



“PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN SALUD: ¿PROCESO DE CAMBIOS EN DESARROLLO?”

UNA APROXIMACIÓN DIAGNOSTICA EN LA REGIÓN METROPOLITANA, 2006

OBSERVATORIO DE EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD
INFORME 2006



Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
Proyecto Género Equidad y Reforma de la Salud, Chile, Segunda Fase
Serie Observatorio de Equidad de Género en Salud N° 4





“PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN SALUD: ¿PROCESO DE CAMBIOS EN DESARROLLO?”

UNA APROXIMACIÓN DIAGNOSTICA EN LA REGIÓN METROPOLITANA, 2006

OBSERVATORIO DE EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD
INFORME 2006



Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud
Proyecto Género Equidad y Reforma de la Salud, Chile, Segunda Fase
Serie Observatorio de Equidad de Género en Salud Nº 4



Observatorio de Equidad de Género en Salud. Informe 2006

“Participación ciudadana en salud: ¿proceso de cambios en desarrollo?”

Una aproximación diagnóstica en la Región Metropolitana, 2006

Proyecto Género, Equidad y Reforma de la Salud, Chile, Segunda Fase

Serie Observatorio de Equidad de Género en Salud N° 4

Primera edición, febrero 2007

Organización Panamericana de la Salud/

Organización Mundial de la Salud

Av. Providencia 1017, pisos 4 y 5

Providencia, Santiago, Chile

www.chi.ops-oms.org

Auspicio: **Fundación Ford**

Este trabajo fue realizado para el Observatorio de Equidad de Género en Salud por :

- **Inés C. Reca Moreyra**

Con la colaboración de

- **Doris Ojeda C.**
- **Carina Foladori A.**
- **Mariela Gómez M.**

Coordinación y edición: **María Isabel Matamala Vivaldi**

Diseño: **Marcela Solís**

Secretaría: **Graciela Acevedo**

Imprenta: **LOM**

Fotos: OPS/OMS Chile, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe

1. Introducción	6
Objetivos del trabajo	6
Metodología empleada	7
2. ¿De qué tipo de participación hablamos?	9
2.1 Algunas precisiones sobre la participación ciudadana en salud	9
2.2. Las dimensiones o niveles de la participación ciudadana	10
3. Marco legal de la participación ciudadana en salud	12
4. Funcionamiento de los consejos y otras instancias de participación ciudadana	14
4.1 ¿Funcionan los mecanismos definidos por la Ley de Autoridad Sanitaria?	14
4.2 Los integrantes	14
4.3 ¿Quiénes lideran estas instancias de participación ciudadana?	16
4.4 La agenda político-técnica del año 2006 y prioridades delineadas para el año 2007	16
4.5 Incorporación del enfoque de género	18
5. Los discursos y percepciones de los actores sobre la participación, sus obstáculos y aspectos facilitadores	20
5.1 Valoración de la participación ciudadana	20
5.2 Los obstáculos a la participación ciudadana	20
• Hablan los directivos y funcionarios con mayor responsabilidad	20
• Los funcionarios encargados de la participación señalan	22
• Los dirigentes sociales piensan que	22
5.3 Aspectos de la participación ciudadana	23
6. Prácticas que fortalecen y potencian la participación	25
6.1 Buenas prácticas en elaboración, difusión y transparencia de la información	25
6.2 Espacios de encuentro y dinámicas facilitadoras de la participación	25
6.3 Prácticas de asociación y colaboración intersectorial	26
7. Algunas conclusiones y propuestas	27
7.1 Primeras conclusiones	27
7.2 Algunas propuestas	28
8. Bibliografía	29
9. Anexo: Entrevistas realizadas	30

1. INTRODUCCIÓN

Nuestro agradecimiento a todas las personas que accedieron a compartir sus experiencias, con lucidez, sin ocultar las debilidades que registran o las desazones que experimentan y, sobre todo, con mucho entusiasmo por fortalecer las prácticas de participación ciudadana.

En el marco del Proyecto “Género, Equidad y Reforma de la salud en Chile”, de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), representación en Chile, el Observatorio de Equidad de Género en Salud, integrado por organismos académicos y sociales, decidió realizar un estudio diagnóstico durante el 2006, acotado a la Región Metropolitana, sobre “La participación ciudadana en los mecanismos definidos por la Ley de Autoridad Sanitaria”.

Objetivos del trabajo.

Los objetivos generales y específicos planteados son los siguientes:

Objetivos generales

- i. Documentar, analizar y efectuar un diagnóstico de la situación de la Participación ciudadana en Salud en la Región Metropolitana (RM).
- ii. Entregar elementos que enriquezcan la formulación de medidas para fortalecer la participación de los actores/as en los organismos previstos por la Ley N° 19.937¹ de Autoridad Sanitaria en la Región Metropolitana.

Objetivos específicos

- a. Realizar una descripción de la situación actual de la participación ciudadana en los mecanismos previstos por la ley, en la Región Metropolitana.
- b. Identificar las condiciones que favorecen la participación en dichos organismos, incluyendo factores contextuales.
- c. Identificar algunas condiciones que obstaculizan la participación en dichos organismos (factores contextuales, tensiones y contradicciones del proceso).

- d. Entregar elementos que alimenten la formulación de medidas que fortalezcan la participación de los actores/as de este proceso, con vistas al potenciamiento de su capacidad para influir en las políticas de salud.

Los objetivos enunciados apuntan a elaborar un panorama descriptivo de la situación de la participación en la Región Metropolitana según la Ley de Autoridad Sanitaria, no obstante resulta necesario fijar desde el inicio el alcance y limitaciones de este estudio.

Previamente, conviene tener presente que los denominados “mecanismos de participación ciudadana” contemplados en la Ley de Autoridad Sanitaria son: los Consejos Asesores del MINSAL, el Consejo Asesor del SEREMI, el Consejo Consultivo de Usuarios en los Hospitales –debe funcionar en los establecimientos autogestionados- y,

¹ Publicada en el Diario Oficial de 24.02.04, modifica el D.L. N° 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.

a nivel local, por decreto presidencial del gobierno anterior y por orientaciones del MINSAL, los Consejos de Desarrollo en los establecimientos de atención primaria (consultorios, Centros de Salud Familiar, CESFAM).

El presente estudio cualitativo contó con un breve período de dos meses para el trabajo de terreno, en consecuencia, sus datos no pueden ser generalizados al universo consejos de los organismos y establecimientos de diferente nivel en el sector salud de la Región Metropolitana. Los datos presentados deben interpretarse más bien como la identificación de algunas características relevantes y una ilustración de los problemas, avances y desafíos que esta aproximación diagnóstica permite visualizar. La extensión y diversidad de contextos y ámbitos locales que la Región Metropolitana abarca y la complejidad misma del fenómeno abordado operan como importantes factores que exigen introducir diferencias y matices en el análisis.

Las experiencias y manifestaciones de la participación ciudadana se expresan de forma diversa en los distintos niveles del sistema de salud y en los mecanismos establecidos por la mencionada ley. Sería inexcusable olvidar que gran parte de los ciudadanos y ciudadanas organizados/as cuenta con una trayectoria rica, y a veces muy extensa, de participación social y ciudadana, la que en contextos favorables se canaliza bajo otras modalidades que las contempladas en la ley.

Por otra parte, ¿cómo referirse a la participación ciudadana sin hablar al mismo tiempo de participación social, sin diferenciarlo de las acciones de promoción de la salud, cuya concepción implica además la participación social entendida en un sentido amplio? Ciertamente cada uno de estos conceptos refiere a acciones y prácticas sociales diferentes y pueden distinguirse conceptualmente con claridad. Es más, en el trabajo de terreno y a través de las entrevistas, pudo observarse que en el habla de los actores/as, el discurso, la información y los datos sobre uno y otro ámbito aparecen frecuentemente entrelazados, sobrepuestos o, aún, confundidos, de acuerdo con su experiencia, trayectoria previa y el lugar institucional en que se ubican. Es necesario tener presente que la promulgación de la ley es reciente y se está comenzando su implementación, y que, en el marco

de la Reforma de la Salud se están viviendo simultáneamente diversos cambios en los ámbitos a los cuales se refieren los conceptos mencionados. La situación es entonces bastante compleja para los actores/as así como para los investigadores sociales que pretendemos adentrarnos en ella.

Las consideraciones mencionadas son suficientes para que el lector comprenda que más que formular conclusiones firmemente establecidas, este estudio abre un campo de interrogantes sobre la potencialidad de los procesos de cambio en curso. Plantea interrogantes sobre los cursos de desarrollo de la participación ciudadana en salud y, especialmente, sobre los componentes tanto internos como externos al sector público de la salud, que operan como facilitadores o representan trabas para su fortalecimiento.

Este proceso de cambio social en el ámbito de la salud involucra muy de cerca a todas las personas y, de forma especial a las mujeres, a quienes histórica y tradicionalmente se asigna un papel central en el cuidado de las personas y en la implementación de los programas de salud.² La repercusión de estos cambios para una profundización de la democracia en Chile resulta innegable, por lo que no dudamos que nuevos estudios darán continuidad al conocimiento y apropiación de las claves de tan relevante problemática social y política.

Metodología empleada.

En el estudio se utilizó una metodología cualitativa, que articula la sistematización de información documental y el registro mediante entrevistas, de información sobre las características y modos de funcionamiento de estos organismos o mecanismos de participación ciudadana contemplados por la Ley de Autoridad Sanitaria, así como también, sobre la percepción que algunos de los actores/as de la Región Metropolitana, tienen de la participación ciudadana que allí se da. No se trata de un abordaje etnográfico sobre los significados que los actores atribuyen a la participación –cuestión que con frecuencia se mostró necesaria–, sino de una utilización de la técnica de entrevista semi estructurada a actores/as participantes y a algunos informantes claves.

² Sobre este aspecto, véase el trabajo Patricia Provoste F., Participación en la Salud Pública: una aproximación de género, Proyecto Género, Equidad y Reforma de la Salud en Chile. OPS/OMS, Serie Género y Reforma de Salud No.2, Noviembre 2002, Chile.

Las principales actividades para este estudio consistieron en:

- Recopilación de información sobre la composición y funcionamiento de los distintos mecanismos de participación ciudadana en el ámbito de la salud, la que debido a la dispersión de la documentación y a las limitaciones de tiempo, fue parcial.
- Por análogas razones, la recopilación de las agendas político técnicas del año 2006 y de las cuentas públicas realizadas no cubrió todos los establecimientos. Por ello se entregan indicaciones sobre los temas abordados y las modalidades con que se realizan en algunos establecimientos las cuentas públicas.
- Se efectuaron observaciones participantes de tres actividades colectivas planificadas como parte de la Agenda 2006 (una reunión preparatoria de y la exposición de una cuenta pública, más una jornada sobre hospital abierto).
- La recogida de la información mencionada en el punto anterior, fue complementada por los/as actores/as individuales entrevistados/as, quienes indicaron nuevas fuentes documentales³ y se refirieron al funcionamiento, agenda y proyecciones elaboradas durante el año 2006 en las instancias en las que participan.
- Las entrevistas semi-estructuradas realizadas, entregaron información sobre las percepciones y valoraciones de diversos actores acerca del funcionamiento, los obstáculos y elementos facilitadores de la participación ciudadana en salud.
- La pauta de entrevista comprendió ejes temáticos tales como composición, funcionamiento, logros y obstáculos; las estrategias seguidas para fortalecer la participación ciudadana y su incidencia en la políticas de salud; la inclusión de la perspectiva de género en la composición y quehacer de los organismos de participación ciudadana en salud.
- La muestra incluyó a 30 actores⁴ diferenciados por sus posiciones institucionales, situadas en diferentes niveles del sistema de salud (organismos centrales, servicios de salud, hospitales, atención primaria) y por participar y/o representar profesionales, gremios y organizaciones sociales de base.
- Se recurrió al muestreo tipo “bola de nieve”, particularmente en el nivel de atención primaria y en el de Hospitales, mientras que a nivel de los Servicios de Salud se procuró cubrir la totalidad de éstos entrevistando a sus directores y/o a las personas responsables de las Unidades de participación, en quienes delegaron la entrevista.

