



FACULTAD DE HUMANIDADES
INSTITUTO DE HISTORIA Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE SOCIOLOGÍA

**Valoraciones sociales de la Promoción de Salud en una Comunidad de
Extrema Pobreza.**

El Caso del Campamento Parcela 11, Forestal Alto, Viña del Mar

Memoria de Grado para optar al Grado de Licenciada en Sociología y
Título Profesional de Socióloga

BELEN FRANCISCA PAREDES CANALES

Profesor guía

Renán Jorge Chuaqui Kettlun

Mayo 2010

RESUMEN

Esta investigación cualitativa –descriptiva busca generar un panorama sobre la implementación de la Promoción de salud en Chile, en el contexto de una comunidad que convive con la pobreza en la ciudad de Viña del Mar. De este modo rescata las visiones de la población, las dirigencias y la institución de salud, con el fin de profundizar en las valoraciones hacia la salud comunitaria y a las estrategias que la componen.

El enfoque teórico se construye desde la relevancia que tiene para la sociología considerar el discurso de la población desde la posición social de los individuos que determinan sus valoraciones, expectativas y significación de la promoción de salud en su vida cotidiana, enfatizando en cuestiones clásicas de la sociología como la comunidad, llevándolo a una mirada actual desde la intervención del capital social y la figura participativa como un elemento del discurso de la democracia.

La información fue obtenida gracias a entrevistas y grupos de discusión, en donde los resultados nos aproximaron a comprender que las valoraciones sociales de la comunidad de Parcela 11 hacia la salud comunitaria están determinadas por el contexto social con el que ellos se identifican. A lo anterior se agrega la importancia de la formación política y la experiencia comunitaria para las prácticas asociadas a la Promoción de salud, lo que a partir de un aprendizaje basado en el uso de un capital social estructural han llevado a la resolución de sus problemáticas sanitarias como elementos disociados de las prácticas preventivas y promocionales.

Respecto a la participación en salud en Parcela 11, podemos decir que los espacios de participación son ocupados por grupos determinados, los cuales enfrentan niveles primarios de intervención que se desenvuelven en el área de las prácticas y debates basados en la contingencia, lo que no permite generar una autogestión basada en el mejoramiento de la salud.

De este modo la investigación resume los principales tópicos de la Promoción de salud, destacando la interrelación que existe entre su implementación y consolidación basadas en las prácticas comunitarias.

Palabras claves: Promoción de salud, salud comunitaria, capital social, democracia, participación.

TABLA DE CONTENIDOS

PARTE I

INTRODUCCIÓN	1
1.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.1. Antecedentes generales	3
1.2. Fundamentación	5
1.3. Pregunta de investigación y objetivos	10
1.4. Relevancias del estudio	11
2. MARCO TEÓRICO	
2.1. Marco de referencia conceptual	12
2.2. Discusión bibliográfica	16
El campo de la salud pública y su relación con la teoría sociológica clásica.....	16
De la medicina clínica a la promoción de salud y salud comunitaria.....	19
La promoción de salud desde una perspectiva histórica y teórica.....	20
Antecedentes sobre la salud comunitaria.....	24
Teoría sociológica clásica: La Comunidad como un oponente de la Sociedad.....	25
Teorías contemporáneas sobre la comunidad: Comunitarismo, Identidad colectiva y Espacio de protección.....	29
Preceptos teóricos sobre el capital social.....	37
La Participación como un elemento del discurso de la democracia.....	45
Participación desde la perspectiva de los actores.....	52
2.3. Perspectiva teórica del estudio	58
3. MARCO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo de estudio	65
3.2. Tipo de diseño	65
3.3. Universo y muestra	66
3.4 Técnica de producción de datos	70
3.4.1. Técnicas y muestras proyectadas.....	70
3.4.2. Técnicas y muestras aplicadas.....	72
A. El estudio de campo en el Consultorio Amigable.....	72
B. El estudio de campo en el Campamento Parcela 11.....	75

3.5. Técnicas de análisis de datos	78
3.6. Calidad del diseño	79
3.7. Consideraciones finales	81

PARTE II. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4. LA SALUD COMUNITARIA COMO CONSTRUCTO SOCIAL	84
4.1. Una aproximación al análisis	84
4.2. La valoración de la salud como un problema	87
A. La estructura identificada como un sistema.....	88
B. La dignidad como un derecho vulnerado.....	90
C. La marginalidad como ejemplo de exclusión.....	91
4.3. La comunidad como elemento constructor de la salud comunitaria	94
4.3.1. La comunidad frente al ethos individualista.....	95
4.3.2. Hacia una caracterización de los recursos comunitarios de Parcela 11.....	96
A. Valores Comunitarios: Trabajo, formación política e Individualización y mitificación de la comunidad.....	97
B. La Comunidad como protección: El establecimiento de leyes, normas y límites.....	99
C. La identidad colectiva.....	102
D. Formas y usos del capital social en Parcela 11.....	103
4.3.3. Parcela 11 y su perspectiva de la salud comunitaria.....	107
A. La cosmovisión de una comunidad saludable desde Parcela 11.....	107
B. Parcela 11: Discursos y prácticas en torno a la comunidad saludable.....	109

5. LA CALIDAD DE VIDA A PARTIR DE LA DESIGUALDAD: LOS EJES SIGNIFICATIVOS DE LA PROMOCIÓN DE SALUD	113
5.1. La apuesta institucional promocional frente a la realidad comunitaria	114
5.1.1. La noción de factor de riesgo.....	115
A. La noción de factor de riesgo desde la perspectiva del Consultorio amigable.....	115
B. La noción de factor de riesgo desde la comunidad de Parcela 11.....	116
5.1.2. La construcción social de los factores de riesgo como una disyuntiva entre la política pública y la Comunidad.....	117
A. La relación entre los factores de riesgo identificados y los factores de riesgo trabajados por el consultorio en Parcela 11.....	117
B. Los factores de riesgo identificados por la comunidad de Parcela 11.....	121
5.1.3. El sentido y los modos de acción que conlleva la promoción de salud el Consultorio Amigable.....	124
A. Los aspectos institucionales de la Promoción de salud.....	124
B. Visiones sobre la promoción de salud.....	126
C. Consideraciones sobre la implementación de la promoción de Salud.....	127
5.2. La visión e implementación como componentes de una tipología Promocional	130
6. LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA PARTICIPACION EN SALUD EN PARCELA 11	137
6.1. La participación desde el equipo de salud del Consultorio amigable	139
6.1.1. Iniciativas de participación desde el Consultorio Amigable constituidas como espacios sociales.....	140
6.1.2. Visión y posición sobre la participación del Consultorio Amigable.....	145
A. Participación como un frente basado en la cooperación igualitaria.....	146
B. Participación como integración de los usuarios en instancias institucionales.....	147
6.2. La participación desde la perspectiva de usuarios y dirigentes de Parcela 11	150
6.2.1. La contingencia comunitaria y la Promoción de salud.....	157
6.2.2. El respaldo institucional en situaciones coyunturales.....	159

6.2.3 La facilitación de espacios de atención.....	160
6.3. La relación medios- fines/transformación- movilidad que envuelve la Participación	163
7. CONCLUSIONES	171
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	181
ANEXOS	182

ÍNDICE DE CUADROS Y ESQUEMAS

ESQUEMAS

Nº1 Una escalera de participación ciudadana.....	48
Nº2 Resumen discusión bibliográfica.....	57
Nº3 Resumen perspectiva teórica.....	64
Nº4 Universo Campamento Parcela 11.....	68
Nº5 Universo Consultorio Amigable Las Palmas – Parcela 11.....	69
Nº6 Representación del sentido deductivo - inductivo del análisis.....	79
Nº7 Flujograma de abordaje metodológico.....	82
Nº8 Visión en implementación de la promoción de salud en la Comunidad de Parcela 11.....	129
Nº9 Representación de la posición de la comunidad de Parcela 11 en la Escala de Arnstein.....	153

ESQUEMAS RESUMEN

La salud como constructo social.....	112
La calidad de vida a partir de la desigualdad.....	136
Los elementos constitutivos de la participación de salud.....	170

CUADROS

Nº1 Formas y usos del capital social.....	43
Nº2 Temas y conceptos de enseñanza de la promoción de salud.....	60
Nº3 Matriz estructural para definición de la muestra: Universo: Parcela 11.....	71
Nº4 Matriz estructural para definición de la muestra: Universo: Consultorio Amigable..	72
Nº5 Características de entrevistas	74
Nº6 Características de los Grupos de discusión.....	78
Nº7 Factores de riesgo identificados y Factores de riesgo trabajados por el consultorio Amigable.....	119
Nº8 Factores de riesgo identificados por la Comunidad de Parcela 11.....	122
Nº9 Copia de tabla de reunión del Consejo local de Salud Las Palmas chilenas – Parcela 11.....	158
Nº10 Principales conclusiones discutidas en torno a la salud; Asamblea Centro Cultural.	167

SIGLAS

INE: Instituto nacional de Estadísticas

MINSAL: Ministerio de salud

OMS: Organización mundial de la salud

PNPS: Plan nacional de promoción de salud

TMR: Teoría de la movilización de recursos

INTRODUCCIÓN

Los avances tecnológicos y los estudios científicos del último siglo han permitido la reducción de enfermedades de carácter epidemiológico por medio de un control sanitario que a escala mundial ha generado un aumento en la esperanza de vida al nacer. Índice que en nuestro país, ha alcanzado según las estadísticas del último Censo realizado el año 2002, a 80, 4 años para las mujeres y 74,4 años para los hombres (INE, 2004).

Si bien el control sanitario es un elemento fundamental para dar probidad a la salud de la población, la salud pública se ha visto en la necesidad de asumir nuevos desafíos frente a los incipientes factores de riesgo¹ y principalmente sobre los determinantes sociales² que son cruciales para generar un bienestar completo para los individuos y sus comunidades.

Es por esto que a partir del año 1978 con la conferencia de Alma –Ata se establece como urgente la necesidad de instaurar modelos de salud focalizados en la intervención a partir de los elementos sociales, económicos, políticos y estructurales que definen un estado de salud completo³. Estableciendo un trabajo basado en la concientización sobre la importancia de articular múltiples sectores sociales en post de una mejor calidad de vida.

