales y estaban conectados todos en red. Ellos tenían mapas del consultorio, sabían donde estaban los enfermitos, sabían que población tenían bajo control, que medicamentos tenían, la organización, donde vivía la gente. Eso tiene que ver con la gestión, hacerte más fácil la gestión diaria.

22. ¿Piensa Ud. que la sociedad civil se podría integrar en el proceso de gestión de la atención primaria, es decir, ve a las organizaciones comunitarias participando de las diversas funciones de gestión?

R. Bueno hay experiencias al respecto, yo pienso que se puede hacer. He leído experiencias en Brasil acerca de la participación. En la medida que la gente se involucre y conoce lo que costo hacer cualquier arreglo cambia su actitud hay que hacer un cambio en el personal en ese sentido. Para la comunidad es importante saber cuanto se gastó en este consultorio en medicamento, que sepan que en su junta de vecinos, que en su grupo se sepa, entonces yo me voy a tomar mi remedio no lo voy a botar. En la medida que tú te involucras vas cambiando.

Hay unos ejemplos que todas las tardes venía un señor y se bañaba en el pilón lo dejábamos, porque el después nos va ayudar a cuidar el consultorio. Y en estos momentos tenemos que juntarnos con la gente de alrededor, porque están robando en el consultorio y no es posible que nadie vea nada.

23. ¿Esta de acuerdo con la posición del ministerio frente a la participación?

R. Estoy de acuerdo, creo que es válida. Hay que elevar los niveles de salud y lograr la participación porque en la medida que nosotros tenemos una población y una comunidad participando vamos mejorando nuestro nivel de vida.

24. ¿cómo evalúa la gestión primaria de salud?

Yo diría que le falta mucho.

Entrevista N ° 5 Marta Valdenegro. Asistente social. Encargada de Unidad de educación, promoción y participación social. Depto. Atención Integrada. Servicio Salud Metropolitano Oriente. S. S. M. O.

1. ¿Qué entiende Ud. por participación comunitaria directa?

R. En primer lugar el ámbito de contacto con la gente, al hablar de comunitario estamos hablando, de un espacio territorial de grupos de familias, organizaciones todos los actores de ese espacio, que interactúan o no interactúan pero están. Entonces la participación comunitaria, para mí, es el proceso que hacen las personas, las familias, todos estos actores, para poner en común intereses, inquietudes para hacerse cargo de algunos temas que les atañen o les interesen muy directamente. Y básicamente orientado, finalmente, a actor social.

En los distintos ámbitos que estemos hablando, la participación social incluye una comunidad informada, una comunidad que toma decisiones, eso es fundamental en la participación no tan sólo que se le consulta sino que una comunidad que toma decisiones que se hace parte del

quehacer y que finalmente tiene capacidad para ser actor social. Lo directo da el hecho del contacto con la gente.

2. ¿Las experiencias participativas en el ámbito de la atención primaria han sido positivas? (Programa de salud con la gente y consejos de participación)

R. Las experiencias que tú nombras son muy importantes, pero no son todas las experiencias participativas de la atención primaria. No es fácil ponerle el calificativo de positivas o negativas, yo creo que la participación que se ha ido logrando, es un proceso que da cuenta de la situación del país. En términos globales también, en la cultura, de los valores que tienen hoy, la participación da respuesta a las megatendencias también del mundo, tiene que ver con los valores individualistas, con el consumismo. Yo pienso como se ha dado, la experiencia que se ha dado refleja el país que estamos viviendo. Por tanto, no diría si es positiva o es negativa, es lo que es nomás.

Ahora, en términos de esos dos programas, el programa de salud con la gente, yo creo que el espíritu del programa se logró. En ese sentido yo lo valoro como exitoso porque el espíritu del programa de salud con la gente era, por una parte hacer un reconocimiento a las organizaciones sociales que dentro de su quehacer tocaban los temas de salud, en el amplio sentido de la palabra del concepto de salud, y por otro lado, apoyarlos técnica y financieramente como un reconocimiento y hacerse aliado de ellos, porque ellos siempre estaban tocando temas de salud, yo creo que fue una ganancia importante para el sector institucional en salud.

El trabajo de salud con la gente. También, ese programa a adquirido como es natural los matices de las comunas. Este servicio tiene dos de las comunas más envejecidas, por lo tanto, un alto porcentaje de las organizaciones sociales que participaban en salud con la gente eran de

adultos mayores, el tema de jóvenes siempre nos llamó la atención porque no había organizaciones de jóvenes, muy pocas. Y empezamos a evaluar la lógica de las organizaciones de los jóvenes que no responden a la lógica de la salud con la gente. Que son organizaciones que tengan responsabilidad jurídica, siento que el programa tuviera más apertura hacia las organizaciones.

En la realidad las aperturas se han dado, nosotros como servicio hemos hecho modalidades para poder trabajar con organizaciones informales de jóvenes, centro de alumnos, de traspasarle la plata a juntas de vecinos con el compromiso de que el trabajo se haga en una escuela o con jóvenes de una unidad vecinal x, con brigadas ecológicas de jóvenes, en general yo diría que es una experiencia exitosa pero si con áreas que podrían hacerla más óptima y además desde el punto de vista de las organizaciones sociales, he tenido muchos contactos en ese sentido, las organizaciones sociales sintieron que empezaron a recuperar confianza para el sector, una confianza que estaba bastante disminuida en términos que, siempre se veía que la comunidad demandaba, y nosotros tenemos que responder a este cúmulo de cosas, empezó a también a bajarse los grados de agresividad en el encuentro que tenía la comunidad demandante y comenzaron a darse los procesos naturales de reconocimiento y confianza mutuo y de ir haciendo alianzas, ahora lo participativo en la parte práctica es importante en el sentido de ir desarrollando y perdiendo el temor de entregar información a la comunidad.

Los consejos de participación. Nosotros fuimos muy cauteloso con esa estrategia. Evaluando las condiciones que tiene que haber, lo que te decía la realidad país, la realidad de la comuna, la realidad de los servicios da para eso o no. Entonces nosotros no impulsamos inmediatamente la conformación de los consejos. Nosotros nos dimos más tiempo a través de una etapa de apresto

a la constitución, es decir, que se trabajaran las condiciones, primero en el nivel local. Que se identificaran si existían líderes, que capacidades tenían que tipo de participación y también una mirada dentro del sector, estamos dispuestos a abrir estos espacios de participación social, entonces nosotros le dimos mucho tiempo a eso, nosotros impulsamos eso.

Ahora que eso si hiciera o no, es otra cosa, en algunas comunas lo hicieron, pero nosotros no estábamos apremiados nunca asumimos eso como que todos los consultorios tenía que sacar, eso no. Y empezamos a reconocer otros espacios que se habían generado de participación en forma más espontánea, lo diagnósticos participativos que empezaron a integrar a las monitoras de salud, a las ONGs, a las organizaciones sociales. Y empezamos a validar eso como experiencia, de hecho nosotros tenemos un consejo de participación social en una comuna, pero tenemos ahora consejos de participación y promoción en salud, que responde a la misma lógica.