Con esta estrategia metodológica se efectuó una aproximación diagnóstica a lo acontecido en materia de participación ciudadana en salud, en la Región Metropolitana, durante el año 2006. Se identificaron algunos logros y dificultades desde la perspectiva de actores significativos, y se formularon algunas conclusiones e interrogantes sobre este proceso de cambios en marcha desde una perspectiva de género.

³ Es de gran interés continuar en el futuro la recopilación y sistematización de esta documentación que se encuentra en los diferentes servicios, establecimientos y que no es recogida centralmente.

⁴ Véanse en el Anexo las tablas de las entrevistas realizadas por zona o servicio de salud, por categoría del o la entrevistada (Funcionario/a MINSAL y/o SEREMI, Directivo de Servicio de Salud u Hospital, Funcionario/a encargado de Participación, Otros funcionarios y Dirigentes sociales o de base).

2. ¿DE QUÉ TIPO DE PARTICIPACIÓN HABLAMOS?

2.1 Algunas precisiones sobre la participación ciudadana en salud.

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

Ya se mencionó antes, que estos conceptos y ámbitos de participación aparecen poco diferenciados en el habla de los actores/as sociales, funcionarios, técnicos y políticos, están entrelazados e incluso los discursos se deslizan de uno a otro de sus significados.⁵ Algo similar ocurre con los conceptos de participación y promoción de salud, puesto que esta última implica modalidades y procesos de participación social e históricamente en Chile existe un vínculo entre promoción de la salud y participación social. Pero detrás de diversos significados existen también enfoques y fundamentos políticos diferentes, que han variado en el transcurso de las últimas décadas.

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

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

La promoción de salud se define como “el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla” (Carta de Ottawa, 1986).

En Chile, a lo largo de los noventa, este concepto de promoción y diferentes dimensiones de la participación social fueron expresándose en las orientaciones de salud como en el plano institucional. N. Donoso señala que en ese período “...la estrategia de atención primaria priorizó la incorporación de la comunidad organizada en proyectos locales de salud en el área de prevención y promoción de la salud como en el apoyo a la recuperación y rehabilitación en salud”.⁶ La mención de algunos otros antecedentes, muestra que las instancias que la Ley de Autoridad Sanitaria establece no operan sobre un terreno virgen.⁷

⁵ P. Provoste señala agudamente “... ello produce una gran ambigüedad, donde todos valoran la participación, pero cada cual la entiende a su modo”. Participación en la Salud Pública: Una aproximación de Género. Proyecto Género, Equidad y reforma de la Salud en Chile. Serie Género y Reforma de Salud No.2 Primera Edición, Noviembre 2002 OPS.OMS Chile, p. 10.

⁶ Donoso V., Nora. Reforma de salud ¿oportunidad u obstáculo para la gestión participativa?, en Cuadernos Prácticas Sociales Nro 4, Universidad ARCIS, Primer semestre 2006, p.7. En: <http://www.mag-politicassociales.cl/>

⁷ No es factible reseñar las modificaciones introducidas durante los últimos gobiernos y gestiones ministeriales. Para mayores antecedentes véase el trabajo ya citado de N. Donoso (2006).

En 1995, durante la gestión del Ministro Massad,⁸ se crean los Consejos de Desarrollo en hospitales y consultorios de atención primaria y se fortalecen otras instancias creadas previamente como los Comités Locales de Salud, Comités Comunales de Salud. Son todas ellas instancias que debieran operar como espacios de interlocución; promover la participación en los Planes Comunales de Promoción de la Salud, así como la generación y/o fortalecimiento de grupos y redes a través de pequeños fondos concursables para la promoción local de salud.

Y en 1997, la promoción de la Salud se incorpora –programa “Vida Chile”–, como una “estrategia válida y eficaz, que tiene un enfoque de bienestar social orientado a mantener al individuo, a la comunidad y a la sociedad sana en ambientes saludables”.⁹ Los objetivos y contenidos de esa nueva estrategia se dirigen a operar sobre los factores de riesgo de enfermedad.

Resulta visible que los programas de promoción en salud incentivan la participación social como un instrumento para el desarrollo de sus propios objetivos y, a la vez, sientan las bases para proyectar la participación social hacia objetivos diferentes.

En el análisis del concepto de participación ciudadana en el sector durante la última década en Chile, P. Provoste sostiene “... puede argumentarse que la participación en la salud durante este período se mueve entre una concepción instrumental –es decir la solución concreta a necesidades de salud, en las formas y contenidos definidos por el sistema –y la búsqueda de un protagonismo de la sociedad en las políticas públicas, entendido este como acceso a las decisiones y como control ciudadano”.¹⁰

Finalmente, se subraya que este trabajo no se refiere a todo tipo de participación en el ámbito de la salud, tiene por objeto la participación ciudadana en un ámbito más restringido, al plantear una visión de lo ocurrido en la Región Metropolitana en el marco de la implementación

de los mecanismos instituidos por la Ley de Autoridad Sanitaria (Ley N° 19.937).

2.2. Las dimensiones o niveles de la participación ciudadana.

El término participación ciudadana adopta también diversos significados; hablar de participación ciudadana implica un ámbito de acción que se refiere a la construcción de la sociedad civil en su relación con el Estado, una ciudadanía autónoma, que se reúne y dialoga, supone relaciones igualitarias y una preocupación por el bien común.

“... se trata de aquella (participación) que genera una intervención individual o colectiva en algún nivel de lo público, gestión de gobierno, interlocución con las instituciones del estado... depende de la voluntad política de los gobiernos especialmente de los locales...”.¹¹

No obstante, diferentes enfoques la consideran de modo diverso. La participación ciudadana puede entenderse como un derecho, como un instrumento para una gestión más eficiente en salud y, además, como un proceso de empoderamiento que incrementa la capacidad efectiva de las personas de ejercer control sobre el sistema de salud. Para las mujeres, esa capacidad empieza por las decisiones que afectan a su cuerpo como sujeto, y sigue con las decisiones sobre políticas y recursos y con el control de la gestión de la salud.

Así entendida, la participación ciudadana en la salud con miras a la equidad de género puede ser asimilada al ejercicio de una ciudadanía activa,¹² es decir, al compromiso con la salud como asunto de interés público,

⁸ El discurso oficial en salud de esos años indica la necesidad de “privilegiar aquellas formas de participación que co-responsabilicen a la comunidad en las decisiones de gestión”. Discurso del Ministro C. Massad, en MINSAL, “Acercar la salud a la Gente”. Diciembre 1995, p. 29. Citado por Donoso, N. opus cit, p. 7.

⁹ MINSAL “Conferencias I Congreso Chileno de Promoción de la Salud” Agosto 1999 p.20.

¹⁰ Provoste P., Op.cit. p.10.

¹¹ Donoso N., Op. cit. p.20.

¹² Sinesio López, siguiendo a Hanna Arendt, en *Ciudadanos reales e imaginarios. Concepciones, desarrollo y mapas de la ciudadanía en el Perú*. IDS, Lima 1997. Citado por P. Provoste (2002, p. 5).

a través de la integración de la comunidad política que pretende establecer los derechos en salud y garantizar el disfrute de esos derechos en condiciones de igualdad a los otros miembros de la comunidad.

Varios autores coinciden en la necesidad de diferenciar niveles en la participación ciudadana, en el sentido de que algunas modalidades son básicas y sin su ejercicio, difícilmente podrían practicarse otras modalidades de participación organizada. S. Larraín,¹³ propone en salud estos cuatro niveles:

1) **la participación-usuario/a**, nivel inicial en el cual que se accede a cuidados y reparación para su salud; consiste en demandar y hacer uso de los servicios de salud y constituye un componente básico de inclusión social. Cabe señalar que este estadio se caracteriza por la pasividad.

2) **la participación-movilización de recursos**, concepción que supone en la comunidad organizada recursos efectivos o potenciales para contribuir al desarrollo y la gestión de programas diseñados por el sistema de salud. En este nivel el sistema favorece entonces la generación y desarrollo de organizaciones tales como grupos de voluntarios o asociaciones de pacientes, observándose en éstos una participación mayoritaria de mujeres.

3) **participación-control**, nivel en que la comunidad organizada ejerce control sobre el funcionamiento del sistema (por ejemplo en el mejoramiento de la calidad de la atención, de la gestión y distribución de recursos), para lo cual el sistema de salud tiene que desarrollar modalidades de “articulación más flexible y creativa con la comunidad”.¹⁴

4) **participación-poder**, nivel en que la comunidad o el actor colectivo organizado incide directamente en la toma de decisiones estratégicas respecto del sistema de salud.

Los “presupuestos participativos” son un ejemplo de los dos últimos niveles de participación mencionados. La experiencia se inició en Porto Alegre¹⁵, Brasil, al ponerse en práctica un sistema mediante el cual miles de residentes de la ciudad pueden participar cada año en asambleas públicas para decidir el destino de la mitad de los fondos presupuestarios municipales, asumiendo una mayor responsabilidad por el gobierno de su ciudad. Transcurrida más de una década, los estudios concluyen que Porto Alegre ha cambiado no sólo la manera de hacer las cosas, de gobernar la ciudad, sino la ciudad misma. La experiencia de esta ciudad ofrece una opción auténtica a la gestión gubernamental y se registra una reconfiguración de los poderes que está comenzando a reducir las desigualdades espaciales mediante cambios en los patrones de provisión de servicios y uso del suelo.¹⁶

Chile cuenta ya con alguna experiencia inicial en esta materia¹⁷ y las orientaciones del Ministerio de Salud se refieren a los presupuestos participativos como una herramienta que se busca implementar gradualmente sobre un determinado monto o porcentaje de los recursos de los establecimientos.

A la luz de las distinciones establecidas, resulta pertinente preguntarse cuál es la noción de participación ciudadana presente en la Ley de Autoridad Sanitaria. ¿Es solamente un instrumento de la gestión en salud? ¿Se está proyectando una mayor incidencia de la participación ciudadana en la toma de decisiones en materia de salud? ¿Se la ve como un derecho?.

¹³ Larraín H., S. y otros: “Participación ciudadana y salud”, Doc. N° 3 en: Proyecto Equidad, Género y Reforma de la Salud, OPS.OMS, Representación en Chile, Santiago, 2001.

¹⁴ Ibidem, p. 6.

¹⁵ Esta reforma que se presenta como una alternativa al centralismo autoritario y a la pragmática neoliberal, fue llevada adelante por un frente liderado por el Partido de los Trabajadores (PT). Ha significado que efectivamente los vecinos toman decisiones sobre asuntos locales prácticos, como mejoras de calles o parques, y sobre otras cuestiones más complejas pues este proceso - se argumenta- despierta la conciencia de la gente sobre otras oportunidades para vencer la pobreza y las desigualdades que las afectan.

¹⁶ William Goldsmith y Carlos Vainer Presupuesto participativo y políticas de poderes en Porto Alegre. 1 En: EURE (Santiago) v.27 n.82 Santiago dic. 2001.

¹⁷ Talcahuano en la VIII región ha sido la primer experiencia.

3. MARCO LEGAL DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN SALUD

Esta sección describe los mecanismos de participación ciudadana tal como los regula la Ley de Autoridad Sanitaria (Ley N° 19.937). Su revisión desde el punto de vista de la función, composición y modalidades de funcionamiento de los mecanismos de participación que establece, permite precisar cuáles son los mecanismos colectivos carácter puramente de puramente carácter técnico y cuáles aquellos otros que contemplan y regulan la participación ciudadana en diferentes niveles del sistema de salud.