A este hito se incorpora en 1986 la Primera Conferencia mundial de Promoción de salud en Ottawa dirigida por la OMS y en 1997 La declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI, en donde la premisa fundamental a discutir fue la importancia de generar estrategias para combatir los determinantes sociales que afectan negativamente a la salud, estrategias que se sintetizaron en cuatro aspectos: La elaboración de una política pública favorable a la salud; el reforzamiento de la acción comunitaria; el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud (Yakarta, 1997).

¹ Entendidos como aquellos determinantes sociales, biológicos y medio ambientales que afectan negativamente a la salud (OMS, 2008).

² Tomando en cuenta que estudios plantean que los determinantes de la salud de carácter medioambientales macrosociales y comunitarios ocupan un porcentaje de un 50% en la conformación de un estado de salud completo, seguido por la asistencia sanitaria (25%), la biología genética (15%) y el medio ambiente físico (10%) (Tarlov, 1992).

³ Definido por la OMS como un estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad (OMS, 1946)

Chile es un país perteneciente a La OMS, por lo tanto en 1998 bajo el diseño del Ministerio de Salud, se pone en marcha el Plan Nacional de Promoción de Salud que se conforma como el eje orientador de las futuras políticas sanitarias impulsadas en nuestro país. El Plan enfatiza en las enfermedades relacionadas con los estilos de vida: tabaquismo, sedentarismo y alimentación saludable (PNPS, 1998) utilizando como estrategia de acción, la conjugación de la atención de tipo primaria⁴, junto con el incentivo a la conformación de las redes locales y de la participación social, buscando así posicionar el concepto de salud comunitaria.

Los antecedentes que existen del Plan Nacional de Promoción de Salud, luego de diez años funcionando en nuestro país, nos indican que este se ha implementado en 308 municipios, figurando como éxito en las estadísticas nacionales (Salinas y Vio, 2002).

Desde esta breve descripción y basándonos en lo esbozado en Alma – Ata, podemos decir que este panorama actual compromete a la disciplina de la sociología de la salud a problematizar sobre los elementos estructurales que condicionan y determinan la calidad de vida, realzando la importancia de reconocer como las estrategias instauradas desde la Institución de salud generan un sentido en la comunidad desde las expectativas propias que esta pueda tener sobre la Promoción de salud.

Bajo este contexto se abren diversas interrogantes relacionadas con las valoraciones y expectativas de los sujetos sobre su papel en este trabajo por la promoción de salud de acuerdo a la posición social en la que se encuentran, enfatizando en los elementos de la sociedad post – industrial que confluyen en la construcción de sentido y de prácticas asociadas a mejorar la calidad de vida a partir de la realidad que nos aportan los conceptos de equidad e igualdad.

⁴ La atención primaria “(...) representa el primer nivel de contacto de los individuos , la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas , y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (OMS, 1978, p.4)

1.1 ANTECEDENTES GENERALES

La sociedad post industrial calificada como una Sociedad del riesgo⁵, en la que prima la flexibilidad laboral, la paulatina desregulación estatal con respecto a la seguridad social, la privatización de los servicios, el crecimiento de las ciudades y por lo tanto la reducción de espacio público (Hopenhayn, 1998) ha traído consigo la consolidación de nuevos estilos de vida y de nuevos factores de riesgo que en su composición afectan negativamente a la salud de los individuos.

Debido a lo anterior, La Salud Pública a nivel mundial se ha visto en la obligación de hacer caso urgente a las nuevas patologías que trae consigo el siglo XXI, así ha sido planteado en Alma – Ata (1978), en Ottawa (1985) y hace una década en Yakarta (1997), en donde bajo la consigna de la Promoción de Salud se ha reconocido la necesidad de actuar multisectorialmente para enfrentar la problemática sanitaria que trae consigo las actuales condiciones de vida. De este modo la Promoción de Salud se ha instaurado como un elemento general, en el que se incluye la instalación de un modelo preventivo hacia los nuevos factores de riesgo, el posicionamiento de los estilos de vida saludables y la responsabilidad colectiva como elemento central para su concreción. Sin embargo, como lo plantea de la siguiente manera Juan Carlos Eslava⁶ en su texto La Salud Pública en la sociedad el riesgo, es necesario estar atentos a las implicancias de este nuevo modelo:

“Nuestras sociedades afrontan una amalgama de situaciones que generan una multiplicidad de riesgos de diferentes órdenes. Drama que nos impone la tarea de enfrentar, en simultaneidad, seculares problemas de hambre, exclusión y miseria y actuales problemas de generalización de hábitos insalubres y de globalizados procesos de deterioro de los ambientes. Es bajo este horizonte de complejidad donde la salud pública, y quienes trabajan en ella, tienen que avizorar e

⁵ Concepto de Ulrich Beck, quien alude a que las nuevas formas de socialización, en la posmodernidad, se efectúan condicionadas por el eventual riesgo tanto de las condiciones de existencia como la capacidad misma de invertir en diversos niveles de riesgo, salvaguardados por el consumo (Beck, 1998)

⁶ Médico, Magíster en Sociología. Profesor Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

imaginar caminos alternos para responder a los grandes objetivos de su saber y de su acción: mejorar las condiciones de vida de las personas y ayudarlas a alcanzar el bienestar social al nivel que hoy ya es posible.”(Eslava, 2007, p.165).

Desde lo que plantea Eslava, la sociedad en su conjunto tiene una importante tarea que enfrentar en dos aspectos principales:

Por un lado, es necesario generar instancias en la que se promueva una transformación en las relaciones de intercambio, y una revalorización por la calidad de vida apelando a la adopción de estilos de vida saludables desde lo individual hasta una relación con el medio, encontrando en las estrategias de Promoción de Salud instaladas por los acuerdos internacionales, una fuente de cambio social.

Desde otra perspectiva, se vuelve necesario romper con las condiciones adversas y disímiles que han sido caracterizadas por los conceptos de equidad e igualdad: La desigualdad en salud es entendida como las diferencias de carácter biológico, geográfico, social o económico que pueden existir entre los individuos de una población. En cambio la equidad es entendida como la ausencia de disparidades sanitarias injustas entre los grupos sociales. Valorando a la vez si esas desigualdades son o no inevitables con los conocimientos y el desarrollo socioeconómico alcanzado, con el objeto de saber si podemos o no podemos intervenir para cambiar la situación (Sojo, 2006).

De este modo estamos frente a dos consignas que deben ser abordadas y estudiadas detenidamente: en un primer momento, la relación que existe entre las estrategias de la Promoción de Salud establecidas por la OMS y las disposiciones comunitarias que tiene la población para enfrentarlas, y en un segundo nivel como estas estrategias apuntan a mitigar la inequidad entre comunidades impidiendo el avance de los determinantes sociales que afectan negativamente a la salud.

1.2 FUNDAMENTACIÓN

Las estrategias de la Promoción de Salud como campo de investigación sociológica.

Para lograr que múltiples sectores se involucren por cambiar la situación de salud de un país deben generarse estrategias e instancias que permitan tales efectos. Estas estrategias como sabemos están determinadas bajo los tratados internacionales y las conocemos como: El reforzamiento de la acción comunitaria, el fomento de la participación social, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud (Yakarta, 1997).

A pesar de existir un consenso sobre lo fundamentales que son estas estrategias para provocar cambios importantes en la salud, nos parece relevante generar un esbozo sobre la instauración de estas estrategias en la práctica, y a su vez como han sido acogidas por la comunidad, tomando en cuenta que consignas como la participación y la acción comunitaria pueden resultar situaciones complejas si se analiza el contexto histórico de Chile.

En nuestro país, a partir del Golpe militar de 1973 se ve quebrado el accionar colectivo y el trabajo comunitario, lo que derivó en la despolitización de la sociedad civil y la atomización de los bloques de opinión y resistencia. Cuestión que se vio exacerbada, en la década de los 90 con la desregulación estatal de las condiciones laborales y la modernización de sus mecanismos institucionales; pues debilitaron, y en algunos casos extinguieron, la acción sindical y la acción comunitaria, lo que ha significado un proceso de individualización de la sociedad y un cambio en la posición sobre el concepto de participación a partir de los nuevos conceptos de ciudadanía y democracia (Briceño, 1999).

Desde esta perspectiva surgen varias problemáticas que consideramos merecen ser parte de este estudio; en primer lugar; reconocer cómo se está construyendo el concepto de salud comunitaria, considerando que es una noción que se crea a partir de una visión sociocultural, incorporando a su vez el conocimiento sobre como los sujetos comprenden

la participación y como esta está diseñada desde las instituciones con el fin de aunar criterios de trabajo y cooperación.

Desde la construcción del concepto de salud comunitaria nos parece relevante bosquejar como la sociología ha considerado a la comunidad; desde la teórica clásica como Tonnies y Durkheim, hasta lo que ha emergido desde la sociología actual con Zigmunt Bauman; que señala que la comunidad ofrece seguridad y protección en un mundo en el que acechan los peligros pero a la vez, el privilegio de estar en comunidad implica ciertos costos (Bauman, 2003); para poder lograr establecer que atributos comunitarios son los que se conjugan al momento de generar una acción colectiva por mejorar la condición de salud y por lo tanto, un camino hacia el completo bienestar.

Por otro lado conocer las expectativas comunitarias e institucionales fundadas en el concepto de participación social, nos genera una discusión importante sobre la comprensión del sujeto político activo con la nueva visión del sujeto como *usuario* de salud, logrando una relevancia al momento de comprender como la nueva democracia concibe el concepto de ciudadanía y participación social (Hopenhayn, 2001).

Los factores de riesgo como un consenso de la política pública y problematizado desde la equidad.

El Plan de Promoción de salud en Chile, desde sus estrategias preventivas, ha elaborado distintos estudios para determinar los factores de riesgo que deben ser trabajados por los servicios de atención comunales; de este modo los recursos económicos y humanos estarán focalizados en la prevención de ciertas enfermedades asociadas a la calidad y estilos de vida.

Para la Comuna de Viña del Mar, que es donde centraremos nuestro estudio; estos factores de riesgo que han sido determinado bajo resultados estadísticos son: Los Accidentes, la malnutrición, los problemas cardiovasculares y Salud mental. (PNPS, 2006), por lo que bajo estos cuatro amplios elementos se definirán los programas de trabajo de los servicios de atención primaria de dicha comuna.