3. ¿Cuáles son las orientaciones de las actuales políticas participativas en la atención primaria de salud?

R. Bueno, la participación es un eje que se ha privilegiado, por lo menos, en todo los documentos técnicos y a través de los programas. La participación como una estrategia transversal. Obviamente como una herramienta básica para hacer promoción de salud, ese es un lineamiento concreto, esencial, no hay promoción de salud sin participación comunitaria o participación social cuando integramos el intersector.

En el tema del mejoramiento de la atención primaria, también hay orientaciones que reconocen en la participación social un importante aporte para lograr los cambios y que sean cambios sostenidos, que no sean cambios desde los técnicos sino que con la gente. El hecho de que

los diagnósticos de salud se hagan en forma participativa, estamos orientados a que se desarrolle la participación y ahora como servicio los nuevos directivos le han dado una prioridad máxima al tema de la participación, incorporándolo en el concepto de trabajo en red y en un modelo de salud comunitaria.

4. ¿Estas son de tipo asistencialistas o buscan generar capacidades para el fortalecimiento de la sociedad civil?

R. Yo creo, que tiene todavía respuestas asistencialistas, la orientación se plantea en relación a habilitación social, el discurso, autonomía de las organizaciones sociales y ahora el tema de ciudadanía, pero en la práctica las respuestas tienen todavía un claro enfoque asistencial en el sentido utilitario de que las monitoras de salud colaboren con hacer la "fichación". Pero, es un darse cuenta, han pasado varios años, pero creo que estamos en darse cuenta y hay un repunte y eso se lo atribuyo a la estrategia de promoción, porque como es cambio cultural, necesita habilitar socialmente a la gente, porque no vamos hacer el cambio, no lo vamos hacer por decreto.

Ahora, el programa de salud con la gente es generar autonomía, es decir yo les entrego los recursos a la organización. El programa llevaba un lineamiento de acompañamiento, que tenía que ser de acuerdo al diagnóstico de la organización, o sea el coordinador es el nexo que tiene la organización con el sector, este tenía que tener la capacidad de reconocer las capacidades, de ir reconociendo las capacidades de las organizaciones y si no es así. Incluso nosotros hicimos capacitación a las organizaciones, para ir aumentando su capacidad de autonomía, ahora el hecho de que la autonomía financiera genera las otras autonomías.

Yo tengo muy buenas experiencias, en el sentido de las organizaciones que nosotros trabajamos que son las elegidas justamente por sus

capacidades, el problema que yo siempre digo, como ejemplo, es la rendición de platas, ahí esta hasta la última chaucha, pero, algunas necesitaron un acompañamiento más cercano, en cambio hay otras que el coordinador no tenía nada que hacer, al contrario algunas superaron el conocimiento del coordinador, siendo organizaciones comunitarias, porque no les dimos a ONGs.

5. ¿Cómo evalúa los actuales mecanismos de participación de la atención primaria?

R. Yo, las evalúo en desarrollo. hay mecanismos, esta por ejemplo, diagnósticos participativos, planificación participativa, espacios de participación, cabildos abiertos, debates, hay. Pero están en desarrollo. Pero, creo que nos falta mucho, nos falta mirar hacer un análisis crítico de la disposición de los equipos de salud.

6. Durante el transcurso del tiempo, con las experiencias participativas se logra acumular un capital social, y pasa que ese capital, por diversas causas se ha perdido, y volver a construirlo es un proceso muy largo, por ello se debe crear planes de largo plazo en vista de no desperdiciar dicho capital ¿Que piensa al respecto?

R. Yo hice un trabajo de participación de los adultos mayores y obviamente en el análisis surge el tema del capital social, porque es más fácil de que participen el adulto mayor, ellos tienen un remanente de experiencia de participación, de cultura de participación. Entonces trabajar con ellos ahora es otra cosa. En el fondo es como recrear la participación con ellos. Una vez me invitaron a un encuentro de más de 60 líderes de adultos mayores. Y en un trabajo de red, realizamos un ejercicio para que fueran capaces de identificar las redes de apoyo, y salió enseguida. Entonces comparto esa apreciación.

El tema es que no está ajeno al sistema ¿hay plata?, ¿corresponde invertir tanto en ese capital social? y cómo todo es inmediato, ¿cual es el impacto del trabajo comunitario?, que ganamos con pagarte horas extraordinarias para realizar el trabajo en las comunas, me dicen. No se reconoce que es una inversión, pero el retorno es que vamos a tener en prevención de salud, que se logra hacer el cambio.

7. ¿Las instancias participativas tienen injerencia real en los procesos de gestión a nivel de la atención primaria de salud?

R. Yo diría que estamos en Kinder en eso. En gestión, de repente existe un proyecto de la comunidad, en promoción, pero es poco. Es de esperar con los consejos comunales de promoción, que están más nivel de lo Político, pueda haber una intervención mayor. El consejo está planteado como la instancia con la capacidad de generar la política y de permear la promoción en todo lo que es la vida de la comuna. Que no sea sólo la salud solamente, porque es intersectorial. En definitiva es que no exista ninguna política que no contenga el elemento de promoción.

8. ¿A que ámbito de la salud primaria está circunscrita la participación?

R. En relación a prevención, en términos de educación comunitaria. Se generan equipos de trabajo multidisciplinario, hay equipos de trabajos comunitarios y equipos de promoción, a veces son los mismos. Y lo otro es que existe un modelo de salud familiar que trabajan por sectores te favorece mucho el contacto. Si se logra seguir el espíritu del modelo, creo que Lo Hermida va a ser un aporte.

9. ¿A partir de la participación comunitaria directa, es posible potenciar un nuevo tipo de gestión de la atención primaria de salud?

R. Yo, creo que si, pero es un sueño también, es una visión. Que esa sería una real gestión participativa que se pretendía con los consejos de participación de salud o consejos de desarrollo, que hubiera una participación en gestión, en calidad de asesorías, en distintas materias. Pero no podemos cambiar el estilo de la gestión, porque pasa por un cambio cultural. Yo no le puedo pedir al director que de un día para otro se sienta en una mesa de trabajo con la comunidad, todo eso amerita un proceso.

Existe lo que se llama el triángulo de la participación, que hay ámbitos que la participación puede ser mayor, pero obviamente que van a existir ámbitos que la participación va a ser cero. Frente a una urgencia y a una catástrofe no puedo llamar a mi consejo comunitario y decirle mire que dice usted. En la salud hay ámbitos en donde la participación social no toca la decisión. Podrá involucrarse en el tema de la organización para abordar este, en cambio hay otro que si, donde una inversión en salud va a ser mucho más eficiente.