Los mecanismos de participación ciudadana establecidos por la ley son:

a.- Consejos Consultivos del Ministerio de Salud, que el Ministerio deberá convocar para dar cumplimiento a la función de “Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.” (Art. 4, punto 8). Los Consejos Consultivos del MINSAL “... podrán ser integrados por personas naturales y representantes de personas jurídicas, del sector público y del privado, de acuerdo a las materias a tratar. La resolución que disponga la creación del Consejo respectivo señalará el plazo de duración en el cargo de los integrantes, el quórum para sesionar y las demás normas necesarias para su funcionamiento.” (Art. 4 bis, punto 8, Ley de Autoridad Sanitaria).¹⁸

b.- Los Consejos Asesores de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI). Para cada secretaria regional ministerial, la ley dispone la creación de un Consejo Asesor de carácter consultivo, cuya constitución y funcionamiento deben ser explicados mediante un reglamento. Se indica también que su principal función es acudir a la convocatoria del Secretario Regional Ministerial en el primer trimestre de cada año a fin de ser informado acerca de la gestión del año anterior y la planificación del año siguiente. (Art. 14, inciso E). Queda abierta la posibilidad de someter a la consideración de este consejo otros temas y propuestas que el Secretario Regional Ministerial considere de interés para la ciudadanía.

c.- Los Consejos Consultivos de Usuarios. Al respecto, si bien la ley determina que sólo los establecimientos de Autogestión en Red deben contar con Consejo Consultivo de Usuario, la mayoría de los establecimientos hospitalarios cuentan con este mecanismo de participación, pues es uno de los requisitos que deben cumplir para ser declarados “autogestionados”. Sin embargo, no es ésta la única razón: la historia previa y la trayectoria de las organizaciones sociales en las áreas en que están emplazados los establecimientos de salud, son un importante condicionante de su existencia.

El Consejo Consultivo de Usuarios se integra por 5 representantes de la comunidad vecinal y 2 representantes de los trabajadores del establecimiento; tiene por función asesorar al director del establecimiento en la fijación de las políticas y en la definición y evaluación de los planes institucionales (Art. 25, inciso D). El Director del establecimiento tiene la obligación de presentarle el plan anual de actividades y la cuenta pública. También las atribuciones y procedimientos del consejo deberán estar definidos en un reglamento.

La Ley de Autoridad Sanitaria establece, además, otros mecanismos de participación colectiva, integrados sólo por técnicos y funcionarios de la institución. Estos son: el Comité Técnico Consultivo, que asesora a la Dirección del Servicio de Salud y el Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA), de carácter consultivo y asesor.¹⁹

En la práctica algunos Consejos de Integración de la Red Asistencial incorporan en su composición a representantes de organizaciones sociales aunque ello no aparece

¹⁸ Durante este período, el Ministerio de Salud ha constituido un Consejo de carácter técnico que ha tratado los temas relativos al AUGE. Durante el año 2006 efectuó la convocatoria a dos Diálogos Sociales en Salud, en los que se trató principalmente el Proyecto de Ley de Derechos y Deberes de las Personas en Salud.

¹⁹ Por su carácter consultivo y asesor, estas instancias, además de emitir opinión respecto de las “consultas” que se les plantean, tienen posibilidad de participar en la elaboración de propuestas a la autoridad correspondiente.

contemplado en la legislación. Según ésta, las funciones de este organismo son asesorar al Director y proponer las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio, los Hospitales y los establecimientos de atención primaria, sean éstos propios del Servicio o establecimientos municipales de atención primaria de salud. Integran este consejo los representantes de los establecimientos públicos de salud de la zona y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.

Según el principio de descentralización, en el nivel de la atención primaria la existencia de mecanismos de participación ciudadana es crucial y la mayor proximidad entre autoridades y ciudadanía debiera facilitar su funcionamiento. Su constitución ha estado orientada

por disposiciones ministeriales y directivas de la propia Presidencia del Estado y se los ha denominado de forma diversa. Los nombres más frecuentes son: Consejos de Desarrollo, Consejos de Salud del Consultorio e incluso en algunos casos éste ha cambiado según las diferentes políticas ministeriales.

El funcionamiento de estos consejos depende de la instancia municipal, aún cuando está enmarcado por las orientaciones técnicas y normativas del MINSAL. También el rango de sus funciones y competencias varía, dependiendo de la trayectoria histórica que en términos de participación tengan las organizaciones sociales de la comuna, la disposición y el estilo político de la autoridad municipal y de la dirección del establecimiento (Consultorio o Centro de Salud Familiar).

¿Qué tipo de participación contempla la Ley de Autoridad Sanitaria y qué implica?

El marco legal actual promueve en el ámbito de la salud, un tipo específico de participación ciudadana, la participación con carácter puramente consultivo. Ésta da respuesta, en determinado nivel, a la preocupación sobre la transparencia de la administración pues garantiza que operen instancias para socializar la información relativa a los recursos disponibles, la gestión y los logros del sistema de salud en sus distintos niveles, lo cual constituye un positivo avance.

Este tipo de participación consultiva²⁰ se inserta como instrumento de una gestión más eficiente y tiene espacios de acción limitados que, al parecer, no son capaces de respaldar el proceso que, según el discurso de las autoridades del sector, se busca implementar: una participación más activa, propositiva, que forme parte de la toma de decisiones y la gestión; en términos de una participación ciudadana corresponsable.

Además de los beneficios de la participación consultiva mencionados, es importante destacar que en los mecanismos que establece la ley se vigente diferencian dos formas de participación: aquella puramente consultiva que es otorgada a las instancias que incorporan a la ciudadanía o sus representantes y otra, consultiva y asesora, otorgada a los funcionarios que integran los consejos técnicos. De este modo, el tipo de participación concedida a los técnicos tiene mayor incidencia en la toma de decisiones que la participación ciudadana. Esta Ley, al definir y contemplar sólo una forma de participación ciudadana, deja afuera otras formas de participación ciudadana posibles y, en muchos casos, ya existentes.

Como se mostrará más adelante, diversos actores son conscientes del riesgo de que la ley, que en un primer momento ha operado como estrategia de promoción de la participación ciudadana, limite y controle a la misma.

²⁰ La rendición de cuentas implica un avance de la participación en cuanto a “control” entendido “como el derecho y la capacidad de la sociedad civil para intervenir en la gestión pública orientando las acciones y los gastos estatales y públicos no estatales, como es el caso de la salud, en dirección a los intereses de la colectividad” (Provoste, P., 2002, p. 40).

4. FUNCIONAMIENTO DE LOS CONSEJOS Y OTRAS INSTANCIAS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA

La descripción de la situación en la Región Metropolitana busca dar respuesta a algunos interrogantes sobre el funcionamiento de los consejos y otras instancias en que participa la ciudadanía y en torno a los cuales se organizó la información recopilada.

4.1 ¿Funcionan los mecanismos definidos por la Ley de Autoridad Sanitaria?

La fase inicial de implementación de las instancias de participación establecidas por la ley se ha desarrollado efectivamente en la Región Metropolitana, constituyéndose los organismos de participación en todos los Servicios, en la mayoría de los establecimientos hospitalarios y centros de atención primaria.

Este proceso muestra dinámicas diferentes en las zonas que corresponden a los seis Servicios de Salud Regionales establecidos por la ley en la Región Metropolitana y en los distintos niveles de la atención en salud. Existe una gran heterogeneidad de situaciones: algunos consejos son de muy reciente creación como el del Hospital San José, Servicio Salud Metropolitano Norte, y otros que se formaron años antes como Consejos de Desarrollo, en algunos casos fueron desactivados y, luego, se constituyeron bajo el nombre y formato de la ley vigente.

En la zona sur se mantienen los Consejos de desarrollo y se constituyen también los Consejos de Usuarios: *“todos los hospitales y consultorios tienen consejo de desarrollo el único que tiene un consejo de usuario como lo establece la ley es el hospital Barros Luco..., pero el hospital Ezequiel González Cortes tiene un consejo consultivo de usuario y también tiene un consejo de desarrollo, (el hospital) El Pino tiene un consejo consultivo de usuarios y también tiene un consejo de desarrollo” (E. N° 15, Funcionaria Encargada de Participación).*

Los Consejos de Desarrollo, más antiguos, contribuyen con sus representantes a los Consejos de Usuarios, lo que permite un mayor avance.

También existen algunas experiencias de participación organizada que trascienden los alcances de la Ley; este es el caso de los Consejos de Integración de la Red Asistencial (CIRA) que incluyen a representantes de organizaciones sociales a pesar de estar definidos por la ley como instancia técnica. Es lo que ocurre en el caso del Servicio Salud Sur Oriente. Y se observaron unos consejos inactivos, como el Orlando Letelier, en la Comuna del Bosque (SSM Sur).

Los consejos activos tanto a nivel de servicios, como de la atención primaria se reúnen mensualmente, y también en otras ocasiones si es necesario. Por su parte, el Comité Asesor de SEREMI tenía fijada tres reuniones en el año 2006, de las cuales solo se realizaron dos bajo la nueva dirección.

4.2 Los integrantes.

¿Quiénes integran las instancias de participación ciudadana? ¿Cuáles son sus características? ¿A quienes representan?

Determinar la composición de los consejos requiere dar algún tipo de respuesta al problema de la representatividad. La revisión efectuada permite sostener que éstos se han conformado siguiendo diversos criterios. Parte de los integrantes lo son porque así está regulado en la ley. En otros casos, los representantes fueron escogidos según el criterio de incluir las organizaciones más importantes que tienen presencia en el territorio y en otros, responde a criterios pragmáticos, tales como incluir sólo organizaciones de segundo nivel –es el caso del Consejo Asesor del SEREMI– o invitar a las organizaciones y/o dirigentes con quienes las autoridades mantienen

lazos afines o personales. Esto último asegura en cierto sentido su participación pero, a la vez, tiende a reforzar relaciones de clientelismo.²¹

Algunos actores entrevistados manifestaron no tener claridad sobre el por qué integran los consejos. Uno de ellos, refiriéndose al Consejo Asesor del SEREMI, expresó: “A nosotros se nos invita a participar ahí, aunque no sabemos por qué los que estamos hemos sido invitados a participar. Es un consejo donde hay algunas Universidades, Instituciones de Salud Pública y Privada y otras instituciones públicas como la JUNJI, el MINE-DUC, el Ministerio del Trabajo... En realidad ahí vamos a título personal a pesar de que somos representantes, pero la verdad es que no está pensado en términos de representantes.” (E. N°. 23, Dirigente social).

La mayoría de los Consejos Consultivos de los Hospitales y de los Consejos de desarrollo a nivel de la atención primaria está integrado por los funcionarios y profesio-

nales a cargo de las Unidades de participación y por otros directivos que por ley deben integrarlos.²² Los representantes de las organizaciones sociales que los integran tienen una activa participación, si bien la asistencia y dedicación de aquellos que al mismo tiempo son dirigentes políticos, muestra oscilaciones precisamente que siguen el ritmo de las tareas y metas partidarias. La información disponible no permite sostener que éste representadas, en la mayoría de los casos, todas las organizaciones sociales del territorio respectivo.

Las edades de los integrantes oscilan, en general, entre 40 y los 65 años; si se considera sólo a los funcionarios, el promedio de edad disminuye sensiblemente, cerca de 10 años. Muy poco participan los jóvenes²³ y adultos jóvenes. Respecto de los jóvenes, su escasa participación es un rasgo ampliamente constatado; no se interesan en las modalidades de trabajo de los consejos, aspiran a soluciones inmediatas en este ámbito y si ello no ocurre se desalientan y alejan. La ausencia