A partir de estos antecedentes, y bajo la premisa de la equidad, nos planteamos como un hecho analítico la capacidad que existe desde la institucionalidad de convalidar estos factores de riesgo ya determinados, con aquellos que la comunidad define como sus situaciones de salud problemáticas. De este modo asegurando un acceso a la atención, a la información y participación en temas contingentes al contexto comunitario de los sujetos, para realmente lograr un cambio significativo, no sólo a nivel de la prevención de enfermedades, si no, un cambio positivo en su calidad de vida. De este modo planteamos de manera principal que cada comunidad mantiene lógicas de vida de acuerdo a sus condiciones desiguales, y que pueden decantar en condiciones inequitativas al no generar acciones acordes con su posición en la estructura social.

Marx y Engels (1985) plantaban que: “Lo que los individuos son depende, por tanto, de las condiciones materiales de su producción” (Rojo, García, 2000, p.93), estableciendo a partir de esta concisa cita, la importancia que tiene definir los contextos sociales en los cuales se desenvuelve una población para determinar, desde un ámbito práctico, las afecciones que atentan contra su salud para luego en un ámbito simbólico, conocer sus valoraciones y expectativas de cambio ante estas.

Los datos estadísticos en Chile muestran que un 20% de la población vive en situación de pobreza en donde un 7% representa a la extrema pobreza y por lo tanto en condiciones desiguales de existencia. Bajo esta lógica y en relación con nuestra problemática es que nos parece pertinente realizar nuestra investigación en una comunidad de Viña del Mar que se encuentre dentro de estos porcentajes, de tal modo, dar respuestas desde el discurso comunitario a la política pública desde los sectores que requieren con mayor urgencia un progreso en las cifras de equidad.

De este modo conocer las valoraciones que existen hacia la prevención, y materializada en los factores de riesgo trabajados por las instituciones de salud, en una comunidad específica, buscando comprender el sentido que le otorgan a las prácticas sanitarias como elementos para cambiar sus condiciones de vida.

De la descripción de estos dos contextos generales de la Promoción de salud: *Las estrategias de la Promoción de salud como campo de investigación sociológica* y *Los factores de riesgo como un consenso de la política pública y problematizado desde la equidad*, es que hemos querido sintetizar nuestra investigación en conocer las *valoraciones sociales* que le otorgan a la promoción de salud (a la salud, a los factores de riesgo, y a la participación comunitaria), una comunidad en situación de pobreza. De este modo logrando investigar como figuras como el capital social, el trabajo político son unidades que permiten un mayor despliegue de la promoción de salud en una comunidad que vive en un contexto desigual y que opera como un objetivo vital de la política sanitaria de Chile. Desde esta perspectiva hemos situado la investigación de *Valoraciones sociales y promoción de salud* en El Campamento Parcela 11 ubicado en el sector de Forestal Alto de la comuna de Viña del Mar.

Parcela 11 nace como campamento en el año 1997 y se constituye en la actualidad como una de las tomas de terrenos más grande de Chile⁷. Bajo su condición de ilegalidad sólo cuentan con el servicio de la luz y la electricidad, careciendo a su vez de agua potable y alcantarillados.

Sin embargo a partir de sus carencias materiales han construido una organización política potente basada en el trabajo por la regulación de sus terrenos, y que a pesar de no poder levantar organizaciones de base formales como juntas de vecinos tienen articulado su liderazgo bajo comités sectoriales que defienden los problemas internos como pobladores, lo que les ha permitido mantenerse en el terreno por más diez años logrando una postura contra la erradicación.

Desde la instalación del Consultorio Amigable Las palmas – Parcela 11 en el sector, en el año 2002, éste se ha inmerso en la lógica de trabajo de la comunidad bajo La Política de Promoción y acción comunitaria, logrando generar un trabajo en conjunto en distintos ámbitos reconocido y validado por La Comunidad.

⁷ Según datos de la Fundación para la superación de la pobreza y su programa de voluntariado “Un techo para Chile”.

A partir de esta breve descripción hemos considerado que Parcela 11 es un caso tipo⁸ para investigar los elementos que se conjugan en las acciones para enfrentar las problemáticas de salud que vivencia diariamente y cómo trabajan en pos pues desde su experiencia en procesos participativos y articuladores nos permitirá conocer cuáles son las problemáticas sanitarias que la comunidad identifica, buscando generar una comparación con la perspectiva institucional instaurada por el Consultorio presente en el espacio, logrando forjar un aporte desde la sociología a la atención primaria.

⁸ Según el concepto descrito por Miguel Valles el cual será profundizado en el marco metodológico de esta investigación.

1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las valoraciones sociales determinantes para la conformación del concepto de salud comunitaria y de participación social en salud en una comunidad de extrema pobreza y cómo estas nociones se articulan con las propuestas de promoción y prevención que plantea el Plan Nacional de Promoción de Salud?

Objetivo general

Conocer las valoraciones otorgadas a los conceptos de salud comunitaria y participación en la promoción de salud, en el Campamento Parcela 11 y su relación con los conceptos y propuestas de prevención y promoción que plantea el Plan nacional de promoción de salud comunitaria.

Objetivos específicos

- Conocer las valoraciones atribuidas al concepto de salud comunitaria en el Campamento Parcela 11.
- Conocer y comparar los factores de riesgo sanitarios que identifica la comunidad de Parcela 11 con los factores de riesgo propuestos en el Plan nacional de Promoción de Salud comunitaria.
- Describir las valoraciones atribuidas a la promoción de salud en relación con los factores de riesgo identificados por la comunidad de Parcela 11.
- Identificar las expectativas que se forma la comunidad sobre la participación social en la promoción de salud comunitaria.

Relevancia teórica

Se considera que la investigación que pretendo desarrollar tiene una importancia vital en primer orden para la sociología, pues permite mostrar un campo de acción en el cual se puede intervenir desde esta ciencia social bajo un análisis teórico pertinente y exploratorio en pos del planteamiento de los problemas de salud existentes en nuestro país.

Un segundo aspecto se relaciona con la capacidad de discutir sobre los preceptos teóricos de la comunidad, el capital social y la participación, enfatizando en la perspectiva sociológica vinculada a la estructura de oportunidades, más allá del enfoque sistémico tradicional utilizado en la intervención comunitaria relacionada con la salud mental.

Relevancia práctica

Un aporte práctico de esta investigación son sus resultados. Ellos darán orientaciones sobre la necesidad de desarrollar e implementar programas microlocales de trabajo en salud, estableciendo pequeñas pautas sobre los diálogos adecuados que deben existir entre la Política Pública y la realidad local, por lo tanto aportando desde el conocimiento a mejorar la inversión económica y los esfuerzos humanos en pos de una mejor salud.

Desde una perspectiva complementaria, esta investigación busca instalar la discusión sobre la importancia del trabajo interdisciplinario para elaborar propuestas que generen una reacción y una cooperación multisectorial; individualmente desde las profesionales y colectivamente desde las instituciones sociales

2. MARCO TEÓRICO

El marco teórico de esta investigación consta de dos apartados explicativos sobre los elementos y perspectivas teóricas que consideramos pertinentes ser presentadas para la comprensión del análisis de este estudio. En un primer momento esbozaremos aquellas teorías que han marcado un precedente importante en la disciplina de la sociología de la salud, complementándola con el estado del arte sobre los preceptos fundamentales que componen este estudio, generando así un marco de referencia que se conjuga con una discusión bibliográfica que nos permitirá construir, en un segundo momento, una perspectiva teórica propia capaz de interpretar el análisis de los resultados de esta investigación.

2.1 MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL

A lo largo de la existencia de nuestra ciencia social la perspectiva teórica de la sociología de la salud ha estado centrada en los aspectos asociados a la relación entre el sujeto y la enfermedad enfatizando en las características sociales y colectivas que traía consigo esta relación. El precursor fue Emile Durkheim. En su tesis “El suicidio” devela como acto íntimo y personal, cómo el suicidio, es un hecho social connotado por factores externos, marcando así, un precedente para un tema que anteriormente era sólo tratado desde la psicología, iniciando por lo tanto, una nueva vía de estudios posteriores sobre el tema.

Por otro lado Foucault trabaja sobre las figuras de poder que envuelven la enfermedad psiquiátrica y cómo la sociedad actúa como un ente estigmatizador y desvinculante del sujeto enfermo, así describe que en el siglo XVII y XVIII los trastornos mentales o emocionales son considerados como un alejamiento voluntario de la razón que debía ser corregido mediante el internamiento y severas medidas disciplinarias. Durante ambos siglos los enfermos mentales son encerrados y apartados de la vida comunitaria. La

finalidad de su aislamiento no era su tratamiento sino proteger a la sociedad de aquellos que infringían las normas sociales (Foucault, 1976). Al concepto de estigma y rol de enfermo Talcott Parsons hace su aporte desde la teoría funcionalista en oposición a la mirada genealogista que considera los saberes sometidos para la reconstrucción histórica foucaultiana.

Para Parsons (1999) el enfermo se concibe como “un organismo que ha perdido su equilibrio a causas de fuerzas internas o presiones sociales del medio ambiente, siendo a través de reacciones más o menos automáticas como trata de recuperarlo” (Admetlla et. al.,1992, p. 92) Es así como la teoría funcionalista de Talcott Parsons ha hecho que la sociología de la salud se embarque en la importancia de identificar al enfermo como un objeto de análisis a partir del rol que este tienen en la familia, y en la sociedad, como un sujeto expuesto y condicionado por el sistema social.

Tales corrientes han sido fundamentales para realizar investigaciones sobre los factores sociales que se involucran con los problemas de salud mental, y sobre todo con el tratamiento de diversas enfermedades a partir de un contexto social, lo que ha posibilitado generar una relación fundamental entre la medicina y las ciencias sociales. De este modo la sociología ha podido integrarse a la salud y a la medicina con mayor propiedad permitido acrecentar los análisis sociológicos en distintos ámbitos de salud a partir de sus elementos políticos y sociales.

Desde lo anterior es que esta investigación apunta a abrir un espacio nuevo dentro de la sociología de la salud basado en la posibilidad de analizar elementos de estudios tradicionales de la sociología con elementos propios de la medicina y de las políticas de salud pública. De tal modo los lineamientos teóricos conceptuales con los que trabajará este estudio son los que nacen de las estrategias de la Promoción de Salud: La salud comunitaria como mecanismo de congregación y participación social.