Estoy pensando por ejemplo las campañas sanitarias todo lo que implica la formación, el plan de mejoramiento de la gestión, el plan de mejoramiento de la atención primaria que la gente no vaya a las 6 de la mañana, la gente que va al SAPU no vaya al otro día al consultorio, la gente que se atiende con un médico extranjero no vuelva a repetir la consulta.

10. ¿Entonces cual sería el mejor ámbito de participación de la comunidad?

Lo mejores ámbitos son los pequeños, mientras más micro sea el ámbito es más eficiente, como pasa por las personas, por verse cara a cara, por compartir una meta común, por saber bien lo que tú necesitas y lo que puedas aportar también, por tener confianza. Los modelos que hay son perfectibles. Siempre en espacios más pequeños y de ahí fluir a los espacios más amplios.

Tuvimos una experiencia con una ONG de la vicaría acerca de un trabajo comunitario en la línea preventiva, prevención de accidentes domésticos, trabajamos por manzana. Territorios más pequeños. Un modelo que reconozca estos elementos, sin forzarlo y de reconocer la capacidad del otro, ponerlo en un plan de igualdad

11. ¿La participación comunitaria directa constituye un mecanismo eficaz para lograr eficacia e impacto territorial de la atención primaria de salud?

R. Sí. La eficacia y la eficiencia.

12. ¿La actual estructura de gestión de la atención primaria de salud es compatible con la participación de la sociedad civil?

R. Yo diría que sólo en parte, yo diría que hay muchas áreas de la gestión de la atención primaria que habría que mejorar o modificar, por ejemplo el tema de los horarios. Los horarios del funcionario no son los horarios comunitarios. Los espacios también, la gente quiere “meter” a la comunidad en los consultorios.

13. ¿Piensa Ud. que la sociedad civil se podría integrar en el proceso de gestión de la atención primaria de salud, es decir ve a las organizaciones comunitarias participando de una función concreta de gestión?

R. Yo, como visión sí. Si esto pasa por cambios culturales, existen desconfianzas, de las políticas públicas, falta evolución humana, valorica y cultural para logra ese sentido.

14. ¿Cuál fue el resultado de la opción que tomaron Ustedes frente al tema de los consejos de participación?

R. Ha habido distintos resultados, por ejemplo, en una comuna eso permitió una cosa tan sencilla que se reconociera una alianza salud-educación. Una alianza que estaba dormida y hoy mantenemos funcionando a toda la red. Eso permitió que se crearan redes. Algunos avances en los diagnósticos participativos, algunos proyectos específicos. Primero salir del consultorio, descubrir que existe en tus alrededores, reencontrarse con la gente, reestablecer las desconfianzas, consejos de salud mental, un consejo de participación del adulto mayor, hubo un aumento de organizaciones sociales, de grupos que a raíz de este trabajo se motivaron para agruparse, sacar personalidad jurídica, para insertarse en los programas.

También hubo habilitación social, a mujeres, jóvenes, monitores, se logró reconstituir un poco el tejido social. Por ejemplo la campaña para dejar de fumar, que es ministerial. Esta fue local, nosotros nos pusimos una meta como servicio, hicimos una evaluación por comunas y nos dimos cuenta que estamos muy lejos. Entonces a las comunas les dijimos si les parecía que nosotros desarrollaríamos una estrategia más centralizada. Entonces, fue impresionante el resultado con las monitoras, nosotros hicimos toda la coordinación intersectorial FONASA, INP, y las monitoras se instalaron. De ellas, surgían las propuestas para instalarse en los sectores. Esto no

lo habríamos logrado en 3 o 5 años, nosotros convocamos a la comunidad y llegaban.

Ahora es gratificante para nosotros, por ejemplo, yo voy a un consultorio y la gente me reconoce. Ahora la promoción es horizontal, nosotros tenemos un consejo intercomunal. Nosotros intencionadamente queremos ser coherentes porque hablamos de participación no podemos hacer una gestión autoritaria, directiva.

15. ¿Cómo evalúa las políticas, orientaciones y mecanismos ministeriales referidas a la participación de la sociedad civil en la atención primaria de salud?

R. Yo creo como enunciados políticos buenos, pero como enunciados. Han invertido, pero quieren resultados inmediatos y lo otro, que el tema está puesto en las políticas, pero en la práctica sigue siendo asistencial. Falta hacer una amalgamamiento de las políticas asistenciales, biomédicas y participativas. Si nosotros no empezamos el camino de la participación, con la participación podemos hacer eficaz la prevención y la promoción. Para disminuir las camas hospitalarias, para que la gente se enferme menos, para que viva mejor.

6) CONCLUSIONES

| Variables | Asistente Social. Consultorio Lo Hermida | Asociación de Funcionarios Consultorio San Luis de Macul | Asociación de Monitoras en salud. Consultorio Carol Urzua (Peñalolen Alto) | Directora Consultorio La Faena | Jefa Unidad educación, promoción y Participación Social. S. S. M. O. |
|---|--|--|---|---|---|
| Preguntas | | | | | |
| ¿En su opinión la participación comunitaria directa constituye un mecanismo eficaz para lograr eficacia e impacto territorial en la atención primaria de salud? | Sin duda... En nuestro caso cuando avancemos en el proceso de organización podríamos efectivamente hacerlo de acuerdo al nivel de organización que tiene Lo Hermida. | R. L. Ávila: Si, en la medida que la comunidad participe en forma real. | R. Sí. De todas maneras. | . Si, en la medida que tenemos una comunidad que sabe sus derechos y obligaciones, conoce de salud es más fácil poder llegar a ellos y poder lograr cambios en salud. | Si. La eficacia y la eficiencia. |
| ¿A partir de los actuales niveles de participación, piensa que se pueden potenciar un nuevo tipo de gestión vinculada con las organizaciones comunitarias? | Yo creo que sí. Que a larga podría dar paso... Es un proceso lento o no va a resultar. | R. L. Ávila: Por supuesto que sí, ya que es la base, si hay participación hay democracia. E. Cortes: Si la gente se siente participe de ella. Le pone más empeño y se siente responsable. | Si, esa es la idea, que las organizaciones comunitarias participen más con el consultorio. Paso a paso nos hemos ido integrado. Nosotros hace cinco años tenemos esta oficina. Esta es una nuestra. | Yo, pienso que sí. Trabajé en un consultorio donde se formaron los consejos participativos y trabajamos codo a codo con la comunidad. | Yo, creo que si, pero es un sueño también, es una visión. Pero no podemos cambiar el estilo de la gestión, porque pasa por un cambio cultural. Yo no le puedo pedir al director que de un día para otro se siente en una mesa de trabajo con la comunidad, todo eso amerita un proceso. |
| ¿Cómo evalúa los actuales mecanismos de participación? | Yo creo que hay una participación concreta que benefician a la gente, de una participación comunitaria de abajo, de hormiga. Ahora, lo que siento que la participación es una palabra que se usa mucho... si bien en la gente la cosa directa la puede beneficiar, no hay un reconocimiento por parte de las autoridades, de abrir | R. E. Cortes: Para mí está bien porque el sentido de la salud de atención primaria debiera ser la prevención. Son Buenos pero son insuficientes. L. Ávila: La comunidad en el fondo no participa, a ellos se les informa. | | . No son buenas. Nosotros tenemos que sistematizar lo poco o nada que hacemos. en general podría hacerse mucho más con una política clara, política comunal. | . No es fácil ponerle el calificativo de positivas o negativas, yo creo que la participación que se ha ido logrando, es un proceso que da cuenta de la situación del país. Por tanto, no diría si es positiva o es negativa, es lo que es nomás. |

