

# NOCIONES DE UNA CIUDADANÍA QUE CRECE

Enrique Correa y Marcela Noé  
Editores

**Nociones de una Ciudadanía que crece**

273  
C824 mo

Las opiniones que los trabajos presentan, así como los análisis e interpretaciones que en ellos se contienen, son de responsabilidad exclusiva de sus autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista de FLACSO ni de las instituciones a las cuales se encuentran vinculados.

Ninguna parte de este libro/documento, incluido el diseño de la portada, puede ser reproducida, transmitida o almacenada de manera alguna ni por algún medio, ya sea electrónico, mecánico, químico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin autorización de FLACSO.

323 Correa, Enrique; Noé, Marcela, Eds.  
C824 Nociones de una Ciudadanía que crece  
Santiago, Chile: FLACSO-Chile, 1998  
382 p. Serie libros FLACSO  
ISBN: 956-205-126-9

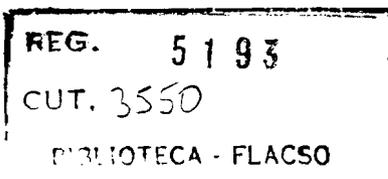
PARTICIPACION CIUDADANA / CIUDADANIA / POLITICAS PÚBLICAS / ESTUDIOS DE CASOS / SEGURIDAD CIUDADANA / IGUALDAD DE OPORTUNIDADES / GOBERNABILIDAD / CONFERENCIA / CHILE

© 1998, FLACSO-Chile. Inscripción N° 107.214 Prohibida su reproducción.  
Editado por FLACSO-Chile, Leopoldo Urrutia 1950, Ñuñoa, Santiago.  
Teléfonos: (562) 225 7357 - 225 9938 - 225 9655 Fax: (562) 225 4687

Casilla electrónica: [flacso@flacso.cl](mailto:flacso@flacso.cl)

FLACSO-Chile en Internet: <http://www.flacso.cl>

Producción editorial: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile  
Diagramación interior: Marcela Contreras, FLACSO-Chile  
Diseño portada: A°DOS Diseñadores  
Impresión: LOM Ediciones.



# ÍNDICE

Introducción	5
<i>Enrique Correa - Marcela Noé</i>	
<b>Parte 1 CONSIDERACIONES ACERCA DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA</b>	
<b>1ª Sección: Argumentos desde el Estado</b>	
Participación Ciudadana: Elementos Conceptuales	15
<i>Rodrigo Baño</i>	
Ciudadanía y Políticas Públicas	38
<i>Marcela Noé</i>	
Gestión Estatal y Ciudadanía Destinataria	61
<i>Vladimiro Sáez</i>	
Participación Ciudadana y Gobernabilidad	83
<i>Enrique Correa</i>	
<b>2ª Sección: Miradas desde la Sociedad</b>	
Participación y Exclusión: Una Aproximación al Tema desde la Experiencia de las Comunidades de Base	91
<i>Fernando Castillo</i>	
De la Denuncia a la Construcción de la Igualdad: Nuevas Articulaciones entre Ciudadanía y Género	102
<i>Natacha Molina</i>	
Participación y Localidad: Problemas, Conflictos y Negociación	121
<i>Francisco Sabatini</i>	
<b>Parte 2 ESTUDIOS DE CASOS</b>	
Políticas de Equidad de Género y Participación de las Mujeres	138
<i>Marisa Weinstein</i>	
Dinámicas Recientes de Participación en el Ámbito Educacional en Chile	158
<i>Hernán Courard</i>	
Participación Social en Salud. Acciones en Curso	177
<i>Marisa Weinstein</i>	
Participación en el Sector Vivienda	196
<i>María de la Luz Nieto</i>	
Participación y Políticas Públicas de Vivienda y Urbanismo	213
<i>Patricia Correa S.</i>	

Participación Social y Prevención Delictual	245
<i>Hugo Frühling</i>	
La Inseguridad Ciudadana y la Participación	263
<i>Luis Vial</i>	
Los Problemas para la Participación Ciudadana en el Ámbito Municipal	303
<i>Soledad Jaña</i>	
Parte 3 CONFERENCIAS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA: VISIONES DEL GOBIERNO	
Hacia la Modernización del Estado y su Gestión	344
<i>José Joaquín Brunner</i>	
Ex Ministro Secretario General de Gobierno	
Participación de las Mujeres y la Participación Ciudadana para el Diseño de Políticas Públicas Destinadas a la Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres	351
<i>M. Josefina Bilbao</i>	
Ministra Directora del Servicio Nacional de la Mujer	
Ciudadanía y Políticas de Vivienda	357
<i>Alberto Etchegaray</i>	
Ex Ministro de la Vivienda y Urbanismo.	
Seguridad Ciudadana en Sectores Populares: en Torno a las Soluciones.	363
<i>Patricio Tudela</i>	
Jefe de División de Coordinación Dirección de Seguridad e Informaciones Ministerio del Interior	
Participación y Políticas Municipales	374
<i>Juan Pablo Valenzuela</i>	
Jefe de la División de Modernización y Reforma Administrativa de Subsecretaría de Desarrollo Regional, Ministerio del Interior.	

## PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD: ACCIONES EN CURSO

Marisa Weinstein

La participación en salud es un proceso complejo que ha estado en la agenda de organizaciones no gubernamentales, internacionales y gubernamentales hace ya un tiempo. Involucra distintas dimensiones y, de hecho, se puede hacer referencia a la participación desde un sentido de ampliación y profundización del ejercicio ciudadano hasta un sentido de mecanismo de promoción y prevención de la salud. En cuanto a los actores, refiere tanto a los que deciden las políticas, a los proveedores de los servicios, como a los usuarios y los ciudadanos en general.