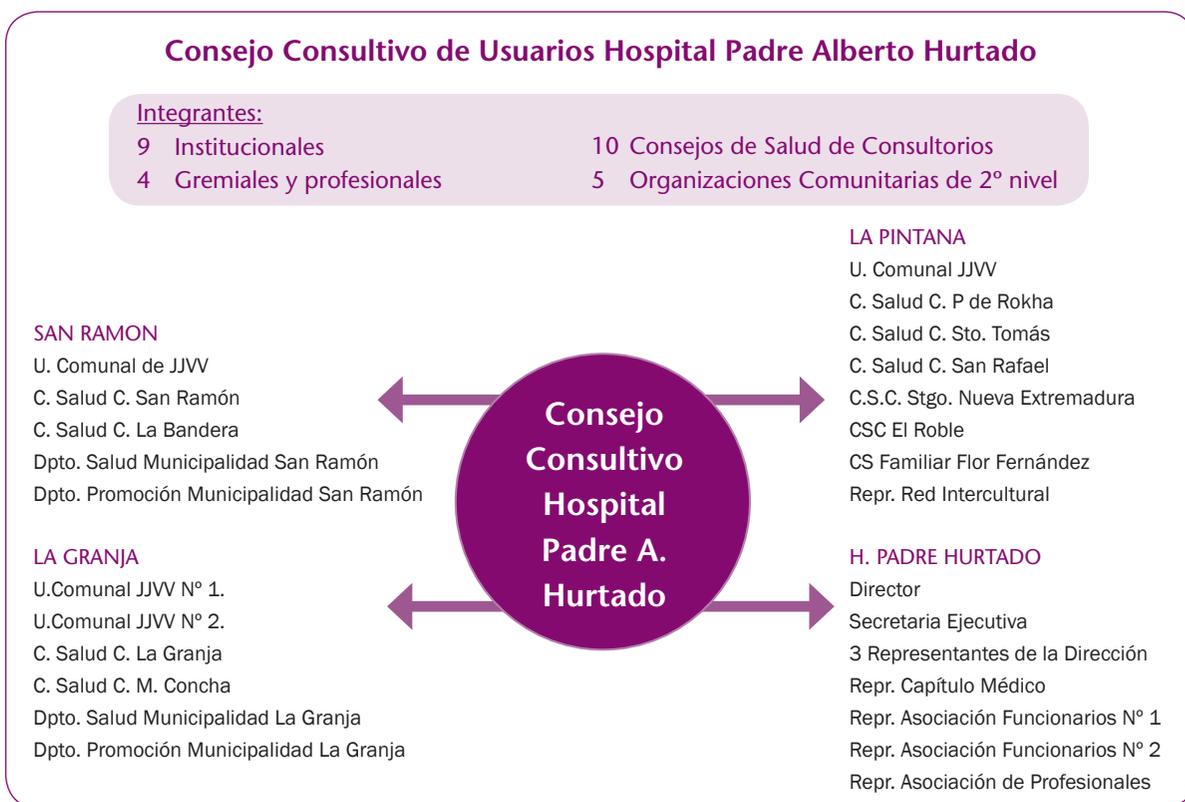


Gráfico 1: Consejo Consultivo de Usuarios Hospital Padre Alberto Hurtado

²¹ La ley establece que su composición debe estar definida en un reglamento.

²² Su asistencia no suele ser permanente, según se señala en algunas entrevistas; la información recopilada fue insuficiente para calcular tasas de asistencia y efectuar un análisis exhaustivo de la composición de los consejos y otras instancias de participación ciudadana de la Región Metropolitana.

²³ Cuando participan lo hacen más bien en actividades de promoción, así por ejemplo participan como monitores en el centro de Salud Amigable (Ex-COSAM) “...e iban a capacitar a las escuelas en temas de drogadicción, estaban acreditados por el municipio, y también participaron en el presupuesto participativo” (E. N° 20, Funcionario Encargado de Participación, Comuna Cerro Navia).

de adultos jóvenes probablemente responde a que las reuniones se realizan en horarios que coinciden con la jornada laboral, hecho que abre campo a una amplia participación de jubilados y amas de casa que no tiene a su cargo niños pequeños.

La composición por sexo muestra diferencias; entre los directivos predominan los hombres –sólo una mujer es directora del Servicio Metropolitano Sur–; entre los funcionarios encargados de la participación predominan ampliamente las asistentes sociales mujeres. Se registra una tendencia con sesgo de género ampliamente constatada, cuanto más alto es el cargo o el rango del Consejo, menor presencia de mujeres, pese a que éstas tienen extensa presencia en el sistema de salud y en las organizaciones sociales.

Debe destacarse que varios representantes de organizaciones mapuches participan en los Consejos en los Servicios de Salud Suroriente y Occidente. Ello tiene una profunda importancia si se tiene en cuenta que en lo referido a interculturalidad ha tenido lugar un significativo cambio: se ha reconocido y se ha incorporado la medicina mapuche, así como prácticas de salud aymara en el sistema público de salud. Esto significa al menos dos importantes impactos, uno, la valoración de la cultura mapuche y sus conocimientos, y el otro, es la posibilidad cierta que tienen las personas de este pueblo originario de ser ahora atendidos por el sistema de salud de acuerdo a su propia cosmovisión.

A nivel de la atención primaria, la mayor participación es de dirigentes sociales y políticos, formados en algunos casos en la práctica misma y con experiencia de participación en ambos espacios. Resulta notable la presencia de mujeres dirigentes históricas, con experiencias pre y durante la dictadura.

4.3 ¿Quiénes lideran estas instancias de participación ciudadana?

En la mayor parte de los casos la dinámica de los consejos es liderada por la autoridad, lo que responde a la cultura médica característica del sector salud, pero también a la persistencia de rasgos autoritarios en el estilo dominante en la sociedad chilena actual, caracterizada no solo por desigualdades sociales sino por una fuerte segmentación del espacio social, que repercute

obstaculizando la posibilidad de establecer relaciones horizontales.

Muchos de los profesionales que ocupan cargos directivos más altos cuentan con estudios especializados y experiencias previas en materia de participación, lo que los habilita para el liderazgo. En estas condiciones, el papel de la autoridad difícilmente puede ser contrabalanceada por otros integrantes. Por ello, existe conciencia que la voluntad de las autoridades juega un rol decisivo en la ampliación y fortalecimiento de la participación.

El Ministerio de Salud, los Servicios de Salud, hospitales y consultorios cuentan con un personal –si bien insuficiente según lo manifiestan diversos actores– con experiencia y entrenamiento en metodologías de participación y una real preocupación por el fortalecimiento de ésta. La mayoría de ellos son asistentes sociales. A estos se suman otros profesionales, algunos sociólogos, psicólogos y periodistas que trabajan en las áreas de participación, comunicación, y analistas de los reclamos ante las OIRS.

La presencia de dirigentes “profesionales”²⁴ constituye una fuente de liderazgo, que puede resultar en importantes apoyos aunque en el caso de los dirigentes políticos, este apoyo puede responder a orientaciones partidarias pre – definidas, o puede incluir períodos de ausencia relacionados con la actividad partidista, que deja en segundo plano las tareas de representación en los Consejos.

Se observa en algunos consejos, un incipiente empoderamiento de nuevas dirigentes sociales, tendencia que es necesario monitorear y fortalecer.

4.4 La agenda político-técnica del año 2006 y prioridades delineadas para el año 2007.

Durante el año 2006 las agendas político-técnicas de los Servicios de Salud han sido también muy diversas. Varias personas entrevistadas señalan que se trata de una fase de adecuación, de ajuste a los nuevos cambios y de conocimiento entre actores participantes.

En términos amplios, coinciden en el abordaje de las siguientes temáticas y actividades: preparación y

²⁴ Aquellos que suman liderazgos y hacen de la representación la “profesión” de sus vidas pero no se conoce el nivel de cercanía que tienen con las bases, o aquellos que responden a orientaciones partidarias.

exposición de cuentas públicas; análisis participativo de los reclamos de los y las usuarios/as ante las OIRS; problemas de la satisfacción de aquellos/as; elaboración de cartas de deberes y derechos de funcionarios/as y usuarios/as; mejoramiento de la calidad de la atención; difusión de la información, especialmente sobre el GES y sobre los deberes y derechos de las personas usuarias y funcionarias; capacitación para la participación en los propios consejos de usuarios/as; consejos y comités de desarrollo.

También, se menciona la elaboración de planes de trabajo, actividad que sigue a la presentación de la cuenta pública (Hospital Padre A. Hurtado). Pero esto no sucede en todos los casos. De forma clara, en otros se indica que la elaboración del Plan está a cargo de los técnicos y luego se difunde. Refiriéndose al año próximo, en una entrevista se indica: *“En estos momentos se está... ellos hicieron una, eh... están proyectando su trabajo para el 2007, que va a ser dado a conocer... en este momento lo están elaborando... y va a ser presentado en la cuenta pública”* (E. N° 19, Funcionaria, SSM Occidente).

Otros temas de la agenda en determinados establecimientos, están ligados a la contingencia, a problemas específicos como por ejemplo, la puesta en marcha de un nuevo sistema de atención de urgencias o la construcción de un nuevo hospital. En estos casos, las instancias de participación se vuelven informativas y posibilitan que los directivos y funcionarios expliquen a los usuarios los cambios introducidos y la marcha de los proyectos.

Para dar cumplimiento a los temas de la agenda, la estrategia seguida a nivel de los Servicios Salud consiste en realizar encuentros y talleres de reflexión, producir colectivamente el diagnóstico de la situación de la participación ó de un problema específico y hacer compromisos para realizar determinadas tareas, como por ejemplo, elaborar cartas de derechos y deberes de los usuarios/as. Este trabajo se proyecta como estrategia a largo plazo para la construcción de identidades en el nuevo contexto.

Las cuentas públicas concentran buena parte del tiempo y energías; presentarlas es una obligación del director, a través de la cual se busca garantizar la transparencia de la gestión administrativa. Siguiendo las orientaciones del Ministerio se realizan con los consejos de los establecimientos jornadas preparatorias, con el objetivo de

que los representantes de las organizaciones sociales y juntas vecinales puedan señalar cuáles son los aspectos que les interesa que la cuenta pública profundice.

En la realización de la cuenta pública se producen distintas dinámicas y son abordadas desde la dirección bajo distintas modalidades o estilos:²⁵

a) la primera consiste en reproducir la forma tradicional de las cuentas públicas: la exposición de largos listados de cifras, que muestran los avances y logros y se detienen muy poco ó incluso ignoran las dificultades y conflictos que puedan haberse presentado;

b) otra modalidad incorpora en la “cuenta pública” la intervención de uno o dos representantes de la sociedad civil –participación acordada previamente– de modo tal que éstas se inscriben en el marco del discurso central a cargo del director, siguiendo el mismo hilo conductor. En otras palabras, la “participación ciudadana” aparece como una parte de la “cuenta pública” espectáculo.

c) Una tercera modalidad registrada, consiste en la cuenta pública “itinerante”, implementada por el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. La exposición de la cuenta es repetida varias veces en diferentes establecimientos dentro del sector, dirigiéndola a la población de varios establecimientos agrupados por su cercanía territorial. Esta modalidad es una buena práctica ya que, por una parte, da respuesta a las dificultades para trasladarse y reunirse en una fecha única y, por otra, reduce las distancias físicas y sociales entre expositor y “público”, favoreciendo el diálogo al interior de grupos de menor tamaño.

Estas son algunas de las modalidades, sin duda, surgirán nuevas y diferentes formas que se irán adecuando a las características diversas de las zonas y establecimientos.

En cuanto a las prioridades delineadas para el 2007, buena parte de las personas entrevistadas respondieron que formalmente éstas aún no se han establecido. Dependen en muchos casos de la realización de la cuenta pública, en otros se afirma que es necesario contar con los resultados de las encuestas de satisfacción, cuya consolidación se ha retrasado. Otros establecimientos, en los cuales los Consejos funcionan desde antes, sí tienen perfilados algunos temas centrales. Entre ellos, se mencionaron la capacitación en cuanto a deberes y derechos, las garantías del GES, la satisfacción de

²⁵ Para diferenciar las modalidades descritas se utilizaron como fuente las entrevistas y observaciones de terreno.

usuarios/as y el análisis de los reclamos presentados en el año 2006 a las OIRS orientado a dar respuesta a los problemas consignados. En el caso del Servicio de Salud Metropolitano Occidente se indica como prioridad la implementación de presupuestos participativos en los establecimientos de la zona.

En síntesis, comenzado el año 2007, las prioridades aún no se han definido claramente, y dicha tarea así como su concreción en la agenda del año 2007 serán objeto de las primeras reuniones a efectuarse durante el próximo mes de marzo.

4.5 Incorporación del enfoque de género.

La pregunta acerca de si se ha incorporado el enfoque de género al quehacer de los consejos y otras instancias de participación ciudadana tienen una respuesta poco satisfactoria. Este enfoque ha sido considerado de modo insuficiente, más aún, se registra un importante desconocimiento y se le alude como un “tema a tratar”. Existe una débil comprensión de lo que significa su incorporación en el diseño de los proyectos y programas. En varias ocasiones, de algunas de las expresiones de los entrevistados parece desprenderse que la sola presencia mayoritaria de mujeres entre participantes de los Consejos y comités, basta para “dar por resuelto” el enfoque de género o para considerarlo “no prioritario”.