Salud Pública y teoría sociológica clásica.

La salud pública, como concepto institucionalizado, es un elemento indispensable para la comprensión de lo que se entiende por sistema de salud a través del dinamismo social en que este está inmerso. De este modo revisarlo desde la teoría sociológica clásica de Marx, Weber y Durkheim nos permite establecer la construcción de la noción de salud, buscando identificar la base teórica e ideológica de la orientación de la Política de Promoción de salud. Revisando así, como desde los orígenes del pensamiento sociológico se ha buscado el reconocimiento de la salud como un modelo holístico y condicionado por el contexto histórico, político y social.

Teoría de la Comunidad y salud comunitaria:

De modo comprensivo necesitamos presentar el concepto de comunidad como el espacio simbólico en donde confluyen hoy los programas de Salud en Chile, identificando que una comunidad se compone de diversos elementos complejos que la hacen una unidad distintiva en la sociedad post industrial. Para llevar a la comunidad a un sentido crítico, es que consideramos revisar el concepto desde su primera definición, realizada por Ferdinand Tönnies, avanzando hacia las nuevas teóricas que plantean la relación entre Comunidad – comunitarismo a partir de un fundamento valórico que reviertan las peculiares formas de vida que se dan en comunidades insertas en espacios urbanos y que promueven la individualidad. De modo complementario discutiremos la importante obra del sociólogo Zigmunt Bauman llamada “Comunidad” con aquello que plantea Guy Bajoit sobre la identidad colectiva. Sin embargo para darle relevancia a estas posiciones provenientes desde las ciencias sociales realizaremos una mirada desde lo que se considera como salud comunitaria, buscando los puntos de confluencia y divergencia entre los dos conceptos que componen esta frase.

Los fundamentos del capital social.

No es menor considerar como el capital social ha sido un concepto re-utilizado desde las nuevas formas de encausar las Políticas Públicas. Sin embargo nos parece relevante generar una revisión que contenga la perspectiva histórica del concepto de capital social, recopilando los distintos enfoques sobre este constructo.

Para tal reflexión consideraremos a autores como Bourdieu, Coleman, Putman y John Durston, revisando también estudios anteriores que ha llevado a cabo Ishiro Kawashi sobre la vinculación capital social y salud.

La participación social desde la democracia

La participación como un eje discursivo de la democracia abre bastantes campos de análisis sobre el rol que se quiere dar al nuevo ciudadano en nuestro país, lo que permite ampliar la discusión sobre lo que entendemos por participación social en salud desde los fundamentos democráticos y desde investigaciones anteriores sobre el tema llevadas a cabo en América latina.

De este modo la revisión bibliográfica estará centrada en la posición de la participación como un mecanismo de inclusión e intercambio que permite una movilidad dentro del campo de la salud, aludiendo también a la transformación en la calidad de vida y de los servicios asociados al bienestar en relación a la acción social.

2.2. DISCUSIÓN BIBLIOGRÁFICA

El campo de la salud pública y su relación con la teórica sociológica clásica

La discusión que queremos generar intenta sobrepasar la construcción histórica y cultural del concepto de salud, para situarnos en el proceso institucionalizador de esta, estableciendo que la salud como concepto y como práctica se inscribe dentro del marco político⁹ que mantenga cada nación y que sostenemos como fundamento teórico que estará en su mayoría consensuado bajo la discusión global de la salud pública.

La salud pública ha sido forjada bajo un concepto universal definido por Winslow (2007) como:

“El arte y la ciencia de prevenir las dolencias y discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, por medio del esfuerzo organizado de la comunidad por el saneamiento del ambiente, el control de las enfermedades, la educación de los individuos, la organización de los servicios médicos para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, y el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad” (Rojo, García, 2000, p.92)”.

La salud pública se ha institucionalizado a partir de los sistemas de salud, entendiéndolos como el mecanismo en donde figura la acción de proveer la salud y que están definido de manera general como "una estructura u organización mediante la cual las sociedades y/o comunidades intentan dar solución a los procesos de salud-enfermedad de manera racional, coherente, eficaz y eficiente” (Flores, 2009, p.9). El sistema de salud está determinado desde la Revolución Francesa¹⁰ por Los Estados, por lo tanto, variaría según las condiciones políticas, económicas y civiles que figuren en cada nación.

⁹ Entendiendo el marco político como la capacidad de discutir sobre los procesos que vive cada nación, comunidad, no necesariamente relacionado con un marco jurídico.

¹⁰ Pues es el hito que posibilitó la intervención del Estado en la organización y control de los servicios médicos (Rojo, García, 2000). Es así como se ha considerado tarea del Estado velar por la seguridad física y mental de los individuos, premisas que ha dado un giro importante a partir de la irrupción de nuevas formas de intercambio basadas en el sistema neoliberal y la globalización.

Como referente para clarificar la relación que existe entre la iniciativa pública en salud y los elementos sociales que construyen una visión de lo saludable, es que nos parece relevante destacar aquellos elementos teóricos de la sociología clásica que se conjugan con la definición de salud pública, rescatando algunas concepciones que se perspektivan de los preceptos teóricos generales de Marx, Weber y Durkheim.

Entendiendo que la salud pública se forja por medio de un sistema de salud complejo debemos señalar, a partir de Weber (1944), como la Burocracia, el aparato burocrático, es pieza fundamental para la formación de este sistema de salud: Max Weber concebía a la burocracia como un tipo ideal de racionalización; un sistema objetivo de administración y de gestión que está dotado de reglas técnicas y procedimientos formales y se orienta a la optimización de las actividades sobre la base de una división del trabajo establecida según criterios objetivos (Albornoz, 2007). Esto se denota en la organización de la comunidad, los servicios médicos y El Estado, pues cada estamento tendrá una función específica que debe apuntar a los mismos valores o los mismos fines, de este modo generar una racionalización acorde al cuadro administrativo y a la división de las obligaciones de acuerdo a su posición, de tal manera nos posibilita generar una relación entre la gestión desde la burocracia (desde la institución) y la orientación de la acción (desde la comunidad).

Weber describe que la acción social puede estar orientada bajo una conducta racional con arreglos a fines, a valores o de tipo afectiva o tradicional, siendo estas dos últimas constitutivas en su mayoría en la comunidad y las primeras como propias de la sociedad moderna (Weber, 1944). De tal modo identificando ese “otro” generalizado, podríamos decir que en nuestro caso de estudio es La promoción de Salud y a partir de la subjetividad de los individuos se genera un acción social racional con arreglos a fines o racional con arreglo a valores.

Durkheim por su parte trabaja el concepto de “solidaridad orgánica” destacando el rol protector de la integración para el desarrollo de la sociedad moderna, además la define como el consenso que se produce a partir de la diferenciación de los individuos en torno a

su labor y disimilitud con sus pares (Durkheim, 1995). De tal modo existe una cooperación en búsqueda de un fin último, lo que es planteado en la definición de Winslow, sobre la necesidad de un trabajo mancomunado, entendiéndolo como la necesidad de aunar los esfuerzos desde las distintas esferas sociales.

Para Marx y Engels (1985) las condiciones de vida y de trabajo son los elementos determinantes en la salud de los trabajadores, dando cuenta de los factores sociales que envuelven a la vida saludable. Por lo mismo consideran a la racionalidad y a la división del trabajo como factores de riesgo indiscutibles, develando que “no debe haber una reacción ante las enfermedades, si no ante las causas primeras de estas: la distribución de la riqueza, el acceso a los bienes y servicios básicos como la educación, el empleo, la vivienda, la ropa, la alimentación, el abrigo, la paz y la seguridad ciudadana (Rojo, García, 2000, p.94). De tal modo figurando la idea de concentrarse en el problema de las clases sociales, la opresión y la explotación salarial: “Lo que son coincide, por consiguiente, con su producción, tanto con lo que producen como con el modo cómo producen. Lo que los individuos son depende, por tanto, de las condiciones materiales de su producción (...) (Marx y Engels, 1976)

Sintetizando los fundamentos de la teoría sociológica clásica con la salud pública podemos decir que se nos abren tres líneas posibles de relación:

- Weber entrega sus aportes desde su definición de la burocracia, pues permite generar una revisión de lo que conocemos como sistema de salud en el orden institucional.
- Durkheim entrega la definición de solidaridad orgánica que representa la postura de la división el trabajo según las capacidades humanadas coherentes con lo ocurrente en la sociedad.
- Y por ultimo Marx nos señala la importancia de reflexionar sobre las condiciones de vida de los individuos dadas por la clase social, pues a partir de esta posición será determinada su salud y los mecanismos para conformarla.

La perspectiva de la salud pública, como definición y en relación a la teoría sociológica clásica, nos permite situarnos en los elementos que surgen históricamente como mecanismos de enfrentar las contingencias sanitarias en busca de implementar modelos que aseguren la reunión de los esfuerzos sociales por mejorar un bienestar social.

Como hemos revisado en la problematización de esta investigación, la salud como concepto institucionalizada bajo un modelo interventor, ha sido visualizada de la mano con los procesos históricos. A partir de este argumento es que revisaremos dos componentes teóricos fundamentales de nuestra investigación que ya han sido señalados y que nacen en el contexto de la salud pública a lo largo del siglo XX: La promoción de salud y la salud comunitaria.

De la medicina clínica a la promoción de salud y salud comunitaria

Para diversos autores la salud pública ha estado cimentada bajo la concepción de la medicina clínica que según Edmundo Granda (2004)¹¹ se sustenta en tres elementos fundamentales:

- El presupuesto filosófico-teórico de la enfermedad y la muerte como punto de partida para la explicación de la salud.
- El método positivista para explicar el riesgo de enfermar en la población, y el estructural-funcionalismo para comprender la realidad social.
- El reconocimiento del poder del Estado como fuerza privilegiada para asegurar la prevención de la enfermedad (Granda, 2004, p.3)

Esta medicina clínica conceptualizada a partir de la curación de las enfermedades que se sostenía bajo la mitigación epidemiológica ha tenido una evolución a partir de la crisis en los modelos biologicistas que en la actualidad dialogan con el modelo biopsicosocial impulsado por la promoción de salud de la segunda mitad del siglo XX y en el que nos interesa enfatizar.