En este texto interesa proponer algunos puntos de reflexión respecto de la participación ciudadana en las políticas de salud. En este sentido, el marco de la discusión lo entrega la propuesta gubernamental: es en torno a la “oferta estatal” que se preguntará por las posibilidades y limitaciones de la participación. Ello significa un “recorte” al tema, puesto que no plantea cuáles son las propuestas de la ciudadanía en relación a lo que debe ser el rol del Estado en materia de salud y las políticas generales que debe emprender: más bien se retoma la propuesta elaborada por el Ministerio de Salud y las acciones que ha llevado adelante para incorporar a los y las ciudadanos/as en su gestión<sup>1</sup>. Particularmente, se describe el Programa “Salud con la Gente”, generado en 1995 por la Unidad de Participación del Ministerio de Salud y traspasada su ejecución a los servicios de salud de seis regiones del país en 1996. Este programa pretende apoyar a través de recursos financieros, capacitación organizacional y asesoría en gestión a organizaciones sociales del ámbito de la salud para consolidar su quehacer. Su propósito es contribuir a que estas organizaciones puedan convertirse en verdaderas interlocutoras del quehacer de las instituciones locales de salud.

Este informe está estructurado del siguiente modo: en primer lugar, se define brevemente cómo entiende el gobierno la participación en salud, para luego presentar el modelo de participación impulsado por el MINSAL, en sus dos grandes orientaciones: como promoción de la salud y como participación en la gestión. Posteriormente, se hace alusión a la forma como enfrentan los procesos participativos los equipos de salud y también la diversidad de organizaciones sociales de salud. Se agrega una revisión del Programa “Salud con la Gente” llevado a cabo por el MINSAL, como un caso que evidencia las potencialidades y los límites de la participación de la comunidad organizada en el sector. Para finalizar, se plantean algunas reflexiones e interrogantes.

---

<sup>1</sup> La estrategia metodológica seguida en este trabajo se presenta en el Anexo.

## **I. Acerca del Concepto de Participación en Salud**

Dentro del sector salud, entre académicos, salubristas o animadores de la salud, existe un largo desarrollo del planteamiento de la necesidad de fomentar la participación. Particularmente, este tema se ha vinculado a la atención primaria, incluso como una estrategia de desarrollo de este sector.

Aun cuando este texto se refiere a las políticas nacionales, es necesario mencionar a la Organización Panamericana de Salud, como un referente que tiene una importante influencia a través de sus recomendaciones a los gobiernos, que se expresan en resoluciones emanadas de diversos eventos y en el desarrollo de programas de cooperación. 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 conformación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), como en sus propuestas de estrategias de promoción de salud. Para este organismo, la 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. Específicamente, define la participación social en salud como la participación de grupos organizados -entre ellos la comunidad- en las deliberaciones, la toma de decisiones, el control y la responsabilidad con respecto a la atención en salud.

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”.

De esta manera, se debe poner en práctica la participación en los procesos de identificación o diagnóstico de los problemas sentidos por la comunidad, en la programación, ejecución y evaluación de las acciones necesarias para resolverlos. La participación considera por tanto, el desarrollo de instancias o espacios en los cuales se delibere, concerté y evalúe el cumplimiento de las responsabilidades y compromisos adquiridos.

## **II. Acerca del Modelo de Participación Impulsado por el MINSAL**

Desde 1990, con el gobierno de P. Aylwin, se define como los ejes de la política de salud a la equidad, la descentralización y la participación. Para ello, han diseñado y puesto en práctica diversos programas y líneas de acción, acordes a la legislación vigente.

## **1. Líneas Orientadoras de la Política Ministerial en Participación**

En términos generales, podemos apreciar dos grandes líneas en que el MINSAL entiende y promueve la participación:

### **1.1 En Relación al Cuidado, Prevención y Promoción de la Salud**

En este sentido, la salud se concibe en 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 un sentido individual, como en términos de los hábitos y comportamientos sociales que la influyen.

Este paradigma se ha ido desarrollando con más fuerza en la medida que el diagnóstico epidemiológico actual plantea que las enfermedades mayoritarias de la población se relacionan con los estilos de vida, y, por tanto, son prevenibles y están ligadas al conjunto de la vida social. La acción estrictamente técnica y curativa, debiera ser reducida.

En términos gruesos, la participación en salud se vincula al autocuidado y a la acción colectiva en pos de la detección y tratamiento de enfermedades (particularmente de las crónicas y de salud mental).

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. 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.

Aquí, tal vez la definición más apropiada que guía esta línea de trabajo es la de participación comunitaria, señalada más arriba.

### **1.2 En Relación a la Gestión del Sistema Público de Salud**

El MINSAL asume también el desafío de aplicar en sus políticas la orientación gubernamental de modernización del Estado. En estos términos, se trata de incorporar al usuario como centro del quehacer del servicio público; ello significa generar espacios para que los usuarios tengan opinión y decisión en los programas y acciones que desarrolla cada servicio. De allí, que se proponga la creación de Consejos de Desarrollo o Comités de Participación, integrados en un 70% por sectores de la sociedad civil (usuarios, organizaciones sociales, empresariales y de

voluntariado), ligados a las distintas instancias que forman parte del sistema público de salud (SEREMI, Servicios, Consultorios y Hospitales).

Esta línea de trabajo apunta en mayor medida a la participación social, ya señalada. Se dirige también a generar espacios de control social sobre la gestión de los establecimientos y del sistema en su conjunto, en la medida que los usuarios y ciudadanos en general cuenten con una instancia formal que les entregue información, les consulte sobre diversas acciones y acoja sus preocupaciones.

## 2. Puesta en Práctica

Las líneas descritas se han materializado en diversos programas llevados a cabo desde el gobierno de Aylwin.

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.

Un programa específico que se llevó a cabo en el primer gobierno de la Concertación fue el Convenio MINSAL-ONG para el desarrollo de proyectos ligados a la promoción de la salud. Se realizó un concurso de alrededor de 100 proyectos con ONGs a nivel nacional, que buscaba dar un espacio a los que tuvieron una acción decidida contra el gobierno militar y trabajaron por el desarrollo de una "salud alternativa" en ese momento. No obstante, ese programa tuvo una duración de dos años y no contó con mayor financiamiento para su continuación.