En este sentido, resultan reveladoras las expresiones de algunos actores entrevistados, mujeres y hombres. Ante la pregunta “¿Han incorporado el enfoque de género a su quehacer?” se recibieron respuestas tales como:

“No, nada de eso, sólo que hay más presencia de mujeres, los únicos hombres que participan son el cura, un delegado y seguridad ciudadana y el resto puras mujeres”.
(E. N° 27, Dirigenta social).

“Del enfoque de género se encarga B... que es mujer y tiene una especialización en estos temas, ella se ocupa de los temas de género”. (E. N°4, Directivo).

“Lo que pasa es que en salud mayoritariamente el personal es femenino, entonces no es un tema, diría yo, un tema del consejo consultivo; donde uno va mayoritariamente son mujeres, entonces uno no va buscando los equilibrios como podría ser en otras áreas... No lo trabajamos como un tema aparte” (E.N° 7, Funcionaria Hospital).

En esta mención de los equilibrios entre mujeres y hombres existe una débil y confusa referencia a la idea de igualdad entre los sexos, que la entrevistada citada más arriba, sí considera importante trabajar. El enfoque de género se identifica con las desigualdades en el acceso que es necesario modificar, pero otras dimensiones no son percibidas y menos aún, incorporadas en análisis o en planificación de actividades específicas.

Solo en unos pocos casos, se indicó que el tema es tomado en consideración en programas y proyectos, y que explícitamente se incorpora en sus objetivos y actividades. Dos experiencias registradas son muy exitosas por su proyección en el mediano y largo plazo, en tanto incorporan nuevos sujetos a la participación en salud y, además, abren perspectivas de una mayor inclusión social de ellos.

Una, es el programa de capacitación de monitoras en salud, dirigido a 130 mujeres inscritas como cesantes en las comunas comprendidas por el Servicio de Salud Metropolitano Norte, experiencia que se repetirá en el año 2007. La otra, es el Programa de salud desarrollado con “Travesnavia”, una organización de travestis. Refiriéndose a ésta, una entrevistada señala: “...trabajamos en la perspectiva de la integración de distintos géneros, también se incorpora a los transgénero; se hace un programa de salud pública... ya que ejercían el comercio sexual, los incorporamos a trabajar temáticas de salud como el VIH; de hecho se ganaron la campaña de VIH a nivel metropolitano SSMOC, y ellos la ejecutaron en Lo Prado, Pudahuel y Cerro Navia.” (E. N° 20, Dirigenta social, SSM Norte).

Si entendemos por género en salud un “sistema de relaciones sociales desiguales, el cuál determina formas de estar en el mundo, de enfermar y de morir que son diferentes según el sexo de pertenencia, así como también perfiles y necesidades específicas de salud

de hombres y de mujeres”,²⁶ este concepto resulta relevante para pensar que las enfermedades y la muerte se constituyen a partir de significaciones diferenciadas de acuerdo al espacio que hombres y mujeres ocupan en la distribución de poder que existe socialmente. Además de la incidencia de la inequidad de género, puede distinguirse la incidencia de otros factores de inequidad, que se conjugan, dando lugar a la posición que los sujetos y las sujetas ocupan en el mundo social, tales como por ejemplo, la situación económica y laboral, la etnia, el grupo etario.

Ciertamente ello implica que determinadas enfermedades que prevalecen entre las mujeres sean consideradas y atendidas de forma adecuada, pero también significa considerar situaciones relacionadas con la cultura de género, tales como la violencia doméstica contra la mujer, las dificultades y consecuencias del aborto y problemas de naturaleza económica, pero de importante repercusión en el sistema de salud,; por ejemplo el papel preponderante de las mujeres en el sistema privado de producción de cuidados y servicios de salud, trabajo no reconocido y no remunerado.

Los análisis y reflexiones desde la perspectiva de género son muy importantes para el proceso de Reforma del sector salud, en tanto proponen una ampliación del concepto de salud, que implica entenderla como un proceso en movimiento, que incluyendo a la enfermedad, al mismo tiempo la supera, y en el cual la materialidad de la salud, el cuerpo, es una manifestación de nuestro ser social y culturalmente determinado.

Un buen ejemplo para la reflexión, es la positiva experiencia del “hospital amigo”, propuesta que se origina en la percepción de que en el ambiente de los establecimientos de salud la recuperación es más lenta o se ve dificultada porque son “fríos”, el cuidado es impersonal. Para aminorar estos efectos se ha propuesto que los enfermos puedan estar acompañados por algún familiar, lo que tiene consecuencias directas sobre el ánimo de la persona hospitalizada y se traduce en una recuperación más rápida. Con repercusiones también positivas para el sistema de salud, como es el acortamiento del período de hospitalización, garantía de una mejor atención de los pacientes con costo cero para la institución y, al mismo tiempo, un alivio de la carga de trabajo para el personal del establecimiento.

La solución parece ideal y eficiente en términos económicos, pero implica no visibilizar la utilización de un trabajo no medido en términos monetarios: el cuidado que aporta el familiar, trabajo considerado como propio y natural en las mujeres, sin considerar tampoco otros trabajos u obligaciones que éstas deban dejar de lado para hacerse cargo del acompañamiento y cuidado del familiar hospitalizado.

Lo relevante desde una perspectiva de género es que aquello que se está invisibilizando son las tareas que tradicionalmente asumen las mujeres y eso, tiene que ver con un sistema que administra desigualdades de poder a partir del sexo. Si en esos cuidados hay un trabajo y un tiempo que se consume, ¿no deberían ser valorados y calculados?.²⁷

Podría pensarse entonces que la participación propuesta por la reforma no es sólo formal ni en términos consultivos, sino que también comprende una participación en términos económicos y ahí, es importante que la sociedad civil, a través de la participación ciudadana, sea capaz de establecer sus límites, las compensaciones que merece, y manifestar sus demandas y exigencias al sector público. Cuál es la significación de que el enfoque de género no sea un tema considerado por los actores? ¿Por qué no ha sido propuesto como espacio reflexivo para profundizar la reforma desde la equidad de género, a la que no se responde sólo garantizando la igualdad de oportunidades en el acceso de hombres y mujeres a los servicios de salud?.

²⁶ Gálvez, Gómez y Matamala 2006; P.43.

²⁷ Véanse sobre el tema los trabajos de Reca, I. y otros, Costos no visibles del cuidado de enfermos en el Hogar. Estudio de casos, Elaborado para OPS/OMS, Chile, Santiago, 2004; y de Medel, J.: Díaz, X. y A. Mauro, Cuidadoras de la Vida. Visibilización de los costos de la producción de salud en el hogar. Impacto sobre el trabajo total de las mujeres”, CEM, Santiago, 2006 (sólo versión electrónica).

5. LOS DISCURSOS Y PERCEPCIONES DE LOS ACTORES SOBRE LA PARTICIPACIÓN, SUS OBSTÁCULOS Y ASPECTOS FACILITADORES

5.1 Valoración de la participación ciudadana.

Las personas entrevistadas expresan una alta valoración de la participación de todos los actores sociales. Manifiestan que es una experiencia nueva esta apertura a la participación en el campo de la salud, por excelencia clausurado dentro del campo del saber médico-técnico, lugar de poder, privilegiado y jerárquico, que establece relaciones asimétricas, “verticalistas” con las personas que demandan atención. A la vez, pudo observarse que esos rasgos alimentan muchos de los obstáculos que este proceso de profundo cambio cultural requiere superar.

Además, califican positivamente la gestión actual salud, por ofrecer oportunidades de participación e incorporar miradas más críticas. En los discursos de los directivos, funcionarios y técnicos entrevistados no predomina un tono exitista ni defensivo; junto a las expresiones “esperables” ó “políticamente correctas” explican las debilidades que perciben en su entorno.

Subrayan que hablar de participación en salud significa considerar elementos de la historia social y, en particular, de la participación de las mujeres en décadas anteriores.²⁸ También recuerdan el papel jugado por diversos equipos y grupos organizados en torno a la salud durante la dictadura militar, los que tenían vínculos estrechos con los consultorios.

Es probable que estos antecedentes sean en parte, responsables de las expectativas favorables y de que la conformación de los Consejos de Usuarios sea fluida en el nivel primario de atención. Algo similar ocurre en los Hospitales, si bien junto a los componentes mencionados, es necesario considerar que la integración de los Consejos Consultivos de Usuarios forma parte de los compromisos de gestión y un requisito obligatorio –entre otros– para que un hospital pueda ser declarado establecimiento de autogestión en red.

En síntesis: la apertura a la participación que impulsa la ley es bienvenida, a pesar de las limitaciones que

presenta y que son percibidas por muchos. En general, predomina optimismo por la oportunidad para producir cambios favorables y porque sienten que existe la voluntad política necesaria para acompañar esta “apertura a la voz ciudadana”.

5.2 Los obstáculos a la participación ciudadana.

Diversos elementos del propio sistema de salud o bien del contexto, operan dificultando la participación de los actores y son percibidos como obstáculos.

- Hablan los directivos y funcionarios con mayor responsabilidad.

El problema de la representación es uno de los obstáculos más difíciles de enfrentar y ello no es exclusividad del ámbito de la salud. Surge así un debate sobre los criterios de inclusión de los distintos grupos y organizaciones en los mecanismos de participación, cuestión que según la ley debiera resolverse en un reglamento. El ideal es la incorporación de la diversidad de grupos y organizaciones, importante desafío para las autoridades y consejos, en todos los niveles.

El Consejo Asesor del SEREMI de la Región Metropolitana prevé durante el año 2007 revisar los criterios de integración al mismo. Sin duda, con una población de seis millones de habitantes resulta complejo dar respuesta satisfactoriamente a este problema. Actualmente, integran este Consejo Asesor, además de las autoridades y directores de servicios, representantes de organizaciones de segundo nivel: federaciones y asociaciones: entre varias otras, la Federación Metropolitana de Uniones Comunales, la Federación de Microempresarios, la Asociación de Mutuales de Chile.

Varios actores señalan la presencia de un obstáculo de naturaleza institucional, originado en la diferenciación –o más bien la “separación”– existente entre la Subsecretaría de Redes y la Subsecretaría de Salud Pública.

²⁸ Como ejemplo mencionaron las campañas de erradicación de enfermedades asociadas a la mortalidad infantil y de mejoramiento de las condiciones de salubridad, acciones en las cuales las mujeres fueron claves en la socialización y efectiva cristalización de éstas.

A ello se agrega la distribución de responsabilidades administrativas correspondientes al MINSAL, las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) y los gobiernos locales. Las expresiones de varios entrevistados indican que no siempre hay claridad en esta materia y que es un desafío permanente coordinar lo que administrativamente está disociado. A nivel local ello es crucial pues se requiere que confluyan las orientaciones político-técnicas y los recursos económicos.

Otras dificultades derivan de tensiones o conflictos con autoridades municipales, los cuales no coinciden necesariamente con que éstas sean de oposición, sino más bien con el estilo con que ejercen la autoridad. Este problema requiere la mayor atención pues hoy día la voluntad política de los funcionarios con autoridad juega un rol central para promover el funcionamiento de los mecanismos de participación.

“Lo más nefasto... fue la separación del ministerio en dos subsecretarías, ahora está cambiando algo... porque he comenzado a oír que se habla de “diferenciación” de funciones (...) quedaron como dos subsecretarías lo que habían sido dos bandos opuestos, lo sanitario propiamente tal, la promoción, los estilos de vida y la prevención quedaron en el área de Salud Pública, pero hay que reconocer que en los servicios hace falta también realizar este tipo de labores.” (E. N° 4, Directivo).

“Hoy día tenemos un mundo municipal que es muy dependiente de la voluntad del alcalde, y por lo tanto... si el alcalde quiere instrumentalizar la salud para hacerse propaganda lo puede hacer. Si el alcalde es un gestor comunitario, que le interesa el bienestar de su gente, lo que puede lograr es muy significativo.” (E. N°11, Directivo).

También se percibe como obstáculo, entre los miembros de dirección del nivel central y de los servicios de salud, la “uniformación” de la participación que la ley impone, en tanto define espacios en los cuales puede darse una respuesta formal a los compromisos de gestión asumidos. Ello no responde a las situaciones de las distintas áreas y servicios, ciertamente heterogéneas. Además,

al ser puramente consultivos, los consejos limitan la creatividad de grupos y organizaciones cuyo propósito es ir más allá. Por ello, los avances en participación dependen mucho de la voluntad política de cada autoridad, según la perciban como parte de la gestión o busquen incentivar una mayor participación en el control y la toma de decisiones en el campo de la salud. La pregunta es ¿hasta donde se quiere llegar la participación?.