¹¹ Profesor de la Universidad Nacional de Loja y Profesional Nacional de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de Salud-Ecuador.

La promoción de salud desde una perspectiva histórica y teórica

La promoción de salud se ha instalado como un proceso innovador en la salud, desde la declaración de Alma -ata (1978), la carta de Ottawa (1986) y la más reciente declaración en Yakarta (1997), los esfuerzos por generalizar un sistema promocional en las naciones adscritas a los tratados han sido importantes. Se define como el proceso a través del cual se proporciona a la gente los medios para mejorar su salud e incrementar el control sobre ella: “la promoción de la salud va más allá de los sistemas de cuidado médico, de la educación en salud, o de la prevención de enfermedad. Ella constituye una respuesta social organizada, multisectorial y multidisciplinaria para mejorar la salud y el bienestar de la sociedad (...)” (Rojo y García, 2000, p.27).

Las estrategias que se establecen desde los treinta años de su pronunciación han sido las mismas: El reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud. Sin embargo, por medio de la experiencia en la implementación de estas estrategias se ha complementado con información que realza que:

- El abordaje integral de desarrollo de la salud resulta más eficaz: Los métodos basados en el empleo de combinaciones de las cinco estrategias son más eficaz que los centrados en un sólo campo.
- Diversos escenarios ofrecen oportunidades prácticas para la ejecución de estrategias integrales: Entre ellos cabe citar megalópolis, islas, ciudades, municipios y comunidades locales, junto con sus mercados, escuelas, lugares de trabajo y establecimientos asistenciales.
- La participación es indispensable para hacer sostenible el esfuerzo desplegado: Para lograr el efecto deseado, la población debe estar en el centro de la actividad de promoción de la salud y los procesos de adopción de decisiones.

- El aprendizaje sobre la salud fomenta la participación: El acceso a la educación y la información es esencial para lograr una participación efectiva y la movilización de la gente y las comunidades.

FUENTE: Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI, Julio 1997.

Estos cuatro elementos son la síntesis de importantes análisis sobre los procesos que conlleva la implementación de La Promoción de salud, análisis desarrollado principalmente por los estamentos médicos institucionales que han problematizado sobre este tema en las convenciones ya presentadas.

Sin embargo, y de manera complementaria, se han gestado análisis desde las ciencias sociales focalizados en el proceso social e individual que conlleva la promoción de salud en la población, de este modo se amplía nuestro aspecto teórico que puede ser resumido bajo la revisión bibliográfica realizada por Whittemore AA, Buelow J. (1999) sobre los programas de promoción de salud en América latina entre 1990 y 1997 y expuesto por Ishiro Kawashi y Jaime Sapaj (2007) en la investigación “Capital social y promoción de salud en América Latina”

Esta revisión declara que existen cuatro divisiones¹² de los programas de acuerdo a sus expectativas y cambios esperados en la población.

1) Cambios Parciales en los Individuos: De manera general esta tipología está basada en la teoría de la psicológica social de Protección y motivación de Ronald W. Rogers, quien propone el constructo “Motivación a la protección” como factor antecedente al proceso conductual de afrontamiento de la amenaza (Vélez, 2007). “La teoría de la motivación hacia la protección añade variables diferentes que conciernen a las recompensas internas y externas que se pierden al abandonar el comportamiento que produce un riesgo” (Salovey y Rothman, 2003, cap. 3), generando así cambios parciales en los individuos.

¹² Estas divisiones están fundamentadas por los autores bajo la teoría de Wilson sobre Los Movimientos sociales; Ver: Wilson J, introduction to social movements. New york: Basic books, 1973.

2) Cambios Globales en los Individuos: Esta perspectiva también proviene desde la psicología, en este caso de la psicología conductista de la mano de Albert Bandura y su teoría de “Aprendizaje Social”, la cual se enfoca a determinar en qué medida aprenden los individuos no sólo de la experiencia directa, sino también, de observar lo que les ocurre a otros (Garzón, 2009). Bandura enfatiza en el concepto de autoeficacia (Bandura, 1987). La autoeficacia se mide con preguntas sobre los problemas que los individuos esperan encontrar al adoptar precauciones o sobre las dudas de su capacidad de cambiar patrones actuales de su comportamiento (Salovey y Rothman, 2003, cap.3).

3) Cambios Parciales en la Comunidad/Sociedad: Esta tercera postura es propuesta desde el ámbito biomédico por David Werner y Bill Bower. Esta perspectiva está determinada por una mirada social y comunitaria, destacando aquellas acciones emprendidas por La Promoción a nivel colectivo y la implicancia de la convergencia de redes de apoyo que logren conciliar valores médicos con los valores y sentidos comunitarios, vinculados permanentemente a la cultura y a las necesidades específicas de cada población.

Werner a su vez plantea la existencia de tres modos de Promover la salud originadas desde la educación: La convencional, La progresista y la liberadora.

4) Cambios Globales en la Sociedad: Un cambio global en la sociedad se propone, según el autor, bajo lo establecido por Paulo Freire desde su reflexión en el contexto educativo en donde logra levantar ideas generales sobre una transformación social basada en la liberación, de este modo generando el conocimiento desde los individuos y su contexto social.

Esta postura, como la exterioriza Kawashi y Sapaj se presenta como la más radical dentro de las que se utilizan para interpretar la promoción de salud, pues a pesar de ser una propuesta clara, significa una movilización de todas las esferas sociales contra una transformación en cuestiones más estructurales, caso que hasta el momento no se ha logrado presentar o bien no hay estudios sobre tal escenario.

Estas cuatro posturas nos presentan distintas posibilidades de análisis de la Promoción de salud, desde una perspectiva individual: Motivación a la protección y la Teoría del aprendizaje social, que a pesar de pertenecer a la psicología social, enfatizan en las capacidades personales para enfrentar procesos de antelación (Prevención) y de transformación ante el peligro (Promoción). Y desde una perspectiva colectiva: La vinculada a la cultura y a las disposiciones comunitarias de David Werner y Bill Bower y la Teoría de la liberación que señala Paulo Freire que nos permiten generar un análisis a partir de las condiciones sociales para comprender la aprehensión colectiva de la promoción de salud.

De este modo nos encontramos con dos panoramas centrales de la Promoción de salud, aquello que se ha establecido desde las Convenciones internacionales y que han generado las pautas de intervención y de conceptualización de los elementos que componen la Promoción de salud y además de ser sistematizadores de experiencias y desafíos a partir de sus estrategias. Y por otro lado, aquello que se desarrolla de las ciencias sociales y específicamente de la psicología social y la sociología que se vincula a los cambios posibles que podrían generarse en una población hacia la concepción de prevención del riesgo y promoción de la autotrabajo en la calidad de vida. Estos dos escenarios son complementarios, sin embargo es parte de esta investigación reconocer como los elementos empíricos que conlleva el programa, se vincula con alguno de estas cuatro posturas teóricas mencionadas.

Estableciendo los preceptos generales sobre la promoción de salud desde una perspectiva teórica nos parece pertinente ahondar en los elementos que componen la Promoción de salud en Chile desde el enfoque estratégico de la salud comunitaria.

Antecedentes sobre la salud comunitaria

La salud comunitaria la entendemos en Chile como aquella que se lleva a cabo en las instituciones de salud primaria de nuestro país, estableciéndola como una estrategia de implementación de la promoción de la salud que hace uso de la colectividad para mejorar la intervención en temas sanitarios.

De este modo se establece como una acción institucional que se sitúa en una territorialidad específica en la cual se intenta potenciar o instalar algunos elementos de que conocemos de la salud colectiva¹³. Sin embargo fundamentalmente se centra en la capacidad de resguardar un territorio determinado para potenciar las capacidades de participación, cobertura y sobre todo reforzar la promoción y la prevención en salud.

Este territorio denominado como comunidad es la contraparte de la intervención institucional y que por lo tanto sustenta a la salud comunitaria, por lo que nos parece fundamental ahondar en este aspecto.

La comunidad en la Promoción de salud juega un doble rol: Por un lado es donde habitan, coinciden, y construyen cotidianidad los sujetos que tienen un trato directo con la institución de salud primaria, y que conocemos como sectores, barrios, poblaciones o como en el caso de nuestra investigación; Campamentos.

Por otro lado es un elemento complementario del concepto “Salud comunitaria”, que está definido, primeramente, como un modelo en el que participa la población con el propósito de resolver las necesidades de salud propias de su colectividad.

De este modo nos parece relevante analizar teóricamente estos dos aspectos desde una perspectiva sociológica, en primer lugar el nacimiento desarrollo y actual estado del concepto de comunidad, buscando generar una conexión con la significación de las

¹³ La salud colectiva como noción teórica nace a partir de la discusión sobre el dinamismo del concepto de salud, aludiendo a la importancia de incorporar la determinación histórica y social de la salud en la creación de estrategias dentro de la población, aludiendo a una participación conjunta más que a una intervención desde la institucionalidad: “La salud colectiva instrumento clave en la práctica social, como un vasto conjunto de prácticas y saberes que pone en marcha una sociedad para conocer su salud y transformarla y no se reduce , a sus expresiones institucionales (Breilh, 1989). Desde esta definición se sustenta la salud intercultural.

condiciones de vida¹⁴, y las herramientas simbólicas y materiales con las que cuentan para su desarrollo, permitiéndonos lograr una caracterización de la Comunidad de Parcela 11 desde los sujetos. Esta aproximación nos abre paso para conocer y discutir las primeras teorías sociológicas sobre la comunidad representada fundamentalmente por la figura de Ferdinand Tönnies, para luego revisar las teorías actuales que se refieren a esta misma, las cuales han estado fuertemente ligadas al proceso de individualización propio de sociedad post – industrial.

Teoría sociológica clásica: La Comunidad como un oponente de la Sociedad

La comunidad para la sociología clásica y para su precursor en esta noción, Ferdinand Tönnies, ha sido concebida como las formas de relaciones pre sociales de intercambio, en donde primaba la cultura tradicional: Patriarcado, lazos sanguíneos y el compromiso de las voluntades.