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 privilegiaba la atención curativa; actualmente, el sistema de "pago per cápita" asigna los recursos según el número de personas inscritas en un consultorio. Con esta modalidad, los consultorios disponen de recursos en forma relativamente más libre para realizar las actividades que programen y, eventualmente, pueden realizar acciones de promoción junto a la comunidad. Por otra parte, se supone que para captar inscripciones, el consultorio debe ofrecer servicios adecuados a las necesidades de su población, por tanto a través de esta modalidad se está propiciando una mayor cercanía con la comunidad. No obstante, la implementación de este sistema de financiamiento ha tenido múltiples dificultades y entre ellas, se encuentra el que un número importante de consultorios no ha logrado inscribir a

usuarios en una cantidad tal que pueda contar con, al menos, los mismos recursos de que dispone actualmente. Por ello, se prorrogó por un año más la entrada en vigencia del nuevo sistema.

Por otra parte, se han implementado 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 grupos de la comunidad vinculados a ellos), para que realicen actividades de promoción o prevención de salud en su territorio.

También, en una modalidad parecida, se han 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.

Desde el punto de vista de la participación en la gestión de salud, se ha impulsado, como ya se 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. En este sentido, es que se espera que se transformen en herramientas de control social. De todos modos, es necesario aclarar que su carácter es asesor y consultivo y que es convocado a partir de los servicios de salud.

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 los servicios de salud en sus distintos niveles- y externa -a nivel intersectorial y con la comunidad-.

A nivel de gestión interna se propone constituir, fortalecer o reorientar en todos los establecimientos de la red asistencial y servicios de salud los Consejos Técnicos Ampliados o los Consejos Técnicos Administrativos Ampliados, utilizando para ello la normativa vigente. Estos consejos podrán tener carácter asesor, propositivo y evaluativo, y estarán constituidos por representantes de los distintos niveles jerárquicos de la entidad respectiva, cautelando la representatividad de los distintos estamentos técnico-profesionales y asociaciones gremiales o de trabajadores.

En relación a la acción comunitaria e intersectorial, se propicia la formación de los llamados Comités de Participación en todos los establecimientos de la red asistencial (podrán denominarse también Comité o Consejo de Participación Social,

Comité de Desarrollo de Hospitales, Comité o Consejo de Salud Local o Comunal, Comité de Usuarios o Comité o Consejo de Participación). Estas instancias tendrán un carácter asesor a la dirección del establecimiento o servicios de salud y podrán realizar funciones de carácter informativo, propositivo, evaluativo, promotor y/o consultivo. Estarán constituidas por representantes de los usuarios, la comunidad local y el establecimiento de salud.

A nivel regional se propone reactivar y fortalecer los Consejos Consultivos Regionales, presididos por los CEROMA de Salud. Estos Consejos estarán integrados por los actores del sistema y la comunidad organizada en el nivel territorial que corresponda.

Por otra parte, se abre un nuevo espacio de participación ya que, por ley, cada municipio debe realizar un “Plan de Salud Comunal” que plantee sus objetivos y plan de acción para resolver las necesidades de salud de su población, con los recursos que dispone y bajo la orientación y supervisión del ministerio de salud. La ley no asegura que el Plan Comunal se elabore a través de un diseño participativo, pero se espera estimular que así sea, de manera que en su formulación se convoque a los equipos de salud, organizaciones sociales, otros sectores públicos y distintas instancias municipales. La elaboración de estos planes comenzó a regir recién desde 1995.

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. Este programa será presentado con mayor detención en otra sección.

Además, a partir de 1996, la Unidad de Participación del MINSAL ha buscado ampliar la estrategia de “Municipios saludables”, impulsada por la OPS en la región y que en nuestro país sólo ha sido desarrollada en Valdivia y Quillota. Para ello, realizó un estudio entre los municipios para detectar el grado de conocimiento y aceptación de esta estrategia, que busca coordinar al municipio con diversos

servicios públicos y organismos de la sociedad civil, para definir juntos una propuesta de mejoramiento de la calidad de vida de la población. Los primeros resultados indican que, a pesar del desconocimiento mayoritario de este programa, existe un número interesante de municipios (cerca de 20) interesados en iniciar un proceso de este tipo, que permitiría concertar a diversos sectores de la vida local en torno al mejoramiento de la salud.

Ambos programas tiene un sentido de bisagra puesto que, partiendo de un concepto amplio de salud que incorpora los aspectos preventivos y promocionales, además de la responsabilidad social en el cuidado de la salud, lo relaciona con la participación en la gestión de los establecimientos especializados en el cuidado de la salud. En ese sentido, se espera potenciar la intersectorialidad y la presencia de organizaciones sociales, no sólo como colaboradores en la mantención de la salud, sino también como parte integrante de la planificación y evaluación de las acciones del sistema público.

### III. Los Equipos de Salud ante la Participación

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 sus 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.

A nivel local, los consultorios y también los hospitales son parte del territorio y de la vida comunal (en algunos casos de ciertas zonas). Cuentan, a pesar de críticas y reclamos contra su funcionamiento, con legitimidad entre la población respecto de su calidad profesional (especialmente los hospitales).

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 los profesionales.

- Afecta también la participación, una concepción biomédica de la salud, difundida a través de los modelos de atención y educativos, así como en los formadores del personal que se traducen en enfoques de salud restringidos. Estos consideran en menor magnitud el tratamiento y la incidencia de factores socioculturales en la salud, posibles de abordar a través del trabajo intersectorial y la participación de la comunidad, como lo propone en general el modelo de participación que ha elaborado el MINSAL. Esta concepción reproduce una noción de salud ligada directamente a la enfermedad y al saber especializado para tratarla. Por esta razón, la misma población se encarga de demandar al sistema y a los que manejan este saber especializado, una mayor capacidad médica resolutive sin otorgar importancia al rol que juega la prevención.