Se mencionó que también la actual regulación ha tenido como resultado que algunos sectores más críticos e ideologizados, con experiencia previa en participación social, se resten y queden al margen. Por tanto, sus demandas no se expresan ni pueden ser incorporadas en la gestión de salud.

Existe también cierta preocupación por el modo de implementar el discurso de la participación, por la metodología seguida, criticando el modo formal que puede adoptar sin llegar a ser efectiva: *“...pretende hacerse legalmente, normativamente y dudo que un proceso democratizador se pueda crear a partir de la normatividad... se estimula y promueve la participación casi nominalmente, sin hacerse cargo de lo que puede implicar...”* (E. N° 22, Directivo).

Existen también algunas opiniones críticas sobre la modalidad de organización y las dinámicas que se desarrollan en las actividades de los consejos. Por ejemplo, se enfatizó que en no pocas actividades predomina la asimetría y verticalidad, ó que en las cuentas públicas se muestra gran cantidad de información en un lenguaje técnico, con muchos cuadros estadísticos, muchos logros y son mucho menos *“... una exposición real en la que el directivo se abra y exponga cuáles son los problemas.... (de este modo) la gente de blanco informa y la gente de las organizaciones sociales recibe información”*. (E. N° 11, Directivo).

La débil difusión de la información, especialmente del derecho de todas las personas a participar y no sólo de los dirigentes, es otro obstáculo real. No se trata sólo de cuántos ciudadanos representan los dirigentes que asisten a un consejo, sino también cuál es la medida en que todos los ciudadanos y ciudadanas del área respectiva son informados sobre las materias que se tratan en los consejos.

Otorgar recursos económicos a las organizaciones como incentivo para participar y desarrollar actividades en determinados temas y no en otros, ha generado un efecto perverso: por un lado, conduce a que la gente solo

se movilice y organice en la medida que hay recursos financieros y, por otro lado, limita el campo de acción de la participación a determinados temas, ignorando otros: *“...desde la propia institucionalidad fuimos un poquito uniformando la participación ... intentamos canalizar recursos desde el sector salud hacia las organizaciones (y éstos) fueron orientando en qué queríamos que participara la gente (...) esa uniformidad de criterio le hizo un poco daño a las ganas de la gente a participar,(...) participe y va a tener un billetín, si usted va a trabajar en actividad física o si va a trabajar en alimentación saludable...”* (E. Nº 16, Directivo).

- Los funcionarios encargados de la participación señalan.

Por un lado que la “prepotencia” del discurso médico-técnico deja fuera las opiniones de los usuarios o dirigentes, pues ellos no tienen por qué manejar este discurso y esta exclusión se produce al mismo tiempo que se les solicita colaboración en este campo.

Por otro, la percepción de los usuarios como “gente” que no maneja el saber técnico del campo de la salud, es un elemento reiteradamente señalado como un obstáculo o dificultad, a la que estaría vinculado el desinterés de los técnicos en explicar o compartir este saber con los usuarios. *“...una de las dificultades mayores tiene que ver con la tremenda diferencia entre el equipo de salud y los usuarios. Esto se debe en gran parte al lenguaje técnico, ...por este mismo lenguaje, hay una tradición en el sector salud en que no se explica mayormente nada a la gente... los usuarios son pacientes y los que conocen son los médicos”* (E. Nº 8, Funcionario encargado de participación).

Esa visión paternalista y estigmatizadora de los usuarios se vincula con el nivel socioeconómicos de éstos y levanta barreras entre la “gente” y el personal de salud. Como ejemplo paradigmático, recordó una entrevistada: *“hace muchos años una directora me dijo “si son como niños”, esa concepción de los usuarios son niños, yo creo que eso es lo más complejo para mí... cómo cambiamos esa concepción al funcionario, ¿quien es la gente? Son como los otros, como si nosotros no fuéramos gente.”* (E. Nº 15, Funcionario encargado de participación).

La resistencia al control social de los funcionarios, por parte de los usuarios, en el desempeño de sus funciones es otro aspecto crítico. En un inicio, puede verse la participación ciudadana como una amenaza al pequeño poder de los funcionarios. Para muchos de ellos, la participación debería limitarse a la entrega de información

y se resisten a abrir espacios que posibiliten la crítica de su quehacer. *“Al principio no era bien visto que la comunidad hiciera una función de control con una no muy buena preparación.”* (E. Nº 1, Director Hospital).

La falta de financiamiento para los desplazamientos a los lugares de reunión de los consejos de salud, de otros organismos y a las de sus propias organizaciones, es una limitante importante, en la que coinciden las encargadas de participación y los dirigentes sociales: *“...a veces pensamos que la directiva de los consejos no tiene nada más que hacer que ir a reuniones de salud, porque ellos son representantes de organizaciones sociales y los bombardean de todos lados, las mesas territoriales, tienen reuniones en el servicio, comuna segura... como si tuvieran tiempo y plata para ir a todos lados.”* (E. Nº 6, Funcionario encargado de participación).

La sobrecarga de funciones impuesta a funcionarias encargadas de participación entorpece el trabajo dirigido a fortalecer la participación. Algunas son además jefas del Servicio de Orientación Médico Estadístico (SOME). En el nivel de la atención primaria, manifestaron también que deben atender casos y cumplir con otras actividades del consultorio. Señalan que no se reconoce que el trabajo con las organizaciones sociales requiere de un tiempo diferente al horario de oficina y tiene una dinámica demandante. Estos aspectos no pueden reposar en la buena voluntad de los profesionales o en su compromiso personal; diversas entrevistadas indican que no existen horas de trabajo específico dirigido a la participación y que cuando realizan actividades fuera de sus horarios, estas horas no son compensadas.

Dificultades de este tipo desestimulan que otros funcionarios se incorporen a los consejos, de modo tal que terminan asistiendo sólo los funcionarios encargados de participación. *“Los funcionarios solo quieren cumplir e irse. Por ejemplo yo trabajaría con la comunidad más tarde pero no hay flexibilidad.... a fines del año pasado, 2005, asistimos a una jornada de evaluación...llegamos aquí tipo 10, 11 de la noche, entonces nosotros dijimos por lo menos que nos compensen un día y no fue así”* (E. Nº 16, Funcionaria encargada de participación, nivel de atención primaria).

- Los y las dirigentes/as sociales piensan que.

El lenguaje técnico del campo de la salud es la primer barrera que perciben. Señalan que éste es utilizado por funcionarios y funcionarias como parte de su defensa ante el control social del cumplimiento de sus funciones que puede significar la participación ciudadana. Se

muestran impotentes frente a su generalizado “abuso” y sienten también que cuentan con menos habilidades para participar y expresarse: *“los dirigentes sociales decían: nosotros no sabemos cómo empezar... cómo expresarnos, cómo alegar nuestros derechos, nos falta mucho elemento técnico; el profesional de la salud nos envuelve porque no entendemos, qué sacan con decirnos cobertura, rendimiento, todas esas cosas que nosotros no somos capaces de entender o a qué programas, a qué deberíamos estar atentos.”* (E. N° 17, dirigente social).

Otro obstáculo de peso que deben sortear es la falta de transparencia y ser desestimados a la hora de incorporar sus planteamientos. Entienden que éstos no sólo deberían ser escuchados sino también ser incorporados en los programas y proyectos. Perciben el aprovechamiento que algunos funcionarios hacen de su gran voluntad para apoyar a los servicios y consultorios cuando éstos requieren de su colaboración; pero también se dan cuenta que finalmente sus propuestas no son consideradas. Dos entrevistadas lo expresan claramente:

“El interés de la gente es visible siempre que se vean resultados” (E. N° 28, Dirigenta Social).

“...a veces la gente se cansa de proponer cosas... y nosotros tuvimos la mesa de diálogo y después nos encontramos en la mesa que no había ni siquiera una coma de lo que nosotros hablamos, no estaba puesta en la resolución de la mesa.” (E. N° 30, Dirigenta Social).

Los consejos en su mayoría son de carácter informativo y consultivo.

Un entrevistado sostiene una visión muy crítica: *“... yo veo ahí es que nosotros somos meros espectadores, no es una participación de hecho y de derecho, es como cuestiones técnicas, pa’ escuchar lo que pasa y discutimos, pero en definitiva nada. Yo no estoy de acuerdo con eso, ese es el gran problema de la participación en este país”, la gente no se hace partícipe, no se integra, porque estamos acostumbrados a la comodidad.”* (E. N° 27, Dirigente social consultorio).

La falta de claridad respecto de lo que deberían ser los consejos, sea por parte de los funcionarios/as o de la dirigencia social, pesa; manifestaron estar “acostumbrados a ser invitados a distintos espacios a participar” pero no

les queda claro cuál es el marco de acción que pueden tener dentro de lo estipulado por la ley.

La precariedad de recursos financieros y de apoyo material no es un tema menor. La mayoría de ellos cuenta con pocos recursos económicos, su rol de dirigente les exige asistir a muchas reuniones, no sólo de salud, y el transporte tiene un costo alto para su ingresos. Este obstáculo tiene mayor peso en el nivel hospitalario pues la estructura administrativa y presupuestaria no permite utilizar fondos para ese rubro. En cambio, en el nivel de la Atención primaria, los consejos de usuarios con personalidad jurídica logran acceder a fondos municipales concursables para sus proyectos.

5.3 Aspectos facilitadores de la participación ciudadana.

- Hablan las autoridades: directivos y funcionarios.

A pesar de los diversos aspectos problemáticos que presenta la participación social en salud, las autoridades y directivos coinciden al identificar que sí existen factores que han facilitado este cambio cultural que propicia la Ley de Autoridad Sanitaria. De manera específica se resalta la voluntad política de la Presidenta Bachelet y de la Ministra de Salud. Ello ha contribuido a la incorporación de los usuarios a la dinámica de los consejos en los distintos niveles.

Coinciden también en señalar que es fundamental la voluntad política de las autoridades comprometidas en todos los niveles. Sobre todo, si se considera que la gestión en salud debe contemplar la coordinación sectorial e intersectorial de distintas entidades que responden a los lineamientos ministeriales y municipales.

En sus entrevistas, las personas directivas y funcionarias encargadas de participación comparten la visión acerca de que es la historia personal lo que define la propensión al trabajo participativo. La preocupación y apertura por la participación *“... tiene que ver con la historia personal creo, con tener confianza en la gente.... empecé en un pueblecito chico, es necesario escuchar y tener respeto por la gente”*. (E N° 4, Directivo).

La transparencia de la gestión es un aspecto destacado, que parte por entregar la información necesaria y escuchar las demandas, para poder así establecer con claridad las posibilidades reales de cambios que puedan existir dentro

del marco institucional. Crear falsas expectativas sólo genera un populismo que no potencia la credibilidad en las instituciones: *“Lo más importante es “ser derecho” con la gente. Cuando algo es complejo o difícil hay que decirlo, la gente necesita saber.”* (E. N° 4, Directivo).

La utilización de un lenguaje “ciudadano” y no técnico, es otro facilitador. El cambio en el lenguaje revela que se ha escuchado a los usuarios, permite un acercamiento mayor al quehacer del establecimiento y la apertura del diálogo.

Reconocen que la participación social se potencia con la historia de trabajo que existe hace décadas en la atención primaria que, de una u otra forma, ha estado “ligada” a la gente. Esto se ha fortalecido también por la continuidad de quienes trabajan en este nivel.

- Funcionarios/as encargados/as de la participación señalan.

La continua y frecuente salida a terreno produce el acercamiento y la apertura de los centros de salud en todos los niveles. Es lo que permite dar a conocer lo que se está haciendo en distintas materias y difundir los derechos de las personas.

Es en las salidas a terreno cuando se conoce cómo se ha transmitido la información desde los consejos a las comunidades y pueden subsanarse las fallas: *“...traspasándole información a la comunidad hace uno que se entienda qué pasa, por qué las cosas se hacen, cómo se hacen y, por otro lado, les da herramientas y elementos para poder acompañar esos procesos.”* (E. N° 15, Funcionaria encargada de Participación).