Para Tönnies, al hablar de comunidad estamos refiriéndonos constantemente a una estructura social, económica y política que nace de valores que se enraízan en las voluntades propias de un sistema que no necesita de una administración compleja, por lo tanto un Estado. Es así como un sistema de derechos en la comunidad sólo se percibe a partir del *gocce*¹⁵, y la perpetuación de este por medio de la asignación de tareas y la reciprocidad de bienes y voluntades. Esto lo podemos ver a través de los tres elementos fundamentales que define Tönnies en una comunidad: La voluntad como esencia de comunidad, Ascendencia y linaje, tipos de comunidades y la casa como administración doméstica

¹⁴ El concepto condiciones de vida ha sido instalado permanentemente en las nociones centrales de la Promoción de Salud y ha sido definido desde el ámbito médico como: Es el medio ambiente en donde la gente vive, se recrea y trabaja. Estas condiciones de vida son el producto de las circunstancias sociales, económicas y el medio físico, las cuales están grandemente fuera del control del individuo (García, M (s.f), Salud comunitaria y promoción de salud).

¹⁵ Concepto fundamental para Tönnies al momento de definir a la comunidad.

1. Voluntad como esencia de comunidad:

La voluntad debemos comprenderla como aquel estímulo a realizar una acción por el otro o por nosotros mismos, entendiendo que ésta puede tener características de reciprocidad, por lo tanto, generando relaciones entre individuos o bien definitivamente rompiendo con el lazo formado. La esencia de la comunidad a su vez, la podemos encontrar en la vida íntima de colectividad, lo que Tönnies llama “vida real y orgánica”, entiendo que el adjetivo de real va de acuerdo a la mínima intervención de procesos en las relaciones, por lo tanto un proceso cultural que se vive naturalmente (Tönnies, 1947).

Lo que se vincula directamente con esta comunión es la noción de goce, que es el alma de la voluntad, pues en las relaciones de reciprocidad no se resalta la relación de prestación por sí misma o racionalizada, si no el intercambio en virtud del goce, entendiéndose como una gratificación a la voluntad ofrecida que se vincula directamente con cuestiones espirituales hacia la comunidad (Tönnies, 1947).

2. Ascendencia y Linaje:

En la comunidad, describe Tönnies, el destino del individuo naciente está determinado por factores que son inmutables: *el linaje y la ascendencia*. Estos dos elementos nos dirán la posición que ocupara un nuevo ser dentro de su grupo y además de la *voluntad* que debe entregar para la conservación de su esencia.

La idea fundamental que ampara estos elementos va en estricta relación con uno de los aspectos de mayor relevancia para la comunidad en Tönnies, pues la ascendencia y el linaje fijarán los precedentes para que el individuo desarrolle lazos de reciprocidad con su entorno más cercano: La familia, unidad básica tradicional de la *Gemeinschaft*, en la cual se viven tres tipos de relaciones: Madre e hijo, marido y mujer y relación entre hermanos.

3. Tipos de comunidades

Las tres formas que Ferdinand Tönnies nos habla de *Gemeinschaft*, las podremos conocer como: *Comunidad de Sangre*; Es lo que conocemos como parentesco, tiene a la casa como lugar y cuerpo común. Se trata de la vida en común bajo un mismo techo, la posesión y disfrute común de bienes en especial los alimentos. *Comunidad de lugar*; Denominada como Vecindad, característica general de la vida en común, delimitada en un espacio de casas cercanas. *Comunidades de espíritu*; Esta se distingue del parentesco y de la vecindad por la identidad en las condiciones de trabajo y las formas de pensar. Nace preferentemente de la similitud de profesiones o artes.

La importancia de representar en este escrito las tres formas de comunidad apunta directamente a diferenciar las relaciones de reciprocidad, trabajo e intercambio material que se produce en dichos espacios, y que es el tema en profundidad de la obra de Tönnies, pues aterrizan los cuestionamientos sobre la voluntad y el goce y por sobre todo la perpetuidad de la comunidad y a su vez su próximo paso a un sistema societal.

4. La casa como administración doméstica:

Tönnies plantea que el estudio de la casa es el estudio de la comunidad, y de sus estilos de vida (Tönnies, 1947), principalmente consideramos que el sociólogo da tal importancia a la casa porque en esta se desarrolla el trueque de productos, de la forma que el *ipsum* considere adecuada en vista de la utilidad de estos mismos. De esta forma se permite formar la aldea o una comarca, pues el intercambio sale de las paredes del hogar para permutar con las familias vecinas de acuerdo a los requerimientos de los distintos grupos, manteniéndose la figura del *consenso* como normativo en base a la justicia y al reparto igualitario, siendo así una comunidad comunista.

Esta caracterización exhaustiva que realiza Tönnies sobre la comunidad y que nosotros hemos resumido en breves palabras, es sólo un apartado de su obra, que se completa con la caracterización de la sociedad. Sin embargo nos parece fundamental esa pre existencia que releva el papel de la comunidad ante la sociedad, pues se convierte en un sustento teórico que será retomado posteriormente por autores importantes.

Por ejemplo, encontramos cierto paralelismo en la definición que hace Weber de las mismas categorías comunitarias, sin embargo si bien existe similitudes existen también importantes divergencias que pasan principalmente por lo categórico que es el planteamiento de Tönnies en relación a la diferencias entre “comunidad y Sociedad” cuestión que Weber la relativiza a partir del dinamismo del concepto de familias en las comunidades. Tönnies, por su parte, les da a estos términos un contenido demasiado específico, lo que Weber resuelve utilizando el término de “comunitarizar” refiriéndose a una relación social cuando y en tanto que, la disposición de la actividad social se funda sobre un sentimiento subjetivo (tradicional o afectivo) de los participantes que pertenecen a una misma comunidad. Define como asociación, a una relación social cuando la disposición social se funda sobre un compromiso de interés motivado racionalmente. Si bien esta definición se acerca bastante a la dada por Tönnies, en cuanto a concebir la comunidad sobre fundamentos afectivos y a la sociedad sobre el interés, dice también Weber a diferencia de Tönnies, que esta definición teórica es relativizada pues la mayoría de las relaciones sociales tiene en parte el carácter de “comunitarización” y en parte de “asociación”, representando esta la principal diferencia entre los autores en este sentido.

La postura de Tönnies es una postura clásica que se forja como un fundamento de las teóricas que definen a la sociedad a partir de su diferencia con la comunidad, presentándose como un bloque teórico único al momento de generar un piso sobre la conceptualización de la comunidad desde de sus preceptos, de *lo* común.

Teorías contemporáneas sobre la comunidad: Comunitarismo, identidad colectiva y Espacio de protección

El concepto de comunidad en la actualidad tiene un uso en la vida cotidiana de una complejidad mayor producto del desarrollo de la sociedad actual. Hoy tiene definiciones perfiladas desde dos lineamientos, aquellas que se vinculan con la territorialidad, como plantea Mitchel (1968) “una microlocalidad condicionada por cuestiones geográficas y sociales que determina prácticas y valores compartidos, que permite una mayor confianza entre individuos” (Durstun, 2000), y aquellas que se focalizan en el sentido de la agrupación: “todas las formas de relación que se caracterizan por un elevado grado de intimidad personal, profundidad emocional, compromiso moral, cohesión social y continuidad en el tiempo... puede encontrarse en... localidad, religión, nación, raza, profesión o causa común” (Nisbet,1988, p.47). Es necesaria establecer que estas dos perspectivas no son excluyentes, por el contrario en la práctica una comunidad puede confluirse por diversos aspectos que pueden entremezclarse en construcciones territoriales o simbólicas.

De este modo la ampliación del concepto de comunidad ha traído consigo una diversidad de interpretaciones según su lógica, sin embargo para efectos de esta investigación hemos decidido revisar las teorías contemporáneas que hablan de la comunidad como un espacio novedoso y peculiar que se gesta en un contexto post industrial caracterizado por el continuo proceso de individualización y de desvinculación, propios de las nuevas condiciones de vida y de desarrollo, por lo tanto asumiendo sus características territoriales y simbólicas.

La elección de estas teorías ha sido motivada, más que por su diversidad u oponencia, por los puntos de confluencia que tienen con nuestros objetivos de investigación, que desde la primera aproximación circunscrita en el marco de referencia, nos permitirían forjar un piso analítico para nuestros resultados.

El comunitarismo y los valores asociados a la comunidad

El comunitarismo es una posición teórica que surge en respuesta al individualismo acérrimo que golpea en todas las esferas sociales producto de la racionalización de nuestra sociedad actual¹⁶.

El sociólogo José Pérez Adán, uno de los principales exponentes del comunitarismo, es un analista de la obra de Tönnies que busca de revitalizar el concepto de comunidad desde el quehacer sociológico. Se distancia de la posición filosófica del comunitarismo que se acerca a la defensa de las libertades, en contraposición con su postura sociocomunitarista y de la civilidad, que se focaliza en comprender los elementos de la pluralidad y la relación que conforman los ámbitos sociales (Pérez, 1999).

De este modo el Comunitarismo se ha presentado no sólo como una teoría si no también como una ideología que busca acompañar a los modelos de desarrollo. Es así como se basa en que las concepciones clásicas de la comunidad deben ser mantenidas, como por ejemplo, las relaciones de intercambio pre mercantiles, de este modo poseer una sobriedad que mitiga el salvajismo de las relaciones utilitaristas actuales.

Pérez descarta los conceptos de bien común o de interés común como elemento epistemológico fundamental de la comunidad que busca el bienestar colectivo, pues los considera propios de una carga moral obsoleta, el primero, para considerar al segundo, como una consigna individualista. De este modo realza la noción de *salud social*, caracterizándolo como: “La gradación de los estados de felicidad colectiva o excelencia grupal, en el sentido de la delimitación de los ámbitos sociales donde más fácilmente pueden optimizarse los equilibrios y minimizarse los conflictos” (Pérez, 1999, p.14).

El comunitarismo añade la importancia de focalizarse en la dicotomía moderna se suscita a partir de la relación comunitarismo/individualismo mencionando que la sociedad moderna posee un “ethos individualista” (Pérez, 2005). Pérez plantea que para romper con

¹⁶ En Chile el comunitarismo ha sido un tema abordado bien desde la psicología social, es en esta disciplina en donde se ha generado mayor teoría y alcances sobre la importancia a su vez de una intervención dentro de los espacios comunitarios, basándose no sólo en los valores si no en un trabajo empírico.

esta dicotomía es necesario centrarse en la jerarquía de los valores actuales, evocando a una reconversión de la importancia de estos para trabajar sobre cuatro puntos centrales:

- La virtud social de la sobriedad.
- La propuesta de la suficiencia que supone la igualdad.
- La responsabilidad solidaria
- La idea comunitaria de justicia.