- El paradigma biomédico ha condicionado una determinada visión sobre la importancia del médico, que en la práctica se traduce en menor legitimidad de otros profesionales y técnicos. Particularmente, destaca por el tema que estamos discutiendo, el papel de las asistentes sociales que, estando encargadas de la relación con la comunidad, no tienen un espacio valorado dentro de la gestión de salud de los consultorios. Como ellas mismas señalan, muchas veces hacen una labor de salud mental, pero que no es considerada como tal; así también su trabajo con las organizaciones corre en paralelo con la atención curativa y no se incorpora al quehacer de los otros equipos (ej.: a veces “se consiguen” un médico que pueda dar una charla a los grupos o realizar un control de salud).

- Por otra parte, afecta también la participación la alta rotación de profesionales, especialmente los médicos (esto sucede principalmente en los consultorios de salud), en contraste con la mayor estabilidad del personal no profesional. Esta situación imprime una dinámica que dificulta el desarrollo del trabajo en equipo. Este ha sido en general difícil por la estructura jerárquica existente, así como por el trabajo fragmentado y no compartido y la escasa participación en las decisiones de la gestión institucional.

El sentido que otorgan los equipos de salud a la participación social es diverso, variando tanto entre los estamentos como entre las mismas instituciones:

- Para algunos, el primer paso es generar instancias de participación internas (“no podemos generar espacios de participación comunitarios sino empezamos por nosotros mismos”). Ello significa implementar canales expeditos de información entre los distintos estamentos, direcciones con capacidad de escuchar las preocupaciones de sus funcionarios respecto de sus condiciones de trabajo.

También se señala que para que existan acciones de participación con la comunidad, debe haber una mayor asignación de recursos al sector que permita mejorar la labor institucional. En este sentido, se expresa el temor a que abrir instancias de participación de la comunidad signifique una “avalancha” de demandas que las instituciones locales no pueden satisfacer; o, que se aumenten expectativas respecto de la mejora de la atención.

- Otro sentido otorgado tradicionalmente a la participación en el ámbito comunitario es el de la educación. Los servicios de salud “educan” o “capacitan” a la población en temáticas específicas que la población no maneja y que no puede comprender totalmente debido a la especialización del sector.

- Además, otra interpretación ve la participación como la colaboración de la población o de grupos organizados en tareas de los servicios (control de salud, información sobre programas, obtención de fondos, etc.).

- También, asociado al proceso de modernización del Estado, el concepto de participación se vincula con conocer la opinión de los usuarios para orientar la gestión de los servicios. Los usuarios y usuarias se transforman en clientes de las instituciones y, por tanto, ellas deben encontrar mecanismos e instrumentos que permitan conocer sus opiniones respecto del servicio que reciben y, de esta manera, éste pueda optimizarse.

- Por último, otro significado es el de la participación como creación de espacios de toma de decisiones, resaltando el papel de las organizaciones sociales como actores que tienen algo que decir y hacer en la gestión de salud.

Esta diversidad de concepciones de participación se ve expresada en el estudio realizado por la Unidad de Participación Social en 1995. En efecto, al preguntar a los directivos del sector sobre las instancias de participación que tenían sus servicios, mencionaron una alta cantidad, incluyendo entre ellas instancias tan distintas como los comités técnicos o la creación de grupos de autoayuda.

Estos diversos sentidos coexisten en el sector y, por tanto, las propuestas concretas de participación son re-significadas de acuerdo a ellos. Así, por ejemplo, los Consejos de Desarrollo o Comité de Participación tienen diferente alcance en las distintas instituciones que los han implementado.

No obstante los obstáculos señalados, los servicios de salud han desarrollado diversas experiencias con miras a mejorar la calidad de la atención en salud y emprender procesos de participación. De hecho es un tema debatido en los establecimientos de salud, se han generado instancias internas y de relación con la comunidad.

#### IV. Las Organizaciones Sociales en Salud

Las organizaciones sociales ligadas a la salud tienen una larga tradición en nuestro país. Han desempeñado una labor de carácter solidario en relación a la atención de problemas de salud de la población; originalmente, pueden surgir como respuesta frente a situaciones de emergencia, pero tienden a mantener una acción constante dentro de su comunidad, realizando diverso tipo de tareas.

Sin embargo, estas iniciativas son heterogéneas en su carácter, objetivos y el alcance de su acción. Siguiendo la clasificación planteada por J. Salinas y T. Marshall<sup>2</sup>, podemos distinguir, al menos las siguientes:

- voluntariado asistencial: son grupos femeninos que desempeñan una tarea de apoyo y acompañamiento a los enfermos.
- grupos de autocuidado: han sido promovidos desde los programas de los consultorios de salud, como una respuesta a necesidades específicas de algunas enfermedades crónicas. Cumplen una función de apoyo mutuo, para llevar de mejor forma los problemas de su enfermedad. Tradicionalmente son grupos cerrados, pero muchos de ellos actualmente buscan ciertas proyecciones hacia la comunidad, para promover la prevención y la educación.
- grupos de salud poblacional: organizados durante el período del gobierno militar, tienen como propósito tanto desarrollar programas de promoción de salud de la población como reivindicar e interlocutar con los establecimientos locales de salud. Mantienen un sentido de organización y buscan su autonomía.

Considerando esta heterogeneidad de organizaciones, también hay entre estos actores distintos significados arrojados a la participación:

- Para algunos, la participación es una posibilidad de resolver problemas de atención en salud, en la medida que a través de los grupos de salud tienen acceso a una mejor atención y logran una relación más cercana con los equipos de salud (grupos de autocuidado).
- También se asocia la participación con una forma de ejercer el servicio público, en el sentido de cuidar a los demás y preocuparse por los que sufren. Ello es socialmente una tarea femenina y tal vez por eso los grupos de salud están compuestos mayoritariamente por mujeres.
- Otra vertiente entiende la participación como posibilidad de influir en las decisiones de los establecimientos y por tanto, expresan sus demandas y exigen su derecho a ser escuchados.

---

<sup>2</sup> Ver Salinas, J. y T. Marshall.