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|---|
| | puerta concretas para la participación. | | | | |
| ¿Los mecanismos de participación tienen injerencia real en los procesos de gestión? | Yo, creo que tienen una injerencia mínima. Las demandas, en general de la comunidad de Peñalolen, están restringidas al tema de los recursos, de que son comuna pobre. | . E. Cortes: ni siquiera tenemos una participación en el consultorio, mucho menos la va a tener la comunidad. | De todas maneras, todos reconocen que el avance que ha tenido el consultorio es gracias a nosotras, ya que ningún personal ni jefe de unidad ni un funcionario sale a terreno | Yo, diría que muy poca. Aquí todavía seguimos planeando y programando actividades, pero sin tomar en cuenta lo que piensa la comunidad. En algunas cosas mínimas lo hacemos. | Yo diría que estamos en Kinder en eso. En gestión, de repente existe un proyecto de la comunidad, en promoción, pero es poco. |
| ¿A que ámbitos está circunscrita la participación en el proceso de gestión de la atención primaria de salud? | En la realidad los que planifican son los profesionales, la postura es integrar a la comunidad en los procesos de planificación. | E. Cortes: No hay participación real de la gente, a nivel de consultorio no tiene ninguna injerencia. | Cuesta mucho para la gente venga. Para que los dirigentes vecinales digan que les hace falta a la comunidad, cuales son las falencias del consultorio. | Hace cuatro años atrás se construyó una sala multiuso yo autorice ese espacio y poco a poco se ha ido implementado. Tienen luz, agua, implementando el baño. | En relación a prevención, en términos de educación comunitaria. Se generan equipos de trabajo multidisciplinario, hay equipos de trabajos comunitarios y equipos de promoción, a veces son los mismos |

1. En la atención primaria de salud se encuentran dadas las condiciones para desarrollar un sistema participativo, integrando a las organizaciones territoriales, funcionales e instituciones de la sociedad civil en su gestión y en consecuencia, dar paso a un nuevo tipo o modelo de gestión. Queda demostrado que la participación comunitaria directa como medio para lograr eficacia e impacto territorial es un mecanismo eficaz. Además, la participación comunitaria directa genera en los procesos de gestión mayores cuotas de transparencia y por lo tanto, aumenta su legitimidad como institución pública que gestiona política pública en pos de aumentar la calidad de vida de la gente.

2. Para lograr un adecuado aprovechamiento del capital social, que en el fondo constituye la participación social, debe combinarse un estilo de

gestión vertical con una horizontal. Ya que la horizontalidad legitima y valida la participación, instaurando formas “amigables” de gestión. Contribuye, de modo importante, a la democracia, haciéndola más creíble y transparente.

3. Es importante precisar la funcionalidad de la participación social en la gestión. Porque participar en todas y cada una de las funciones de gestión es imposible. Es decir, La atención primaria de salud debe continuar funcionando y brindar el mejor servicio posible -ese es el tema-, y no puede ser obstaculizada por una excesiva participación, se debe articular adecuadamente para que no sea motivo de retrasos en su misión. Esto es capital, para que la participación constituya un mecanismo eficaz y logre eficacia e impacto territorial, por lo que debe ser racional, planificada, sistemática y metódica.

4. La comunicación, difusión y propaganda realizadas por las monitoras de salud del consultorio Carol Urzúa ha logrado buenos resultados y efectividad, a través de variadas acciones, aumentado el n ° de atenciones, es decir la gente concurre más al consultorio. Y es precisamente en este consultorio la organización de mujeres cuenta con infraestructura y la dirección facilita, de un modo importante su gestión. Aumenta la credibilidad de las acciones, dado que estas son conocidas y reconocidas por los actores que intervienen en la vida comunal. Incluso se han salvado vidas a través de la detección temprana de sus enfermedades, gracias a la pesquisa que realizaron las monitoras. Esto da cuenta de la efectividad y mayor impacto en la atención primaria de salud, que pienso aumentaría si fuera extensiva y bajo un sistema participativo comunal.

5. Todas las acciones en el ámbito comunitario son positivas y éstas han generado un alto impacto en la gestión de la atención primaria de salud, no obstante esa participación pierde toda validez porque no se desarrolla

continuamente, siempre se ve interrumpida, lo que da cuenta de esfuerzos espontáneos y pocos pensados para activar a la comunidad. La participación logra dinamizar a los equipos profesionales, pero este esfuerzo queda circunscrito a las posibilidades que les deja el tiempo, es decir se desarrolla con las buenas intenciones de estos.

6. Se constata que existe un dominio adecuado de la definición de participación por parte de todos los actores, lo que denota un lenguaje común base para comenzar a profundizar el tema de la participación como parte del proceso de gestión en la atención primaria de salud. No obstante, está mediatizada por factores que impiden todo su despliegue:

a) La participación es débil en la atención primaria de salud, y cuyo proceso está sometido a constantes reveses, especialmente cuando no existe voluntad política clara. Es decir, en materia de participación social es muy decidir las distintas posiciones de los actores involucrados y de la dinámica que se genera a partir de la interacción entre ellos, es en este "juego" donde aparece el tema del poder. La cercanía a la toma de decisiones, el control sobre los recursos y la infraestructura son indicadores claros para medir las potencialidades de los diversos actores para incidir sobre el proceso de gestión. Es por ello, que debe haber una definición política que establezca un marco institucional donde se desenvuelva la participación, para evitar distorsiones generados por el poder.

b) No existen en la práctica mecanismos participativos, estos no dejan de ser caudal teórico para intelectuales. Estos mecanismos siempre se plantean, pero son más los obstáculos que debe sobrepasar para poder efectivamente concretarse. Falta generar habilidades para potenciar la participación ya que las organizaciones no tienen preparación teórica ni técnica.