De este modo se busca generar una alteridad con la globalización apelando a los valores tradicionales de la comunidad, estableciendo nuevos modos de intercambio que se fundamentan en la posición clásica de lo comunitario.

La Comunidad: Un espacio de protección de la sociedad actual

*La perspectiva de la *Communitas* e *Inmunitas* como protección y como negación de la vida.*

Desde una perspectiva más acercada a la filosofía Ricardo Esposito, historiador y filósofo italiano desarrolla los conceptos “*Inmunitas* y *comunitas*” en base a sus aprehensiones sobre los cambios económicos que se perpetúan en la sociedad actual, pues manifiesta que esta apertura al mercado genera una desvinculación en los lazos sociales que obligan a perder la solidez que contiene a las prácticas comunitarias y por lo tanto se desintegra y se *inmuniza* por medio de la violencia.

Esposito, en *Comunitas* nos presenta la idea de la comunidad como una determinación, una cuestión que atraviesa a los individuos y los reúne en el mismo conjunto, incluso el producto de individuos genera una comunión, la cohesión de este grupo se mantiene debido a la reciprocidad, al entregar lo que uno posee al otro que

carece, pues a través del Don¹⁷ que plantea Marcel Mauss, y que Esposito califica de *munus*, es que la comunidad se mantiene unida, pues siempre hay un deber con el otro, una falta llenada por un par, una carencia satisfecha.

Es a través de la *comunitas* que se genera el *Inmunitas*, término que nace de la idea de la violencia que trae consigo el deseo por el objeto, principalmente esta violencia nace de lo similar, por lo tanto dentro de los miembros de la misma comunidad, entonces como es necesaria esta diferenciación es que a su vez es necesario expulsar la violencia de tal forma que esta no dañe al grupo ni el funcionamiento adecuado del *munus*.

Al esbozar estas ideas y relacionarlas con el capitalismo y la sociedad post industrial es necesario retomar la idea que plantea el cientista social austriaco Karl Polanyi sobre la transformación en la motivación de la subsistencia a la motivación de ganancia (Polanyi, 2003), pues esto sería el determinante para el rompimiento de las barreras de la *comunitas* y caer en la constante *inmunitas*, o en una constante violencia con el medio pues como la comunidad se comprende a partir de la entrega del don y la constante deuda, esta lógica se elimina a partir del intercambio monetario, siempre habrá una recompensa por el don recibido e incluso capital excedente, por lo tanto, no se generará más esta modalidad carencial, a la vez al no existir un *munus*, también es eliminada la distancia inicial (presencia) y por lo disminuye la capacidad de generar tejido social.

Desde la perspectiva económica anterior se desprende la relevancia de las normas y obligaciones que se deben tenerse para con la comunidad, los valores simbólicos tienen que estar bastante arraigados en cada uno de los individuos para asegurar la permanencia y la posible protección que entrega a estos la comunidad dentro de la hostilidad de la sociedad.

Esta es una línea teórica bastante abstracta en relación a su identificación como proceso social, sin embargo nos acerca al contexto subjetivo vinculado al intercambio dentro de la comunidad principalmente permeado por el sistema económico global.

¹⁷ Entendido como la necesaria reciprocidad del acto de dar; recibir y retribuir, completando el intercambio simbólico.

Zigmunt Bauman (2003) sociólogo polaco se encarga de realizar una genealógica reflexión a lo que conocemos como comunidad. En su relato nos trata de introducir a un mundo en que la comunidad se aprecia como un espacio de salvaguarda para no caer en las prácticas desvinculantes propias de la sociedad post industrial, da cuenta como en distintos momentos la comunidad y los *bienes* comunitarios se convierten en los mecanismos de protección ante la barbarie que trae consigo la mercantilización de las relaciones y los espacios públicos como espacios de producción.

Sin embargo, Bauman enfatiza en mostrarnos el doble discurso que presenta la comunidad como espacio de protección, pues tal como propone nuevas o más bien distintas formas de relaciones, supone por tanto, deberes que deben enmarcarse dentro de los valores que designe la comunidad como propios, esto se debe principalmente a lo que plantea Richard Sennett (1999) “a medida que las cambiantes instituciones de la economía disminuyen la experiencia de pertenecer a algún lugar especial [...] aumentan los compromisos de la gente con lugares geográficos como naciones, ciudades y localidades” (Bauman, 2003, p.131). Por lo tanto en pos de esos valores y de ese *amor* especial al lugar de origen o de pertenencia se genera un compromiso mayor y por lo tanto un nivel más alto de respeto por las leyes que promueve dicho espacio.

Es así como vemos una similitud en la definición realizada por Espósito y por Bauman, pues los dos enfatizan en la comunidad como un espacio que conserva lógicas distintas de intercambio, pero que sin embargo están permeados por el contexto de la sociedad post- industrial, pues se entremezclan los valores desvinculantes.

Los modelos culturales y la identidad colectiva

Por su parte el sociólogo belga Guy Bajoit plantea que la identidad colectiva nace a partir de la vinculación con un modelo cultural, lo que nos apronta a una dimensión más

simbólica del ser comunidad, que según nuestra perspectiva sería complementaria a esta condición asociada al territorio.

Este modelo cultural para Bajoit, está dado por un *relato* que explica a sus miembros el sentido de la vida en sociedad y ayuda a proteger a los sujetos de las cuatro grandes incertidumbres o preguntas de la vida colectiva: Miedo a lo sobrenatural, a la naturaleza y a su escasez, a los otros hombres y a sí mismo (Bajoit, 2003); lo que conlleva a que los sujetos se agrupen de distintas formas, ya sea en comunidades de sangre, de fe, según su profesión, su clase, ideología, su tipo de consumo etc. Y de este modo, respondan a este modelo cultural que existe en múltiples dimensiones¹⁸.

Según Bajoit, el ser parte de un modelo cultural es un modo de conllevar la vida colectiva sobrellevando las dificultades que trae consigo agruparse, lo que significa de manera sencilla, cobijarse en el *relato* del modelo cultural, lo que a su vez se convierte un modo de coacción social (Bajoit, 2003).

De este modo nos enfrentamos con una constante aproximación de la noción de comunidad e identidad colectiva que apunta a la protección y resignificando los valores a partir de generar relaciones de intercambio que favorezcan la integración en una sociedad en donde prima el individualismo.

“Los hombres han inventado, así millares de modelos culturales, de relatos concretos con los cuales han orientado su existencia. Dichos modelos tienen una historia: aparecen, se desarrollan, se generaliza más o menos, coexisten con otros y luego pierden poco a poco su poder de legitimación, se debilita, desaparecen, y van a juntarse con los mitos en el humus cultural de la colectividad” (Bajoit, 2003, p. 93)

Sin embargo Bajoit plantea la agrupación de estos relatos bajo cuatro modelos culturales: De tipo securitario, de tipo místico, de tipo técnico y de tipo identitario.

Los modelos culturales de tipo securitario se refieren a la integración de los individuos a los roles sociales amparados por el orden y la jerarquía en busca de

¹⁸ Considerar que los modelos culturales no son totalitarios, pueden existir y coexistir múltiples de estos y la adscripción puede ser total o parcial (Bajoit, 2003).

protegerse de las adversidades del mundo físico natural, poniendo a disposición de la comunidad los saberes y las aptitudes con el fin de la perpetuación de la comunidad (Bajoit, 2003)

Los modelos culturales de tipo místico se relacionan con la adopción de una fe que proteja a los individuos sobre los grandes problemas de la vida colectiva, de este modo los lazos se articulan por los valores asociados a una moral establecida guiada por un ente superior (Bajoit, 2003).

El modelo cultural de tipo técnico se presenta cuando una comunidad plantea como vital el generar recursos para su existencia, de este modo haciendo uso de la influencia de los grupos de la colectividad para obtener beneficios en función del progreso. En este modelo cultural se privilegia el orden democrático y la razón basada en los roles sociales (Bajoit, 2003).

Por último el modelo identitario se resume en resolver la cuestión de la integración por medio de la realización personal, despejando la dicotomía entre individualidad/sociedad, consolidándose la imagen del éxito y del individuo que goza de una independencia que le asegura un status quo.

La perspectiva de Bajoit nos abre un campo analítico importante para definir los modelos culturales presentes en una comunidad, pues permitirá enfrentar conceptos como prácticas y expectativas de acuerdo a los relatos existentes en esta.

Las políticas públicas han trabajado con un concepto de comunidad focalizado mayormente en cualidades de esta a partir de su condición geográfica y principalmente de su concepción post moderna de agrupación considerando los elementos que simbólicos que surgen de esta, como es el capital social, las redes sociales y la capacidad de empoderamiento de una comunidad, pues son las que posibilitan adecuarse a los programas institucionales o a un Modelo cultural específico, como plantearía Bajoit. Sin embargo relevamos la importancia de la comunidad posea lógicas distintas de intercambio y que los relatos se vayan construyendo a partir de valores que pueden ser los que plantea el comunitarismo, de este modo nos parece fundamental analizar algunos de estos actuales

conceptos que según la postura institucional hacen posible una intervención que logre un cambio en la salud de los sujetos.

Dentro de las características comunitarias en la actualidad se habla fuertemente del capital social, como un elemento transformador y potente, sabemos que pertenece al debate teórico de la comunidad, sin embargo por su importancia dentro de esta investigación hemos decidido profundizarle de manera aparte, pero sin ignorar en ningún momento su integración y pertenencia al concepto de comunidad.

Preceptos teóricos sobre el capital social.

Para hablar de Capital social debemos reconocer el tratado epistemológico que existe frente a este concepto, destacando en primer lugar, la discusión basada en la conformación de este como una teoría, diálogo que ha sido puesto en boga en las últimas décadas debido al protagonismo que ha tomado el capital social como apéndice de las Políticas Públicas.

John Durston, importante revisionista chileno de los precedentes del capital social, lo propone como “un paradigma emergente, rico en conceptos, que corresponde a realidades sociales altamente relevantes para el diseño de programas para promover la participación cívica y superar la pobreza” (Durston, 2000, p.10). Enfatizando en que no se puede hablar de una teoría del capital social sino de un complejo coherente de teorías.