En general, distintos actores plantean que la relación “paternalista” de las organizaciones de salud con los servicios es la más generalizada. Ello radica en la trayectoria histórica del sector salud, marcada por la fuerza del Estado en su construcción, tal como ya se señaló. Influye también que esta relación es la que tiene mayor eco entre los propios equipos de salud.

No obstante, es interesante recoger la experiencia de los grupos de salud que, no siendo tan numerosos como los grupos de autoayuda, tienen la capacidad de convocar al resto de la comunidad para discutir la situación de salud y proponer acciones en relación a ella. En el caso del grupo de salud El Bosque, sus dirigentas relatan su experiencia enfatizando que su organización surge de la propia comunidad antes incluso que la formación del Municipio. Ellas convocan a un diagnóstico comunal donde se integra la realidad de salud con otros problemas sociales. De este modo, cuando se instala el municipio, la población tiene un diagnóstico bastante completo de sus problemas para plantearse a la autoridad. Ahora bien, las dirigentas indican que ello ha significado un desafío para ellas, en el sentido que deben “prepararse” para fundamentar sus peticiones y propuestas, informándose de los recursos destinados y los posibles de obtener, las coberturas necesarias, etc. En su caso, se reúnen con las autoridades municipales y acuerdan un plan de salud para la comuna, que exige llevar una cantidad extraordinaria de recursos para la comuna (construcción de un nuevo consultorio, ampliación de 3 de los 4 consultorios, instalación de salas dentales y otros temas). Para que las medidas se convirtieran en realidad, tuvieron que realizar acciones de presión, entre las cuales se contó una “toma” del Ministerio de Salud y luego entrevistas con el ministro de la época (1993). No obstante, su visión de este proceso es que si bien en un comienzo se logró establecer un diálogo con distintas autoridades, la comunidad fue escuchada, es decir, se dio un proceso de participación en torno a demandas sentidas, posteriormente, el proceso se estancó. En palabras de la dirigente: “...junto con haber logrado toda esa participación, hoy en día en vez de avanzar, hemos retrocedido. Hoy día a nivel comunal no tenemos una interlocución completa porque se fueron bajando los consultorios, se bajó el municipio de la discusión porque ya teníamos que entrar a discutir cosas más de fondo, entonces ahí surgen las diferencias y nos quedamos los pobladores discutiendo solos de nuevo. Entonces, eso lleva a que la organización se vaya atomizando más y vaya sintiendo que no es importante”.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Lucía Palma. Grupo de Salud El Bosque, intervención en la II Conferencia de Participación Ciudadana, FLACSO, enero, 1997.

## **V. Acerca de los Límites y Potencialidades de un Programa**

Es interesante analizar más en detalle el programa “Salud con la Gente”, pues da luces respecto de la situación de participación en el sector salud.

Como ya se señaló, el MINSAL diseñó en 1995 este programa para impulsar la participación social a través del fortalecimiento de las organizaciones sociales ligadas a la salud.

Para cumplir con su propósito, los servicios de salud, a través de sus establecimientos locales, identifican las organizaciones de salud de su sector y las llaman a suscribir “compromisos de acción”, previa selección de acuerdo a su solidez organizacional (personalidad jurídica, trayectoria, relación con la comunidad, etc.).

En estos compromisos, los grupos se proponen desarrollar acciones, ya sea dirigidas a sus integrantes o hacia la comunidad, en un plazo determinado, que son continuidad o ampliación de su quehacer. El establecimiento, por su parte, se compromete también a desarrollar acciones hacia la organización (escuchar sus propuestas, capacitación, realizar actividades conjuntas hacia la comunidad, etc.) Para poder llevar a cabo estos compromisos, el sistema de salud aporta una cantidad determinada de fondos a las organizaciones.

En su primer año de funcionamiento, el programa ha sido evaluado positivamente entre sus participantes. En su etapa piloto llegó a 59 organizaciones de la Región Metropolitana, institucionalizándose el año 1996 para abarcar a cerca de 300 grupos de 7 regiones.

En general, las organizaciones declaran sentirse valoradas con este programa, toda vez que sus acciones son reconocidas y apoyadas por los establecimientos. Dan cuenta de una apertura de las instituciones, que escuchan, al menos parte de sus preocupaciones. Desarrollan algunas actividades en conjunto que benefician a sus integrantes y también a la comunidad.

Las coordinadoras locales, por su parte, plantean que el programa ha permitido fortalecer el quehacer de las organizaciones, al tiempo que también van consolidando su legitimidad como actores de la atención en salud a los ojos de las direcciones de los establecimientos. En ese sentido, el programa va siendo un primer paso en la consolidación del modelo de participación propuesto por el Ministerio, ya que en la medida que las organizaciones sean más sólidas internamente y tengan capacidad de propuesta, pueden integrar Consejos de Desarrollo de los establecimientos.

Sin embargo, a pesar de estos logros, existen algunas limitaciones en el programa. Ellas se relacionan, básicamente, con el hecho que no logra integrar las acciones de las organizaciones con la gestión más cotidiana de los establecimientos. En ese sentido, “corre en paralelo” con la atención tradicional. En ciertos casos, la coordinación del programa está a cargo de las asistentes sociales, que llevan a cabo la labor de “extensión” del establecimiento de salud, sin mayores recursos y legitimidad.

Además, otro problema sentido es que no existen instancias que discutan disposiciones más estructurales del sistema que afectan la gestión cotidiana de los servicios. De este modo, si bien las organizaciones reconocen un mejoramiento de la calidad de atención, plantean que existe un vacío entre los cambios a nivel local y las necesarias transformaciones del conjunto del sistema. Ello no es tal vez una situación que debiera remediar el programa, pero la visión de una falta de voluntad de discutir y actuar sobre las debilidades más profundas del sistema, genera cierta frustración en los grupos y algunas organizaciones sienten que su espacio de acción y propuesta es limitado, con un “techo” muy bajo. Señalan que existe un riesgo de generar un cierto tipo de “clientelismo”, donde las organizaciones actúan como bisagra entre el sistema y los usuarios, manejando una cantidad de recursos e información (acceso a remedios, a horas de atención en forma más rápida, etc.). Así también, el “techo” de las instituciones locales genera a veces un efecto inverso en acciones de prevención de salud, llevadas a cabo en conjunto entre comunidad y agentes de salud: es el caso, por ejemplo, de las campañas de información sobre las IRA (infecciones respiratorias agudas) ya que en la medida en que los grupos hicieron actividades de difusión hacia la comunidad, los consultorios tuvieron una sobredemanda de atención, por lo cual tuvieron que dejar la actividad.