c). La corporación de salud encargada de administrar la atención primaria de salud en la comuna, no estimula en la práctica la participación, cumpliendo un papel de mero distribuidor de los recursos en un sentido de bajos costos y ajustado de ellos. Esto da como resultado, desperdiciar la posibilidad de llevar la delantera en las acciones de salud comunal, es decir no orientan ni impulsan mecanismos para superar las actuales condiciones para mejorar las condiciones de la población y desde el punto de vista de la administración pública se distancia en el ofrecimiento de un servicio adecuado y amigable a la población o usuarios.

d) También sé obstaculizada por la concepción política de los administradores de turno y otro no menos importante, es la falta de recursos para posibilitar participación, además se denota ausencia de metodología y sistematización y por tanto, ausencia de sistemas para la participación.

e) En general, la participación comunitaria directa en relación con la atención primaria de salud, se encuentra en contradicción, ya que esta última es vertical y poco funcional a la participación en la práctica. Si bien es cierto, los consultorios se encuentran con bastante libertad de acción, el actual esquema de administración genera inconvenientes. Por un lado tenemos a la administración de la atención primaria que opera sobre las funciones financiero administrativas, una alcaldía que realiza la función política, en tanto responsable y el servicio de salud que realiza los lineamientos políticos - técnicos, lo que demuestra tres tensiones de variables que hace difícil implementar modelos ordenados de gestión, generando efectos de baja integralidad y falta de definición del modelo, pareciera más bien un modelo para controlar demandas, bajo pretextos de la "falta de atribuciones para ello".

f) Para la participación en la atención primaria de salud, Influye las prioridades de las organizaciones que anteponen las condiciones de sus

calles, alumbrado etc., antes de la atención primaria de salud, porque existe entre ellos, la concepción de que el consultorio su deber es entregar más y mejor atención de salud, en ese sentido se ha desarrollado una contradicción, ya que desde las políticas gubernamentales se dice que son usuarios y se contextualiza desde un sistema de mercado, entonces ellos se colocan desde un posición de cliente.

g) Existe una visión malentendida de la participación por parte de los funcionarios, considerando al voluntario más bien como apoyo directo a las especialidades. Por el contrario, la participación debe ser real y no sólo en función de apoyo. También la visión del profesional que no conoce y no se integra en los sectores en los cuales trabaja atenta contra la generación de una gestión cara a cara y más amistosa. Además, a los profesionales no se les paga las horas extras. Existe un sistema de retribución de horas, lo que nos lleva a pensar, que en realidad el actual modelo es funcional sólo en la medida que genera ganancia, por lo cual este esfuerzo no se sistematiza como parte de las acciones de salud, reforzado por el enfoque biomédico.

7). En el fondo, para que la participación abandone la acción voluntarista debe propender a desarrollar sus propios instrumentos de gestión. En efecto, se debe "instalar" sistemas participativos operativos y propositivos, dotados de infraestructura, recursos, contenido, institucionalidad, atribuciones y poder para la toma de decisiones. . También superar un discurso intelectual que se desarrolla desconectado de la base social. En ello, es imprescindible contar con una administración, dirección política (alcalde), que entienda la importancia de la participación en la acción comunal y el desarrollo local.

8). La participación es directa, es de las cosas concretas, se crea y recrea a partir de la experiencia, en la atención primaria de salud esta se

reproduce con el esfuerzo de varios actores con vocación de servicio, pero son “peces sin agua”, ya que no existen canales adecuados para llevar la participación hacia espacios de mayor peso político en el cual esta se valide y desarrolle.

9). La participación comunitaria en la atención primaria de salud es un proceso lento. Este es afectado por un contexto de desmotivación, ausencias de liderazgos, bajas habilidades. Sin embargo, hay que decidirse a dar pasos tácticos más enérgicos y a avanzar cualitativamente. Se debe salir de la fase previa de “concientización y apresto”, y “dar un paso a la autonomía de las organizaciones” y crear redes de participación social. Se debe crear un cuerpo teórico y práctico coherente. Los sistemas participativos deben poseer el atributo de la pro actividad, la participación no se entiende desde una posición pasiva, puesto que siempre van existir situaciones no ideales y la realidad es dinámica y se encuentra en constante cambio.

BIBLIOGRAFÍA

- Aylwin, Nidia. La participación social y liderazgo en las organizaciones intermedias. Serie Documentos de Estudios N ° 6. Corporación Participa. 1993.
- Ander-egg, Ezequiel. Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. Editorial LUMEN-HVUMANITAS. Colección política, servicios y trabajo social. Argentina. 1998.
- Bárcena, Alicia. "Ciudadanía ambiental". Participación, superación de la pobreza y desarrollo sustentable. FOSIS. REDLAC. FDLA. RED SOCIAL Santiago de Chile de 2000.
- BID, Libro Para la Consulta Popular. 1996. El Libro de Consulta sobre Participación ha sido preparado por la Sección de Desarrollo del Personal (DPA/DEV), en estrecha colaboración con la Unidad del Estado y Sociedad Civil (DPP/MOS) y la Unidad de los Pueblos Indígenas y Desarrollo Comunitario.(SDS/IND).www.iadb.org/exr/espanol/politicas/participa/
- Borja, Jordi. "Ciudadanía y Espacio Público". España, Barcelona. 1998. www.riadel.cl
- Boisier, Sergio. "Desarrollo (local): ¿De que estamos hablando?". Estudios sociales N ° 103/trimestre 1/ 2000/ SIN O716-0321. CPU.

Ministerio de Cooperación
Y Planificación Nacional.
Mideplan.

CASEN 98. Comuna de Peñalolen.
www.mideplan.cl/casen3/index.html

Cáceres, Teresa;
Winchester, Lucy;
Rodríguez, Alfredo.

“Indicadores de gestión local”. SUR.
Centro de estudios sociales y educación.
Marzo, 1997. www.riadel.cl

Corporación Municipal
para el Desarrollo Social.
CORMUP.

Diagnóstico de situación de salud.
Peñalolen. 1997.

SECPLAC. Municipalidad
de Peñalolen.

Diagnóstico comunal de Peñalolen.
1998

Víctor Soto Retamal;
Cristián Pliscoff
y Fernando Matta.
Coordinación y
supervisión técnica

“Discurso de los funcionarios municipales
sobre la participación”. División de organi-
zaciones sociales del Ministerio Secreta-
ría General de Gobierno. GDS consulto-
res. 1997.

Duarte, Dagoberto;
Zuleta, María Soledad.

“La situación de la salud primaria en
Chile. Revista de Estudios Sociales. N °
99, 1999. CPU.

Friedmann, Reinhard.

“Percepción de actores del sector
público acerca del sistema de salud
Chileno”. El sistema de salud en Chile
ante la descentralización.. ILPES.
MINSAL. OMS/OPS. LC/IP/L .109.
Febrero 1995.

Garretón, Manuel Antonio.

El Mercurio, Santiago de Chile, 29/06/97.

González, Raúl.