Tanto en los servicios como en los consultorios –del mismo modo que lo señalaban los directivos– estas funcionarias coinciden en indicar que la trayectoria social y de participación de los dirigentes y de la población es un facilitador de la participación. *“Nosotros tenemos la suerte de trabajar en esta comuna que tiene una historia de participación (...) la gente tiene una participación activa, sabe de su derecho a participar, se capacita, aprovecha los beneficios y por supuesto da su opinión, se dan cuenta de la alta convocatoria.”* (E. N° 20, Funcionario encargado de Participación).

Asimismo, la preparación que tiene la dirigencia de las organizaciones sociales, debido a su historia social y política o a su nivel educacional alto (estudios universita-

rios), como es el caso en la zona oriente, es considerada por los funcionarios como un facilitador pues permite relaciones más simétricas en los consejos. Esta visión se vincula en el imaginario colectivo con la figura del ciudadano ideal para la participación, al que se le escucha porque “vale la pena”.

El compromiso social y dedicación de los dirigentes es muchas veces decisivo en términos de trabajo no remunerado y no de apoyo a las políticas de salud. Se registró que los miembros de algunos comités participan en algunas tareas de control y son colaboradores directos en la detección de problemas graves de salud en la comunidad. *“Uno tiene que dar mucho más tiempo, tiene que estar preocupada de todos los reclamos que hay, de ir a ver a gente discapacitada, gente postrada, porque ese es un trabajo del comité; el funcionario no sale a verlos”.* (E. N° 27, Dirigenta social).

La apertura y el reconocimiento de los trabajadores de las ciencias sociales en el campo de la salud, en los distintos niveles, es otro facilitador. Antes solo contaba la visión del médico. Se percibe una democratización interna en el acceso a los cargos en salud, que durante los últimos dos años ha permitido la legitimación y ascenso de nutricionistas, asistentes sociales y psicólogos.

- Hablan los y las dirigentes sociales.

En algunas zonas, la situación difiere sensiblemente de un área a otra y al interior de las mismas, expresan gran coincidencia en que sus ganas y voluntad de trabajar constituyen un elemento facilitador del trabajo en los distintos consejos en los que participan.

Señalan también, que esta apertura que hoy brindan los centros de salud ha logrado fortalecer sus propias organizaciones. Además, facilita la generación y fortalecimiento de redes sociales al posibilitar que las distintas organizaciones se conozcan, y que socialicen sus buenas prácticas y establezcan formas de colaboración entre ellas.

También la socialización de la información es otro de los elementos positivos. Ello permite que las personas estén al tanto de sus derechos y las estimula a participar en la medida que sienten que existe un espacio donde tienen derechos y son bienvenidas. Valoran de forma especial, la posibilidad de ocupar los espacios de los centros de salud para realizar sus reuniones.

6. PRÁCTICAS QUE FORTALECEN Y POTENCIAN LA PARTICIPACIÓN

Resulta importante destacar en esta sección las buenas prácticas que en materia de participación ciudadana se dan en el sector salud. Algunas son consideradas como positivas por los actores mismos, porque promueven la participación y nuevas dinámicas de relación más fluidas, respetuosas y colaboracionistas. La presencia de “buenas practicas” es una manifestación de ciertos grados de avance logrados en cuanto a participación ciudadana y síntoma de mayor sensibilidad hacia dinámicas más participativas.

6.1 Prácticas de elaboración, difusión y transparencia de la información.

Democratizar la información implica un acercamiento a la redistribución de poder. Así es percibido por los dirigentes sociales que destacan la importancia de la socialización de la información de los establecimientos de salud pues “acerca la salud a la gente”. De esta manera las personas conocen sus derechos y, a la vez, se ven estimuladas a participar. Además, al facilitar la resolución de las necesidades más urgentes, en términos sistémicos, permite una mayor velocidad de respuesta a los insumos que se producen desde la demanda social.

Algunos ejemplos de estas buenas prácticas son:

- [Información a través de medios escritos.](#)

En el Servicio de Salud Metropolitano Central se modificó el sentido y forma de un boletín que circulaba entre los y las funcionarios/as. Decidieron dirigirlo a la población usuaria del servicio, a fin de difundir lo que se está haciendo y plantear ciertas reflexiones. El tiraje es de 3.000 ejemplares y se utiliza como material estratégico para promocionar la participación.

- [Sistematización de la información/catastros.](#)

Destaca el catastro de todas las organizaciones sociales que de alguna manera participan en salud, realizado por Servicio de Salud Metropolitano Oriente, práctica que al parecer permanece en el nivel de listado para las convocatorias a reunión. El catastro mencionado, además de contener los datos de contacto de la organización, incorpora la población objeto de la misma y la forma en la cual interviene en salud, lo cual facilita la convocatoria por temas o por sectores cuando es necesario.

- [Cuentas Públicas Itinerantes.](#)

El aprovechamiento del espacio que se genera en la presentación de las cuentas públicas depende de las dinámicas participativas preexistentes. Si bien su implementación requiere un trabajo previo y no está exenta de tensiones, es importante subrayar que la persona a cargo tiene la responsabilidad no sólo de exponer la cuenta pública, sino de utilizarla como una herramienta efectiva de socialización de la información, yendo más allá del cumplimiento de la formalidad.

En este sentido, la “cuenta pública itinerante”, Introducida por la dirección del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente resulta destacable. Se expone varias veces en diferentes instancias y establecimientos dentro del territorio del servicio, práctica que disminuye el número de asistentes a la reunión, favoreciendo el diálogo al reducir la distancia física y la formalidad habitual en, las cuentas públicas.

- [Registros audiovisuales.](#)

Al parecer, se ha recurrido poco a materiales audiovisuales; no existen registros claros sobre ello. Una entrevistada refirió una iniciativa del Consultorio Amador Neghme, de la comuna Pedro Aguirre Cerda, que tiene como muchos otros, una historia intensa de participación social. Estos lograron, gracias a la presión ejercida, reconstruir el establecimiento que habían levantado los pobladores décadas atrás. Hoy se proponen realizar un video con la historia del consultorio, lo que permitirá socializar la forma en que se produjo el empoderamiento de los pobladores y conocer la riqueza de esta experiencia histórica. Si se concreta este proyecto será un buen ejemplo de buena práctica.

6.2 Espacios de encuentro y dinámicas facilitadoras de la participación.

- [Talleres de reflexión y de capacitación para funcionarios/as y dirigencia social.](#)

Los y las entrevistados/as valoran estos espacios como un avance porque permiten estrechar relaciones y plantear sus miedos y preocupaciones de manera abierta, lo cual contribuye a la disminución del conflicto. En ellos se generan dinámicas de trabajo en equipo y, a la vez, sirven

para unificar criterios y crear conceptos de participación de manera conjunta.

Numerosos son los ejemplos mencionados:²⁹ el taller de capacitación a los integrantes de los consejos del Hospital de Talagante (Servicio de Salud Metropolitano Occidente) sobre elaboración de propuestas; los talleres de perfeccionamiento con los dirigentes sociales, a fin de potenciar en ellos capacidades y técnicas diagnósticas (FODA) y que concluyó elaborando un concepto de participación común (Servicio de Salud Metropolitano Oriente); el encuentro de participación social que efectuó colectivamente un diagnóstico de salud comunitario y planteó acciones para responder a los problemas identificados (Servicio de Salud Metropolitano Central), etc.

- Elaboración de Cartas de Deberes y Derechos de usuarios y funcionarios del sector salud.

El Servicio de Salud Metropolitano Central, logró elaborar una Carta de Deberes y Derechos, en una jornada en Nogales que tuvo por tema “la participación”. Esta experiencia de elaboración conjunta de Cartas de Deberes y Derechos está ampliándose a muchos establecimientos y servicios; en el Centro de Diagnóstico y Tratamiento del Hospital de Talagante existe desde el 2003.

6.3 Mecanismos institucionales.

Algunos mecanismos institucionales, cuya implementación es relativamente reciente, ofrecen oportunidades para habilitar a las personas en prácticas de participación ciudadana e incluso pueden ser redefinidos como espacios para ésta.

- Las OIRS (Oficinas de Información Reclamos y Sugerencias).

Sobre esta instancia recaen valoraciones contrapuestas. Para algunos son instancias burocráticas, dirigidas a enfrentar el disgusto de la población usuaria o a defender los intereses de los funcionarios/as; otras personas entrevistadas las consideran una herramienta para reclamar, felicitar y entregar sugerencias. El que se utilicen lo ven como un instrumento de habilitación para la participación.

En varias entrevistas se propuso integrar a las OIRS a los representantes de los Consejos de Usuarios o a miem-

bro de la comunidad: “...de manera que la comunidad sienta que detrás de ese mesón hay un par... hoy día la OIRS no es una instancia amigable porque en general defiende los intereses de los funcionarios. Me parece que sería una muy buena instancia para incorporar una mirada más inquisidora y al mismo tiempo que el ciudadano se sienta mejor interpretado.” (E. N° 1, Directivo)

- Evaluaciones continuas.

En el SSM Occidente elaboraron un protocolo de atención para la relación cara a cara con los usuarios. Este fue evaluado a fines del año 2005 y dos veces más durante el 2006, incluyendo esta vez a evaluadores incógnitos. Esta práctica da respuesta a una de las mayores dificultades –el maltrato de funcionarios a usuarios y viceversa– y garantiza un seguimiento del problema y el análisis de su progresión en el tiempo.

- Capacitación de mujeres cesantes como monitoras en salud.

Esta experiencia, realizada por el SSM Norte, consistió en capacitar a las mujeres cesantes inscritas en la municipalidad, como agentes comunitarios de salud, con participación de la Escuela de Enfermería y el Movimiento Pro Emancipación de la Mujer Chilena. Se desempeñan hoy en la comunidad, en la detección de los casos que requieren asistencia especial (adultos mayores solos, enfermos postrados) y, al mismo tiempo, proporcionan la mirada de la comunidad hacia la red asistencial, como mediadoras en la recepción de solicitudes y quejas ciudadanas.

6.4 Prácticas de asociación y colaboración intersectorial.

Si bien este estudio no se centró en el análisis de este tipo de prácticas, es necesario indicar que éstas posibilitan logros muy importantes a los propios mecanismos de participación en el ámbito de la salud. Cuando éstos se asocian o establecen alianzas con otras instancias sectoriales - otros ministerios, departamentos y autoridades municipales- proceso en el cual las organizaciones sociales aparecen muchas veces teniendo un rol de peso, los logros son mayores. Y ello no sólo porque la participación de amplía sino porque esta estrategia permite acceder a fondos con los que no cuenta salud. La coordinación y colaboración intersectorial juegan aquí un papel importante potenciando la participación ciudadana.

²⁹ El listado en ningún caso es exhaustivo por las razones expuestas al inicio de este trabajo.

7. ALGUNAS CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

7.1 Primeras Conclusiones.

En el desarrollo del estudio se perfilaron con nitidez las siguientes conclusiones:³⁰

a. Las relaciones clientelistas no son el contexto adecuado para la participación ciudadana efectiva de los actores. Si bien en un inicio, la adhesión y vínculo con las autoridades puede favorecer el proceso, genera relaciones de dependencia y baja posibilidad de disentir con las propuestas oficiales. Esto impide incentivar una participación autónoma y con incidencia en las decisiones en las decisiones en el ámbito de los consejos y en materia de las políticas de salud.

b. La ley de Autoridad Sanitaria instala organismos en que la participación es de carácter consultivo, lo que limita otras modalidades o niveles de participación ciudadana con componentes deliberativos. La ley uniforma la participación y al hacerlo, deja fuera aquellas organizaciones que no están incluidas dentro de lo que ésta regula.

c. La integración de la mayoría de los consejos y otras instancias de participación establecidas por la ley, incluye a la autoridad que se desempeña como director, a funcionarios y médicos de las instituciones de salud, y especialmente a las personas encargadas de las unidades de promoción. También a representantes de los consejos de desarrollo social y dirigentes/as de organizaciones sociales que tienen vínculos con la institución. Muchas veces no están definidos los criterios de representación y selección de las y los representantes de la comunidad o, si se prefiere, de la ciudadanía. Esta composición, unida al carácter predominantemente consultivo, conduce muchas veces a que la participación no sea efectiva y revista un carácter formal.

d. La implementación de presupuestos participativos emerge como una nueva experiencia y desafío. Experimentada en el país en ámbitos restringidos, forma parte de la agenda 2007.

e. Se constata en distintos niveles la existencia de una tensión o, al menos de ritmos distintos, entre por una

parte, las dinámicas propias y lentitud de los procesos participativos, y por otra, las exigencias derivadas de los plazos que la planificación ministerial impone a los servicios y establecimiento en cuanto al cumplimiento de metas y entrega de informes. Surge entonces un interrogante: ¿existe contradicción entre la dinámica del proceso real de participación y las metas planificadas que hay que cumplir.?

f. El enfoque de género no está incorporado. Se desconoce su significado para el diseño de los objetivos y metas de proyectos y programas en salud. Salvo algunas experiencias que se muestran como excepciones, el desconocimiento al respecto es la norma, situación contradictoria con las políticas nacionales y sectoriales.

g. Obstáculos a la participación ciudadana.