Por otra parte, el programa, con su diversidad, ha tenido dificultades para cambiar las tradicionales formas de poder en torno a la atención de salud. En general, los encuentros entre los grupos y los establecimientos se dan en torno a actividades de capacitación que estos últimos ofrecen o a solicitudes de asistencia de los primeros. Ello hace que algunos grupos sientan temor en relación a su autonomía, ya que en la medida que comienzan a realizar actividades importantes para el sistema, corren el riesgo de que se les imponga una forma determinada de trabajo. También este problema refiere a las formas de selección de las organizaciones, en el sentido que en algunos casos la participación de los grupos se restringe a aquellos que habitualmente trabajan con los establecimientos o han sido formados por ellos, sin ampliarse hacia el resto de la comunidad.

## **VI. Reflexiones**

Sin duda que poner en movimiento una propuesta de participación social en el sistema público de salud en Chile es un proceso complejo. Existe abundante

reflexión respecto al carácter centralista de nuestro sistema, así como de 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 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 la salud.

De todos modos, es innegable que existe un proceso en marcha. Hay una propuesta gubernamental, materializada en diversos programas e iniciativas. No obstante, pareciera que existe mucho camino que recorrer aún.

En este sentido, desde las organizaciones sociales vinculadas a la salud existe una queja respecto del carácter restringido de los espacios de participación. En efecto, con toda su heterogeneidad, existe un importante número de iniciativas colectivas, principalmente a nivel local, que se han generado para llevar adelante actividades de satisfacción de necesidades de salud; hay algunas cuyo origen se vincula a los propios establecimientos de salud, como los grupos de autocuidado donde, a partir de diversas enfermedades, los usuarios y las usuarias se agrupan para enfrentar juntos sus problemas y apoyarse mutuamente.

No obstante, existen otros grupos que tienen un carácter promocional y de servicio a la comunidad, que tratan de compartir información y que también esperan tener un papel interlocutor con los establecimientos. Estas organizaciones, muchas de las cuales han participado en el programa “Salud con la Gente” expresan su insatisfacción con la limitación que actualmente tiene la participación que se les ofrece. De este modo, plantean que sus acciones son vistas más como colaboración con el quehacer de los consultorios y, por ello, no se recoge sus inquietudes para modificar determinados programas. No se ha reformulado aún la relación de poder que mantienen los servicios de salud, de manera que los grupos sienten que no se reconoce su labor en la propia resolución de los problemas de salud. Por otra parte, también opinan que si bien han existido cambios importantes en la gestión de los establecimientos, particularmente en la calidad de trato de la atención que se entrega, existe una importante limitación a cambios más estructurales que limitan la gestión de los establecimientos. Así, reconocen que el sistema no se ha descentralizado totalmente y que decisiones importantes en materia de recursos y políticas de salud son asumidas por el MINSAL, al cual no tienen llegada. Es decir, los consultorios y en algunos casos los hospitales pueden escuchar algunas de sus peticiones y problemas, pero estas instancias tampoco tienen la capacidad de generar modificaciones.

Vale la pena insistir en este punto pues muestra las dificultades que tiene la participación cuando aún el sistema de toma de decisiones en el país sigue teniendo un acentuado carácter centralizado. Pone de manifiesto también la falta de canales

reales de participación de la comunidad frente a sus problemas. En el caso del sector salud, ello se agudiza por la percepción de un sistema público en crisis y frente al cual la comunidad demanda mayor inversión estatal. Esta demanda no puede desecharse solamente desde una perspectiva que la considera de carácter "paternalista", sino que ha sido reconocida por variados actores gremiales (Colegios Profesionales de la salud, FENATS, Coordinadora de trabajadores de establecimientos municipalizados) y del propio sistema<sup>4</sup>. En este sentido, la participación de la comunidad y de los usuarios en las políticas de salud requiere de una actitud comprometida con acciones relevantes de transformación de la situación actual por parte del gobierno, para no ser sentida como instrumental.

Por otra parte, las organizaciones y los equipos de salud reconocen que la misma población tiene una mirada poco activa hacia la participación en las políticas de salud. De este modo, parece fundamental incentivar el trabajo de información desde y hacia la comunidad. En este punto, las organizaciones más comprometidas con la gestión de salud están dispuestas a trabajar junto al sector salud para difundir información sobre "los derechos y deberes" de los usuarios y establecimientos en los diversos programas de salud.

En relación al establecimiento de los Consejos de Desarrollo o Comité de Salud, si bien han crecido de manera importante, también pareciera necesario impulsar una nueva discusión acerca de sus contenidos. En efecto, en opinión de distintos actores, la propuesta de los Consejos se ha materializado hasta hoy como la generación de espacios, pero su contenido es muy diverso de acuerdo a la orientación de los directivos que lo convocan. Su carácter más o menos influyente en la gestión de los establecimientos no está limitado por una propuesta clara. Resguardando la autonomía de los servicios, sería necesario delimitar las funciones de acuerdo a los diferentes niveles de los servicios. De este modo, establecer ciertos indicadores mínimos de participación ayudaría a evaluar de una manera común los avances en relación a la participación social en la gestión de los servicios de acuerdo a sus funciones.