Espacio Local , Sociedad y Desarrollo.
Programa de economía del Trabajo. PET.
1997.

- Herrera, María Soledad. "Participación de la comunidad en las políticas del Ministerio de Salud de Chile". Centro de Análisis de Políticas Públicas. Universidad de Chile. Aldo Meneses Ed. Participación Local y Desarrollo de las Organizaciones Públicas y Privadas. 1998.
- Hernández Sampieri, Roberto; Collado, Carlos Fernández; Baptista Lucio, Pilar. Metodología de la investigación. Segunda Edición. Editorial McGRAW – HILL. 1998.
- Kliksberg, Bernardo. "Seis tesis no convencionales sobre participación". Seminario internacional: Participación, superación de la pobreza y desarrollo sustentable. Aprendizajes de los fondos sociales y ambientales de América Latina y El Caribe. Santiago de Chile. FOSIS, REDLAC, FDLA, RED SOCIAL. 1999.
- Oxhorn, Philip. "La reforma económica neoliberal y la desarticulación de la sociedad civil en América latina". Encuentro XXI, Verano de 1997. Año 3. N° 17.
- Palma, Eduardo. "Municipio, Descentralización y Salud". La municipalización de servicios sociales en Chile. ILPES/MINSAL. OMS/OPS. LC/IP/L.109. 1995.
- Rodríguez, Alfredo y Winchester, Lucy. "Ciudad, Democracia y Gobernanza en América Latina". Revista International Social Science Journal, N° 147. 1996. www.riadel.cl.

- Rodríguez, Alfredo.
Coordinador. Conferencia electrónica sobre descentralización en América Latina: abril-diciembre 1994. "Contenidos de la descentralización: Conceptualización del proceso, objetivos, los pro y contra de la descentralización, desafíos". www.riadel.cl
- Salazar, Gabriel; Benítez, Jorge. Autonomía, Espacio y Gestión. El municipio cercenado. Colección sin norte. Serie Punto de fuga. Universidad Arcis. Lom Ediciones. 1998.
- Salazar, Gabriel. Descentralización y sinergia histórica local: Fracasos y desafíos. Departamento de Ciencias Históricas, Universidad de Chile. www.riadel.cl
- Salinas Cubillos, Judith. Participación social en el sistema público de salud en Chile. Revista de Trabajo Social. N ° 68, 1996.
- Ministerio de Salud. Tarjeta de presentación. Situación de la salud en Chile 1999. www.Minsal.cl/biblioteca/default/htm
- Weinstein, Marisa. Participación Social en Salud. Acciones en curso". FLACSO. Chile. 1997.
- Velasquez, Fabio. La gestión local en ciudades intermedias de Colombia : Los casos de Cartagena y Santander. Ediciones SUR. 1991. www.riadel.cl

Constitución Política de la República de Chile. Ediciones Publibey. Editora Jurídica Manuel Montt S. A. . Edición 1995.

Decreto Ley N ° 2763 de 1979.
www.Minsal.cl/biblioteca/default.htm

Ley 19.378 Estatuto Atención Primaria de salud municipal.
www.Minsal.cl/divisiones/Atención_Primary/marco_Legal.htm

ANEXOS

LINEAS DE TRABAJO DE LA DIVISION DE ATENCION PRIMARIA

Por su parte la división de atención primaria de urgencia se ha trazado líneas políticas de trabajo las cuales orientarán su accionar, estas son:

1. ENFOQUE FAMILIAR EN SALUD

Esta línea se propone desarrollar progresivamente, en el nivel primario, un MODELO DE ATENCION que se caracterice por ser resolutivo, de alta calidad técnica, humana y administrativa, y centrado en la satisfacción de los problemas de salud del usuario y su familia. En el cumplimiento de su labor requiere de la coordinación y apoyo de las demás líneas de trabajo de la DIVAP, como asimismo, de un trabajo en colaboración con las demás Divisiones del MINSAL, e interacción permanente con los distintos niveles de gestión del sistema de salud.

2. INTEGRACION DE LA RED ASISTENCIAL

En esta línea se agrupan las iniciativas que buscan fortalecer la A. P.S. al interior del sistema y potenciar el rol de los servicios de salud como integradores de la red asistencial procurando la aplicación de la norma general administrativa número 6 de 1999.

En primer lugar se agruparán una serie de iniciativas dispersas que tienen que ver con el mundo rural. Cada una de estas líneas, ha surgido como

una necesidad de dar cuenta de diferentes problemas que afectan a las comunas consideradas como rurales.

Además, se apoyará iniciativas que aumenten la articulación entre establecimientos de nivel primario y hospitales en zonas urbanas.

3. PROMOCION DE LA SALUD

Formulación e implementación de una Política Nacional de Promoción de Salud a través de un Plan Nacional de Promoción que incluye líneas de acción a nivel nacional, regional e internacional. Este Plan opera en forma descentralizada e intersectorial en base a Planes Regionales.

4. COMPROMISOS DE GESTION Y DE SERVICIOS

Esta línea comprende el diseño, coordinación y evaluación de los "Compromisos de Gestión" como herramienta de modernización a nivel de los establecimientos de atención primaria. Considera la integración y retroalimentación, tanto con las instancias técnico políticas del nivel central, como de Servicios de Salud y SEREMIS. Opera a través de la negociación de metas de mejoramiento en la eficiencia y calidad de las acciones de salud, sobre la base de un fondo de incentivo al mejor cumplimiento.

5. REFORMA FINANCIERA

Asignar y gestionar los recursos financieros estatales para la Atención Primaria en Salud, buscando consolidar el sistema de financiamiento per

cápita en el ámbito municipal y de servicios de salud y otros mecanismos de financiamiento del subsector de atención primaria.

6. NORMATIVA LEGAL Y RELACIONES LABORALES

La línea de reformas legales y relaciones laborales se dedicará en lo fundamental a la tramitación legislativa y reglamentaria de iniciativas relacionados con la atención primaria que se produzcan en el marco de una mesa de conversaciones con los principales actores del sector de salud municipal. Adicionalmente se procurará establecer un marco de cooperación que se traduzca en iniciativas conjuntas de carácter público.

7. PARTICIPACION SOCIAL

Esta línea responde a la prioridad otorgada a la participación social en la política sectorial en el marco de la modernización de la gestión pública. Comprende la constitución y fortalecimiento de instancias formales de participación en los establecimientos de la red y acciones que contribuyan a desarrollar la participación ciudadana en aspectos vinculados con la gestión y promoción de la salud.

8. SISTEMAS DE INFORMACION EN ATENCION PRIMARIA

Aborda el conjunto de acciones orientadas a apoyar la modernización de los sistemas de información en atención primaria para el mejoramiento de la gestión, en el ámbito de División y hacia los niveles locales.