A modo de síntesis se enumeran los siguientes obstáculos:

- 1.** La gestión jerárquica y la falta de participación al interior de la institución salud frena la proyección hacia afuera de otra modalidad de gestión incluyente y horizontal.
- 2.** La resistencia de los y las funcionarios/as a los consejos, entre otras razones porque se sienten examinados/as, situación que ocurre en todos los niveles.
- 3.** Falta de capacitación de la gente para la participación y por consiguiente, de habilidades para ello, (dirigentes sociales, usuarios/as, técnicos y directivos).
- 4.** El desconocimiento de los nuevos derechos y deberes en la atención de salud dentro de la reforma, tanto por parte de la población usuaria como de funcionarios/as.
- 5.** El lenguaje en salud marca una distancia entre los usuarios y funcionarios del servicio.
- 6.** La profesionalización de la labor de dirigente –social o político– recarga a unas pocas personas y limita la incorporación de nuevos integrantes.
- 7.** La realización de las reuniones en horarios coincidentes con la jornada laboral.

³⁰ Si bien concluir de modo fundamentado sobre la participación ciudadana en salud en la Región Metropolitana requiere sin duda de una recopilación más exhaustiva de información sobre el objeto de estudio y un análisis a la vez más detallado y sistemático.

8. La precariedad de recursos financieros y presupuestarios no proporciona autonomía suficiente a los consejos para desarrollar sus propias estrategias de fortalecimiento de la participación ciudadana.

9. La insuficiente coordinación de funciones entre las distintas instancias al interior del Ministerio de Salud y con otras instancias gubernamentales de nivel central y local.

h. Aspectos facilitadores de la participación:

1. Algunos elementos simbólicos del contexto político del país, representados en la figura de la Presidenta, y de la Ministra de Salud actual y referidos a voluntad política, disposición y capacidad de escucha.

2. La voluntad y disposición pro-participación de los directivos de servicios, hospitales y establecimientos de la atención primaria.

3. La disposición a trabajar y voluntad de participación de los y las dirigentes sociales.

4. El conocimiento de la historia social en salud en los territorios a todo nivel, tanto por parte de las autoridades que necesitan tomarlo en consideración como de la población misma porque ello opera como un elemento de empoderamiento.

5. Contar con personas, profesionales o no, con preparación y habilidades en el uso de metodologías participativas.

6. La contribución de profesionales de las ciencias sociales, especialmente en cargos relacionados con la participación.

7. Orientaciones y estrategias delineadas desde el Ministerio.

8. La asignación de recursos de movilización para la asistencia de los y las representantes de la ciudadanía a las reuniones.

- Estudiar los límites y los vínculos conceptuales y operativos entre participación ciudadana y participación en Promoción en Salud así como los soportes institucionales en los que radica su orientación y seguimiento, en todos los niveles (central, regional y local). Insistiendo en cada uno de éstos, en los procedimientos que facilitan la coordinación intersectorial.
- Diseñar una estrategia para la incorporación del enfoque de género en el marco de los Consejos de Usuarios y otras instancias de participación ciudadana. Dicha estrategia comporta, en primer lugar, lograr la comprensión de que incorporación dicha perspectiva no es asimilable a “tratar temas de género”, sino a considerar sus implicaciones en la composición, funcionamiento de las instancias, diseño e implementación de agendas, contenidos, planes y actividades a desarrollar.
- Elaborar centralmente orientaciones sobre las repercusiones y significados del uso excesivo de un lenguaje técnico y la necesidad de simplificar las presentaciones en las cuentas públicas, sin menoscabo del rigor con que deben manejarse las cifras, su significado estadístico y sus limitaciones. Es necesario recordar que aquello que no es comprensible termina siendo desvalorizado.
- Considerar los recursos espacio físico, medios comunicativos, tiempo de trabajo de los funcionarios, etc. requeridos para la implementación y fortalecimiento de la participación ciudadana.
- Elaborar e implementar propuestas dirigidas específicamente a sensibilizar a la población joven.
- Implementar el monitoreo del flujo y efectividad en la difusión de la información desde los representantes en los consejos hacia los ciudadanas y ciudadanos del área o agrupación representada, y viceversa. Lo cual tiene sentido en el reconocimiento de los consejos como puentes entre la ciudadanía y las autoridades.
- Incorporar en las OIRS a representantes de los Consejos Consultivos de Usuarios/as o a otros integrantes de la comunidad.
- Estudiar la factibilidad de monitorear los procesos de participación ciudadana, a nivel de los Servicios de Salud y/o del Ministerio y documentar a través de medios escritos y audiovisuales el proceso en desarrollo.

7.2 Algunas Propuestas.

Planteamos las siguientes propuestas, entre otras que podrán surgir de la reflexión sobre los problemas expuestos y los factores facilitadores que se identificaron en la elaboración de este estudio:

- Debatar y establecer con claridad criterios de representación para integrar los consejos y otras instancias de participación ciudadana y socializar dichos criterios.

8. BIBLIOGRAFÍA

Donoso V., Nora. REFORMA DE SALUD ¿OPORTUNIDAD U OBSTÁCULO PARA LA GESTIÓN PARTICIPATIVA?, en Cuadernos Prácticas Sociales Nro 4, Magíster en Políticas Sociales y Gestión Local y Escuela de Trabajo Social, Universidad ARCIS, Primer semestre 2006, <http://www.mag-politica-sociales.cl/>

Donoso V., Nora. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD EN EL MARCO DE LA REFORMA. Depto. Promoción de la Salud, División de Atención Primaria, Ministerio de Salud, Santiago de Chile, 2002.

Gogna Mónica (coord.): LAS REFORMAS EN EL SECTOR SALUD EN ARGENTINA Y CHILE, Centro de Estudio de Estado y Sociedad CEDES, BID, Buenos Aires, Argentina 2004.

Larraín H., Soledad. y otros: "Participación ciudadana y salud", el PROYECTO EQUIDAD, GÉNERO Y REFORMA DE LA SALUD, documento nro. 3, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Representación en Chile, Santiago, 2001.

Gobierno de Chile. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. PROYECTO DE REFORMA Y MODERNIZACIÓN DEL ESTADO 2001. "Participación Ciudadana en la Gestión Pública. Marco Conceptual". Santiago, 2002.

Medel, Julia, Díaz, Ximena. y A. Mauro. CUIDADORAS DE LA VIDA. "VISIBILIZACIÓN DE LOS COSTOS DE LA PRODUCCIÓN DE SALUD NO REMUNERADA EN EL HOGAR. IMPACTO SOBRE LA CARGA GLOBAL DE TRABAJO DE LAS MUJERES, CEM, Santiago, 2006. (sólo versión electrónica), en: www.cem.cl

MIDEPLAN. PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN EL DESARROLLO SOCIAL. LOGROS Y PROYECCIONES. Santiago, 1992.

MIDEPLAN y Centro de Análisis de Políticas Públicas Universidad de Chile, ESTADO Y GENERACIÓN DE ESPACIOS DEMOCRÁTICOS EN EL CAMPO DE LAS POLÍTICAS SOCIALES", Santiago. 2001.

MIDEPLAN -Observatorio Social. EL JUICIO CIUDADANO SOBRE LAS POLÍTICAS SOCIALES, Santiago. 2003

Provoste F., Patricia. PARTICIPACIÓN EN LA SALUD PÚBLICA: UNA APROXIMACIÓN DE GÉNERO. PROYECTO GÉNERO, EQUIDAD Y REFORMA DE LA SALUD EN CHILE. OPS/OMS, Serie Género y Reforma de Salud No.2, Noviembre 2002, Chile.

Sartori, Giovanni. "El coste del neoliberalismo" en: Del Aguila, R, et. Al. PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN EL DESARROLLO SOCIAL. LOGROS Y PROYECCIONES Alianza Editorial; Madrid. 1998.

Varios autores, NUEVAS EXPERIENCIAS DE GESTIÓN PÚBLICA CIUDADANA. Las 20 destacadas del Premio 2004, Sección "Experiencias de gestión en salud", Programa Ciudadanía y gestión pública, Santiago de Chile, 2005.

9. ANEXO:

ENTREVISTAS REALIZADAS

Tabla 1:

Entrevistas realizadas por categoría y sexo, R. Metropolitana, Dic.2006-enero 07.

Categorías	Mujer	Hombre	Nro. entrevistas
Funcionarios –MINSAL	2	1	3
Funcionarios Seremi	3	1	4
Directivos Servicios de Salud y Hospitales	4	1	5
Funcionarios Encargados de Participación	8	3	11
Otros funcionarios	2	0	2
Dirigentes Sociales (de base)	4	1	5
Total	23	7	30

Observación:

Faltaron entrevistas a dirigentes gremiales y a directores de hospitales, en realidad hay un solo director de Hospital y un rechazo o delegación en encargados de participación.

Tabla 2:

Entrevistas realizadas por Organismo central ó Área del Servicio de Salud y Categoría de la persona entrevistada, R. Metropolitana, Dic. 2006-enero 07.

Categorías	Norte	Central	Oriente	Occi- dente	Sur	Sur Oriente	Orga- nis- mo central	Nro. Entre- vistas
Funcionarios –MINSAL							3	3
Funcionarios Seremi							4	4
Directivos Servicios de Salud y Hospitales	1	1	R	1	1	1		5
Funcionarios Encargados de Participación	-	1	1	3	3	3		11
Otros funcionarios	R	1				1		2
Dirigentes Sociales (de base)	1		1		1	2		5
Total	2	3	2	4	5	7	7	30

Acta de Constitución Oficial del Observatorio de Equidad de Género en Salud

Hoy, viernes 5 de noviembre del 2004, las redes, organizaciones sindicales, organizaciones comunitarias de mujeres, organizaciones de minorías sexuales, ONGs, instancias académicas y los gremios de la salud que trabajamos por alcanzar la equidad y el pleno derecho a la salud en nuestro país, nos incorporamos como protagonistas del Observatorio de la Equidad de Género en Salud, instrumento ciudadano para la producción de información y conocimiento y de respaldo a la abogacía con las instancias estatales y civiles, orientada a aportar mejoras a las políticas públicas y a las prácticas de salud desde una perspectiva de género.

Este Observatorio se ha hecho posible con el auspicio y la cooperación técnica de OPS/OMS en Chile a través de su Proyecto Género Equidad y Reforma de la Salud, y con el respaldo y participación activa del Centro de Estudios de Género y Cultura, CEGECAL, de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile, en cuya sede se administran la base de datos y la página web del Observatorio:

En el año 2005 se desarrollará una estación regional del Observatorio en la Región de la Araucanía, con la cual se trabajará en forma coordinada.

En septiembre del año 2006 se abrirá una nueva fase, caracterizada por el término del protagonismo activo de la OPS/OMS Chile en la marcha del Observatorio, y por el manejo autónomo de éste por parte de nuestras organizaciones e instituciones sociales y académicas. Este proceso requerirá de nuestro esfuerzo colectivo para asegurar los aspectos técnicos y políticos del Observatorio, así como también, su sostenibilidad institucional. El logro de nuestros propósitos significará un importante avance en el ejercicio de ciudadanía en salud por parte de la sociedad civil.

Firman por el Foro Civil del Observatorio de la Equidad de Género en Salud.