Una interrogante importante que aparece es cómo ampliar las experiencias de articulación entre los servicios de salud y los municipios. Si bien esta es una relación existente, con todo el peso de la administración municipal respecto de los recursos de la atención primaria, la acción propositiva a nivel de programas desde el espacio municipal es limitada. La propuesta de "municipios saludables" puede contribuir a fortalecer esta dimensión. No obstante, trabajar en forma participativa el tema de la salud desde el ámbito municipal, significa considerar las propias dificultades que estos organismos tienen para incorporar la participación en su

---

<sup>4</sup> De hecho, en un encuentro masivo sobre la situación de la salud organizado por la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados y el Colegio Médico en abril de 1997, se planteó la urgencia de aumentar el presupuesto público del sector.

quehacer. De hecho, la experiencia de la Red de Desarrollo de la Familia llevada a cabo en Conchalí durante 1995 y 1996 muestra las limitaciones en este sentido: esta red nació como una coordinación intramunicipal, a través de la acción conjunta de diversos departamentos en torno a la temática de salud mental y prevención de drogas en la población. Al plantearse el trabajo con la comunidad, la coordinación interna fue desapareciendo para transformarse en una red entre proyectos comunitarios de prevención. De este modo, aparecen como estrategias en algún sentido "alternativas", es decir, si existe trabajo con grupos locales ello no traspasa a las instancias internas, sino que se nombra un interlocutor; inversamente, si se planifican actividades desde el municipio, no se distinguen actores comunitarios específicos<sup>5</sup>.

En términos generales, al mirar ambas líneas de trabajo que mencionáramos al inicio, se puede señalar en relación a la participación de la comunidad en el cuidado, prevención y promoción de la salud que esta es una dimensión que tiene una importante trayectoria en el país, con equipos de salud comprometidos en ella, así como con una red de organizaciones comunitarias que tienen un quehacer efectivo en la resolución de ciertos problemas, particularmente aquellos vinculados a la salud mental. Se han desarrollado programas de apoyo y fomento a estas iniciativas. En algunos ámbitos de salud, como la prevención de drogas, por ejemplo, se ha legitimado una metodología de trabajo que considera la generación de redes entre instituciones públicas y organizaciones sociales como la forma más apropiada de trabajo. Tal vez, los desafíos a profundizar se relacionan con reconocer de forma más clara el saber acumulado por la población e incorporar estas formas a las acciones cotidianas de los servicios.

En términos de la participación en la gestión de los establecimientos de salud, el balance pareciera más débil. En este sentido, parece necesario, por un lado, incorporar aquellas herramientas provenientes de la modernización de la gestión pública tales como el desarrollo de instrumentos de información sobre los derechos y deberes ciudadanos en la salud pública, así como de efectivas instancias de escucha de las preocupaciones de los usuarios. Pero, por otro lado, pareciera necesario entregar una señal política clara y a los más altos niveles respecto de la urgencia de la reforma del sector público que contemple una solución para las demandas insatisfechas de la población.

## Bibliografía

Acevedo, F. y otros. Sistematización. Análisis y Recomendaciones de la experiencia de Gestión del Hospital de Quillota. CORSAPS. Santiago. 1994.

Arnold, M. y D. Santibáñez. "Gestión pública para la participación: aspectos ocultos de lamodernización del Estado". En: Pistacchio, E., Galaz y C. Ramsy (ed.), Modernización y

---

<sup>5</sup> Entrevista a Barbara Matus, secretaria ejecutiva de la Red de Desarrollo de la familia, diciembre. 1996.

- Participación Social. De la Transición a los nuevos Tiempos. Ministerio Secretaría General de Gobierno. División de Organizaciones Sociales. Santiago. 1994.
- Bertoni, N., G. Herrera y M. Weinstein. "Participación social en salud: respondiendo a los desafíos". CORSAPS. Santiago. 1995.
- Cereceda, L. E. y Y. Echavarría. Participación de la Comunidad en el Desarrollo Social. Logros y Proyecciones. MIDEPLAN. Santiago. 1994.
- Horwitz, N. y otras. Salud y Estado en Chile. Organización social de la salud pública. Período del Servicio Nacional de Salud. Serie Publicaciones Científicas. Representación OPS-Chile. Santiago. 1995.
- Hurtado, M. E. y otras. "Fondo de proyectos concursables de promoción y prevención en salud Servicio de Salud Metropolitano Norte. Plan de Evaluación y Resultados Preliminares". Servicio de Salud Metropolitano Norte. subdirección Médica. Unidad Promoción de Salud. enero 1996.
- Marshall, T. y otras. Participación en salud: lecciones y desafíos. CORSAPS. Santiago. 1991.
- Massad, C.. "Principios orientadores para la reforma de la salud". Clase Magistral en la Corporación de Promoción Universitaria. Santiago. agosto de 1995. fotocopias.
- Matamala, M. I. y otras. Calidad de la atención. Género ¿Salud reproductiva de las mujeres?. Santiago. 1995.
- Ministerio de Salud. Subsecretaría de Salud. comisión Ministerial de Participación. "Participación social en el sistema público de salud: avances y desafíos". Santiago. marzo de 1995.
- Ministerio de Salud. "Salud con la Gente. Programa de reconocimiento y apoyo a las organizaciones sociales de salud". Santiago. s.f.
- Ministerio de Salud. División Programas de Salud. Depto. de Atención Integrada. Unidad de Participación Social. "Programa MINSAL-ONG 1991-93. Resultados de una evaluación". 1993.
- Ministerio de Salud. División Programas de Salud. División Planificación y Presupuesto. Metodología de programación local de Salud. Serie Orientaciones metodológicas para la planificación y gestión local en salud N° 12. Santiago. julio. 1992.
- Ministerio de Salud. División Programas de Salud. Depto. de Atención Integrada. Unidad de Participación Social. "Pauta de validación material educativo sobre programación participativa local". Santiago. s.f.
- Ministerio de Salud. División Programas de Salud. Depto. de Atención Integrada. Unidad de Participación Social. "Salud con la Gente. Informe I Congreso Salud con la Gente". Santiago. 1996.
- Ministerio de Salud. División Programas de Salud. Depto. de Atención Integrada. Unidad de Participación Social. Trabajo comunitario en Salud. Guía Técnica Metodológica. Santiago. 1994.
- Ministerio de Salud. División Programas de Salud. Depto. de Atención Integrada. La Participación social en el desarrollo La Participación social en el desarrollo de Unidad de Participación Social. "Aportes para la estrategia de Municipios y comunidades saludables en Chile". Santiago. octubre. 1996.
- Ministerio de Salud. División Programas de Salud. Depto. de Atención Integrada. Unidad de Participación Social. "Programa Salud con la Gente. Evaluación Región Metropolitana". Santiago. 1996.
- Ministerio de Salud. División Programas de Salud. Depto. de atención Integrada. Unidad de Participación Social. "Estudio diagnóstico del liderazgo y la función directiva del sistema nacional de servicios de salud. Año 1992". Santiago. 1992.
- Ministerio de Salud. División Programas de Salud. Depto. de Atención Integrada. Unidad de Participación Social. "Los directivos del sector salud y la participación social". Seminario de Evaluación Coordinación MINSAL. Caldera 28 al 30 de julio de 1994.