9. LINEA CONTROL DE GESTION Y PRESUPUESTO INTERNO

Unidad de apoyo a la gestión de la División en los ámbitos Financiero Presupuestarios, Logístico, Administración de Recursos Humanos y en la Planificación y Control de Gestión de las metas.”

POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD DEL TERCER GOBIERNO DE LA CONCERTACION

Al iniciarse el tercer periodo de Gobierno de la concertación, bajo la presidencia de Ricardo Lagos, se dio como prioridad mejorar ostensiblemente los resultados de la gestión de salud en general y muy especialmente la salud primaria. “El objetivo central es propender a la satisfacción de los usuarios mediante la eliminación o reducción significativa de las filas a tempranas horas en los consultorios de atención primaria de salud”.

A continuación se detalla las consultas y controles realizados en la atención primaria de salud, graficando el peso de la tarea a emprender, más aún cuando se exigían, por parte del presidente de la República, plazos inmediatos.

Consultas y Controles de Salud en establecimientos de Atención Primaria. 1997

| ACTIVIDADES | Establecimientos APS de administración | | | TOTAL |
|--|--|----------------|------------------|-------------------|
| | Municipal | Delegada | Serv. Salud | |
| <u>Consultas morbilidad total</u> | 8.699.844 | 119.546 | 3.596.328 | 12.415.718 |
| a) médicas | 5.746.936 | 98.304 | 2.992.401 | 8.837.641 |
| b) no médicas | 2.952.908 | 21.242 | 603.927 | 3.578.077 |
| <u>Consultas urgencia total</u> | 2.543.339 | 246.008 | 8.389.191 | 11.178.538 |
| a) médicas | 1.797.543 | 200.976 | 7.379.426 | 9.377.945 |
| b) no médicas | 745.796 | 45.032 | 1.009.765 | 1.800.593 |
| <u>Consultas odontológicas:</u> | | | | |
| <u>Controles de salud total</u> | 7.464.150 | 67.983 | 3.060.198 | 10.592.331 |
| a) por médico | 1.170.443 | 14.879 | 653.736 | 1.839.058 |
| b) por no médico | 6.293.707 | 53.104 | 2.406.462 | 8.753.273 |

Fuente: Ministerio de Salud.

Este Plan contempla algunas medidas que ya están en marcha, será evaluado quincenalmente y al cumplirse tres meses de gestión esperamos haber alcanzado las metas propuestas.

1. Línea telefónica 800 gratuita para pedir hora en todos los consultorios urbanos del país.

2. Todos los consultorios urbanos atenderán diariamente tres horas más.
3. Aumento del número de atenciones odontológicas especialmente urgencias.
4. Aseguramiento de insumos y medicamentos para el incremento de la atención médica y dental.
5. Y finalmente la, implementación de sistemas locales participativos de gestión de demanda y de reorganización de la atención en 550 establecimientos de todo el país.

A través de recursos destinados a proyectos específicos para solucionar problemas concretos de gestión, información, difusión y participación, se implementarán sistemas locales para una mejor gestión y reorganización al interior de los consultorios de atención primaria de todo el país con participación del personal y de la comunidad.

Entre las medidas ya implementadas por algunos consultorios y que podrían ser modelos para otros, se cuentan:

La apertura temprana de consultorios y atención; separación de colas por tipos de atención y filas preferenciales para adultos mayores, discapacitados y embarazadas; señalética adecuada; oficina de informaciones; readecuación del SOME; control adecuado del cumplimiento horario y asistencia de todos los profesionales; revisión de sistemas de dación de horas; horas de consultas diferidas; uso efectivo

del tiempo de espera del usuario para información y educación; organizaciones de autoayuda; coordinador de público, etc.

El Gobierno de Ricardo Lagos, plantea los lineamientos programáticos, en relación al Ministerio de Salud para el 2000 / 2006, en donde considera para la administración primaria de salud:

1. Reducir las filas de temprana hora en los consultorios

Para enfrentar este problema de compleja resolución, dadas las restricciones presupuestarias, las implicancias culturales en el comportamiento de la población y los requerimientos de coordinación con las municipalidades que administran gran parte de los consultorios, se ha resuelto priorizar cuatro medidas.

a. Extender el horario en todos los consultorios urbanos, tanto para atenciones médicas como odontológicas y aumentar la dotación de especialistas en los consultorios con mayor déficit. Durante el primer año se incrementará en un 15% las consultas médicas y se asegurará el 100% de la atención odontológica de urgencia en todos los consultorios urbanos del país.

b. Generar sistemas expeditos de otorgamiento de horas, como la línea 800 entre otros, que eviten las aglomeraciones a temprana hora para solicitar atención en todos los consultorios del país, asegurando la atención en 48 horas a los grupos de mayor riesgo como adultos mayores y menores de un año.

c. Asegurar los insumos odontológicos y farmacológicos para las consultas adicionales que se entregarán en todos los consultorios urbanos.

d. Implementar proyectos locales de gestión para filas de espera, que respondan a las particularidades del problema en cada consultorio y que incluyan, entre otras acciones, mejorar las salas de espera y baños, habilitar mesones de información y atención al público, capacitar y educar a la población para el correcto uso de los consultorios y de las nuevas medidas, e implementar una adecuada señalética.

2. Mejorar el acceso, la oportunidad y la calidad de la atención

a. Avanzar en el establecimiento de garantías de servicios sanitarios, de manera progresiva y flexible acorde a las necesidades de salud de las personas, el nivel de desarrollo del país y la disponibilidad presupuestaria.

En una primera etapa, se privilegiará las siguientes:

- Asegurar el acceso a la consulta de atención primaria, garantizándola dentro de 48 horas a los grupos de mayor riesgo como adultos mayores y menores de un año.
- Mejorar la cobertura del seguro catastrófico del Fonasa, y supervisar el cumplimiento de los nuevos planes de salud de las Isapre que incluyen estas prestaciones.

- Aumentar la cobertura del programa oportunidad de la atención para intervenciones quirúrgicas electivas más frecuentes, y asegurar una espera no superior a tres meses desde la indicación médica para la intervención.
- Avanzar en el desarrollo de la atención de urgencia y el rescate prehospitalario, ampliando progresivamente la red SAMU, para asegurar una atención oportuna en casos de riesgo vital.

b. Adherir nuevos establecimientos públicos y privados a la actual Carta de Derechos del Paciente, Ministerio de Salud-Fonasa, la cual establece que cada ciudadano tiene derecho a la información y a reclamo, a recibir un trato digno y respetuoso, a ser atendido sin discriminación de ninguna índole, a la privacidad de su ficha clínica, a conocer el personal que lo atiende y a decidir respecto de las alternativas de tratamiento sobre la base de un conocimiento previo y completo.

c. Implementar las herramientas que otorga la nueva Ley Fonasa N° 19.650, en particular en lo que se refiere a la eliminación del cheque en garantía para atenciones de emergencia; la fiscalización del pago de las cotizaciones de salud para mejorar los beneficios de los trabajadores; la reclasificación de los grupos de salud, considerando el tamaño del grupo familiar, con el objetivo de facilitar su acceso en la modalidad institucional y adecuar los copagos a la capacidad económica del grupo familiar.