- Ministerio de Salud. División Programas de Salud. Depto. de Atención Integrada. Unidad de Participación Social. "Aportes para una estrategia de municipios y comunidades saludables en Chile". Santiago, octubre, 1996.
- Ministerio de Salud. División de Organizaciones Sociales. Ministerio Secretaría General de Gobierno. "Salud con la Gente. Directorio de Organizaciones Sociales. Región Metropolitana". Santiago, s.f.
- Ministerio de Salud. División de Organizaciones Sociales. Ministerio Secretaría General de Gobierno. Manual de Programas Sociales de Salud. Santiago, 1996.
- Municipalidad de Conchalí. "Evaluación Proyecto Secretaría Ejecutiva Red de Desarrollo de la Familia". Conchalí, enero, 1996.
- Organización Panamericana de la Salud. "El movimiento de Municipios Saludables: Una estrategia para la promoción de la salud en América Latina". Washington, abril 1996.
- Organización Panamericana de la Salud. "La participación social en el desarrollo de la salud: experiencias latinoamericanas". Washington, 1995.
- Organización Panamericana de la Salud. "Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La administración estratégica". Washington, 1992.
- Pérez, R. "Juguemos al Doctor" (Hacia la propuesta de comunicación en el Consultorio). CRAPS, 1992.
- Provoste, P., Cómo llegan las políticas sociales a las mujeres. Instituto de la Mujer. Santiago, 1994.
- Salinas, J., "Prácticas y desafíos de la participación comunitaria en salud". En: Participación comunitaria en salud, D.T. N° 162, CEAP, Santiago, 1993.
- Salinas, J., N. Donoso y S. Pezoa. "Importancia y sentido asignado a la participación en el Sector Salud". D.T. Jornada de Participación Social en Políticas y Programas Sociales, MIDEPLAN, Santiago, 1994.
- Solimano, G., y J. Salinas (ed.), Salud con la gente. El rol de las ONGs en las políticas públicas en América Latina, CORSAPS, Santiago, s.f.
- Taller Interministerial de Participación y Políticas Sociales. "Propuestas para el fortalecimiento de la participación social en políticas y programas sociales". Ministerio de Planificación y Cooperación. División Social. Ministerio Secretaría General de Gobierno. División de Organizaciones Sociales, Santiago, 1995.

## Anexo Metodológico

La estrategia metodológica seguida en este estudio consultó los siguientes pasos: en primer lugar, se buscó conocer la "oferta" gubernamental central respecto del tema de la participación en salud. Para ello, se revisaron diversos documentos del Ministerio de Salud, particularmente aquéllos emanados de la Unidad de Participación que expresan tanto el diagnóstico como las propuestas, acciones y evaluaciones gubernamentales en torno a la participación en salud. También se entrevistó en dos ocasiones a parte del equipo de esta Unidad. Como segundo paso, se seleccionó un programa específico que mostrara en la práctica las dificultades y los logros de la participación en el diseño de las políticas públicas: se trató del programa "Salud con la Gente".

Para conocer la dinámica que ha seguido este programa, además de entrevistar a sus gestores, se seleccionó un servicio del área metropolitana donde su implementación fuera particularmente importante. Así, se entrevistó a la encargada del programa "Salud con la Gente" en el Servicio Metropolitano Sur, Sra. Julia Pérez, asistente

del Departamento del Programa de las Personas. Con su apoyo, se convocó a una entrevista grupal al conjunto de coordinadoras locales del Programa (funcionarias encargadas del programa en los distintos establecimientos, hospitales y consultorios), a la cual asistieron 10 funcionarias y donde se debatió la experiencia de cada una, su percepción de las características de las organizaciones sociales hoy y los aciertos y limitaciones del Programa. Del mismo modo, se contactó a 12 organizaciones sociales beneficiarias del programa correspondientes al mismo Servicio de Salud para una entrevista grupal, a la cual asistieron 19 representantes y se discutió sus expectativas y experiencia en torno al programa.

Con esta información, se construyó una suerte de diagnóstico de la situación de la participación social en salud, focalizada en términos de actores, entre los prestadores y las organizaciones sociales.

Posteriormente, se intentó recoger propuestas para avanzar más allá de los límites actuales de la participación. Para ello, se volvió a entrevistar al equipo de la Unidad de Participación Social; también, se trabajó con el grupo de salud "EL Bosque" recogiendo su historia de grupo y de sus gestiones para influir en el diseño de las políticas locales de salud. En esta etapa, se incluyó también el nivel municipal, por considerar que se trata de un actor clave en la administración del sistema público de salud. Concretamente, para llegar a él, se entrevistó a la encargada (subrogante) de la Unidad de Promoción Social del Servicio de Salud Metropolitano Norte, Fanny Berlagovsky. Este servicio es reconocido en el sector salud por su esfuerzo por modernizar su gestión e incorporar a los usuarios y organizaciones sociales. Esta funcionaria relató la propuesta del Servicio y señaló la experiencia del Municipio de Conchalí en la creación de la Red de Desarrollo de la Familia como ilustradora de una acción de promoción de la participación de la comunidad en acciones de salud mental.