- d. Dictar normas sobre acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones de salud y posterior acreditación de los establecimientos públicos y privados.
- e. Impulsar una política de salud ocupacional, destacando la pronta dictación del nuevo reglamento de condiciones sanitarias y ambientales básicas en los lugares de trabajo.
- f. Desarrollar un programa de monitoreo de la calidad del aire en algunas ciudades de regiones.
- g. Regular la producción y comercialización de alimentos transgénicos o modificados genéticamente, lo que implica dictar una norma específica y modificar el reglamento sanitario de alimentos.
- h. Estimular la participación de los usuarios del sistema, fortaleciendo el trabajo de las organizaciones sociales que participan del programa salud con la gente y la labor de los consejos de desarrollo a nivel de hospitales.
- i. Ejecutar el plan de inversiones sectoriales y promover la suscripción de nuevos convenios de programación con los gobiernos regionales, que profundicen el proceso de descentralización de las inversiones.
- j. Dictar el reglamento de la nueva ley de los profesionales de la salud, Ley N° 19.664.

3. Otorgar más protección a los beneficiarios del sector público y privado de salud

a. Impulsar una ley de derechos ciudadanos en salud, que establezca y explicita derechos con carácter universal, así como la definición de una institucionalidad que permita garantizarlos y hacerlos exigibles.

b. Generar una reforma solidaria al sistema de financiamiento de la salud, en el marco de las proposiciones que formule la Comisión de Reforma, presidida por la Ministra de Salud.

c. Impulsar reformas al sistema de subsidios de invalidez, maternal, accidentes del trabajo y escolares; y de licencias médicas, asegurando una mayor transparencia, equidad y eficiencia.

Población por líneas de pobreza Región Metropolitana

| COMUNA | Indigent | % | Pobre** | % |
|-----------------------------|---------------|------------|----------------|------------|
| GRAN SANTIAGO | 171,71 | 3.3 | 771,84 | 14. |
| LO ESPEJO | 11,14 | 9.6 | 36,55 | 31. |
| LA PINTANA | 22,82 | 9.6 | 73,83 | 30. |
| EL BOSQUE | 13,00 | 6.8 | 58,76 | 30. |
| CERRO NAVIA | 7,43 | 4.4 | 44,59 | 26. |
| SAN RAMON | 3,65 | 3.6 | 25,70 | 25. |
| HUECHURABA | 3,80 | 5.8 | 15,78 | 24. |
| QUILICURA | 3,70 | 6.8 | 12,17 | 22. |
| SAN BERNARDO | 9,19 | 3.8 | 48,17 | 19. |
| PEÑALOEN | 8,83 | 4.3 | 40,83 | 19. |
| PTE. ALTO | 16,76 | 4.3 | 75,65 | 19. |
| PUDAHUEL | 7,58 | 4.7 | 31,12 | 19. |
| RENCA | 5,09 | 3.3 | 28,39 | 18. |
| P.AGUIRRE CERDA | 30 | 0.3 | 19,33 | 16. |
| EST.CENTRAL | 6,55 | 5.0 | 21,10 | 16. |
| LA GRANJA | 6,64 | 4.5 | 22,51 | 15. |
| MACUL | 2,77 | 2.2 | 16,35 | 13. |
| RECOLETA | 4,44 | 2.7 | 21,42 | 13. |
| CONCHALI | 4,30 | 2.9 | 19,16 | 12. |
| LO PRADO | 3,29 | 2.9 | 14,66 | 12. |
| QUINTA NORMAL | 3,59 | 3.3 | 13,20 | 12. |
| CERRILLOS | 1,32 | 1.8 | 8,73 | 11. |
| SAN JOAQUIN | 2,15 | 2.0 | 12,12 | 11. |
| LA FLORIDA | 4,06 | 1.0 | 40,13 | 9.6 |
| MAIPU | 7,59 | 2.2 | 31,74 | 9.1 |
| LO BARNECHEA | 1,65 | 2.7 | 5,17 | 8.5 |
| INDEPENDENCIA | 88 | 1.3 | 4,35 | 6.2 |
| LA CISTERNA | 96 | 1.0 | 5,07 | 5.5 |
| SAN MIGUEL | 85 | 1.1 | 4,04 | 5.4 |
| SANTIAGO | 85 | 0.4 | 10,26 | 4.8 |
| ÑUÑO A | 3,36 | 2.0 | 4,58 | 2.7 |
| LA REINA | 1,37 | 1.4 | 2,58 | 2.7 |
| LAS CONDES | 1,36 | 0.6 | 3,12 | 1.4 |
| VITACURA | 28 | 0.4 | 55 | 0.7 |
| PROVIDENCIA | 0 | 0.0 | 0 | 0.0 |
| RESTO REGION | 31,27 | 5.3 | 128,95 | 22. |
| EL MONTE | 3,64 | 15. | 9,72 | 41. |
| LAMPA | 2,11 | 7.1 | 7,70 | 25. |
| ALHUE | 27 | 6.0 | 1,18 | 25. |
| TALAGANTE | 2,88 | 5.3 | 13,52 | 24. |
| PEÑAFLO R | 3,36 | 6.0 | 13,14 | 23. |
| BUI N | 2,04 | 3.4 | 13,77 | 23. |
| MELIPILLA | 4,10 | 4.5 | 20,20 | 22. |
| CURACAVI | 92 | 4.1 | 4,93 | 21. |
| MARIA PINTO | 81 | 8.5 | 2,09 | 21. |
| ISLA MAIPO | 73 | 3.3 | 4,79 | 21. |
| COLINA | 4,27 | 5.9 | 15,01 | 20. |
| PAINE | 2,14 | 4.8 | 9,08 | 20. |
| PADRE HURTADO | 1,63 | 4.7 | 6,33 | 18. |
| SAN PEDRO | 44 | 6.4 | 1,20 | 17. |
| TILTIL | 46 | 3.2 | 1,97 | 13. |
| S.JOSE MAIPO | 56 | 4.7 | 1,62 | 13. |
| CALERA TANGO | 39 | 2.8 | 1,49 | 10. |
| PIRQUE | 45 | 3.6 | 1,12 | 8.8 |
| REGION METROPOLITANA | 202,98 | 3.5 | 900,79 | 15. |
| PAIS | 820,00 | 5.6 | 3,980,1 | 21. |

FUENTE: CASEN 98, MIDEPLAN

*: Cifras preliminares.

**: Incluye la población indigente. Los porcentajes están calculados respecto a la población