De este modo pretendemos hacer una revisión a los enfoques más importantes sobre el capital social que han determinado su uso actual en las políticas de estado.

El capital social según Bourdieu

Bourdieu ofrece un aporte singular y único a la teoría del capital social, que se nutre principalmente de trabajar desde la teoría de las formas del capital, reconociendo al concepto, de primer orden económico, pero que al presentarse de un modo simbólico puede ser traducido a social o cultural.

Plantea que el capital tiene una cualidad inherente: “hay una tendencia a la supervivencia inscrita en el capital, pues este puede producir beneficios, pero también reproducirse a sí mismo, o incluso crecer. El capital es una inscrita en la objetividad de las cosas que determina que no todo sea igualmente posible e imposible” (Bourdieu, 1983, p.132)¹⁹.

¹⁹ En este marco teórico solo nos referiremos a la definición de capital social de Bourdieu pero debemos establecer que el francés determina que existen tres formas del Capital; Económico, aquel que figura como dinero y puede ser institucionalizado en bienes materiales como propiedades, El cultural, reconocido en institucionalizado a través de los títulos académicos, por lo que puede transformarse en capital económico por vía directa y el Social, identificado como un capital de “obligaciones y relaciones sociales” (Bourdieu,

En cuanto al capital social, como un capital de obligaciones y relaciones sociales:

Bourdieu plantea que el capital social “está constituido por la totalidad de los recursos potenciales o actuales asociados a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento y reconocimiento mutuo(...) definido como (...) pertenencia a un grupo (Bourdieu, 1983 p.148) .

Es así como plantea Bourdieu que el capital social no puede ser analizado individualmente, porque siempre compromete a esta red de relaciones capaz de movilizar recursos económicos o culturales en función de la reproducción del grupo. Sin embargo esta movilización no siempre tiene un propósito explícito, pues el capital social no es un fin a conseguir, es un medio, inherente a la organización en red institucionalizada.

Rito de institucionalización.

Para la formación del capital social Bourdieu plantea la necesidad de generar un Rito de institucionalización, que se consolida bajo el reconocimiento de las conexiones con el fin de producir y reproducir estas mismas en busca de una utilidad simbólica o material beneficiosa (Bourdieu, 1983). Lo que significa no sólo el reconocimiento, sino también el responder a obligaciones y a identificar límites de acción que deben resguardarse para la integridad del grupo. Es así como debe generarse una regulación de entrada al grupo, así como el cuidado de elegir los representantes o líderes pues se convertirán en personalidades referentes dentro de la comunidad. El sociólogo destaca como este reconocimiento y esta afirmación de límites genera una reproducción de acciones que mantienen la vigencia del capital social, no desconociendo el papel de control social que juega este tipo de capital.

Un punto no menor en la teoría del capital de Bourdieu es la capacidad de transformación que tienen las formas de estas (Económico, social y cultural), pues

1983), todas estas presuponen la intervención del *habitus*, entendido como “una capacidad cognitiva socialmente construida” (Bourdieu, 1983, p.136).

menciona que todos los capitales son potencialmente mutables, sin embargo existen fines que sólo se puede conseguir por el capital social, así como por el cultural, sin necesidad de ser transformado en un capital económico, menciona esta premisa como fundamental de reconocer para no caer en el juego economicista de ver a estas formas de capital sólo como un medio para alcanzar fines materiales, y no como un elemento con valor en sí mismo.

El Capital social según Coleman

Coleman (1990) es uno de los principales estudiosos de la noción de capital social, lo define como “Los recursos socioestructurales que constituyen un activo de capital para el individuo y facilitan ciertas acciones de individuos que están dentro de esa estructura” (Durstun, 2000, p. 8). De esta definición podemos extraer y significar a los recursos socioestructurales como los bienes productivos, la mano de obra, la intelectualidad, la capacidad de liderazgo y de organización, etc., pueden ser recursos intermedios para el alcance de otros fines mayores.

Es importante denotar de tal definición caracteriza la condición de colectividad que tiene el capital social, lo que significa que trae consigo un trabajo imposible de desarrollar por un individuo aislado, teniendo en cuenta que la estructura es determinada por las condiciones sociales en las que se desenvuelven los sujetos, por lo que sería ingenuo considerar tal atributo como exclusivo de un individuo, esto se ve reafirmado en esta idea de Coleman (1990): “Los individuos no actúan independientemente, los objetivos no son alcanzados independientemente y los intereses no son completamente egoístas” (Forni, Siles Barreiro, 2004, p.2). Considerando, de tal modo, al capital social como un Bien público, que a la vez debe asegurar su permanencia por parte de la comunidad, generándose una institución simbólica que promueve derechos y la vez deberes, bajo las normas de la reciprocidad, sintetizándolo en dos aspectos:

- El establecimiento de obligaciones y expectativas de reciprocidad.

- El surgimiento y el desarrollo de normas y sanciones, lo cual sólo es posible en tanto existan lazos tan fuertes como para garantizar el respeto hacia el mismo.

De tal modo el capital social debe ser lo bastante fuerte como para formarse una institución capaz de mantener una estructura que beneficie en todo momento a la comunidad y no tome conductas que atenten contra esta misma.

El capital social según Robert Putman.

Putman aúna en sí los conceptos de capital que plantea Coleman y Bourdieu, agregando su espíritu crítico a la forma de trabajar epistemológicamente al capital social, Putman ha establecido la necesidad de trabajar seriamente desde una teoría, aportando así a la premisa de enfocarse las cualidades de dicho capital, criticando a la vez, aquellas definiciones del capital social que lo consideran como “un bien para todo uso”, porque inmediatamente bajo esta frase carece totalmente de validez científica. (Putman, 2005). Putman (1993) a la vez define al capital social como “los aspectos de las organizaciones sociales, tales como las redes, las normas y la confianza que facilitan la acción y la cooperación para beneficio mutuo” (Durstun, 2000, p.10). De esta definición debemos destacar dos aspectos centrales, que el mismo autor menciona: El concepto de redes sociales y el de reciprocidad, conceptos que no son en ningún momento nuevos, vemos como Coleman plantea la vital presencia de la reciprocidad para fortalecer al capital, lo mismo que señala Bourdieu, en cuanto al valor que debe darse a las redes sociales.

“Las redes sociales, y las normas de reciprocidad, contenidas en estas, son la clave del capital social, porque significan, fundamentalmente, que las redes tienen valor. La reciprocidad es un término que se refiere se refiere al hecho de hacer algo por alguien sin esperar nada a cambio de inmediato, porque se sabe que en otro momento alguien más ayudara a otra persona, pues coincidirán en otras ocasiones. La reciprocidad es una de las grandes ventajas que ofrecen las redes sociales.” (Putman, 2005, p.6).

Estos conceptos claves, como señala Putman, nos hacen evocar al “Ensayo del don”, que escribe Marcel Mauss, en donde plantea a la reciprocidad, como la madre de toda interacción, la importancia de dar el don, de recibirlo y devolverlo, genera un proceso de intercambio que volviendo a Putman, forma las redes sociales y por lo tanto hacen posible la existencia del capital social.

En cuanto al papel que tienen el capital social en las políticas públicas gubernamentales, Putman hace mención de la necesidad que el Estado resguarde aquellas comunidades que lo poseen, en busca de potenciarlo y trabajar de una manera efectiva para el progreso y el desarrollo pues destaca que muchas políticas de renovación, hace caso omiso de las redes sociales existentes en espacios que llevan larga data de organización, lo que trae consigo el debilitamiento de la sociedad civil y por lo tanto la exclusión.

El Capital social cognitivo y el capital social estructural.

Se ve a simple vista que los preceptos que rondan al capital social tienen fundamentos comunes, como por ejemplo la homogénea caracterización del capital social como un capital que conlleva relaciones de reciprocidad, donde existen normas y límites establecidos. Sin embargo el capital como recurso, es variopinta según los autores aquí tratados, pues para Coleman y Putman cobra un sentido relacionado estrechamente como la facilitación de beneficios, más que como una forma de relación en pos de la reproducción, es por eso que ambos son bastante citados en las Políticas Públicas en uso en la actualidad, pues apuntan a reducir los bienes de transacción (Durstun, 2000). Esta perspectiva Bourdieu la realza al develar la condición de institucionalizador del capital social, dando a conocer como el capital social puede ser un elemento de control social simbólico, al igual como puede significar un cambio en la posición dentro del campo, pero que todo dependerá de las acciones políticas que se fundamenten en la dominación.

De tal manera es como se han desarrollado dos modos de comprensión del capital social a partir de su integración programática del desarrollo:

a) Según su forma; Capital social cognitivo y estructural; que se vincula principalmente con los elementos simbólicos que constituyen en distintas formas las relaciones dadas en un contexto específico, relaciones que toman forma en un segundo modo de comprender el capital social. b) Según la relación de los involucrados: De esta perspectiva nos encontramos con tres modos de correspondencia: el capital social aglutinador (Relaciones familiares, amigos y vecinos), de puente (Conexiones horizontales entre personas con características similares) y vinculante (se refiere a la construcción de capacidad de movilizar recursos, ideas e información más allá de la comunidad a través de interacciones con personas en posición de poder) (Molinas, 2002).

A partir de esta somera descripción de los modos del capital social nos parece relevante profundizar en la definición que realiza Kawashi y Sapaj (2007) quienes definen al capital social *cognitivo* como: “aquel que es subyacente a la estructura visible que se deriva de procesos mentales e ideas, reforzadas por la cultura, la ideología, las normas, valores, actitudes y creencias que contribuyen al comportamiento corporativo” (Kawashi y Sapaj, 2007, p. 141). Por otro lado definen el capital *estructural* como aquel “que incluye los roles, reglas, precedentes, procedimientos, así como la amplia variedad de redes que contribuyen a la cooperación” (Kawashi y Sapaj, 2007, p. 141), destacando que el capital social estructural se aproxima a dos dimensiones relaciones; la de vinculación o vertical; “en que los grupos interactúan con distintos niveles de poder y recursos, por ejemplo, alcaldía y población pobre; este tipo de relación se conoce como tipo ‘linking’ y sería central en el proceso de definición e implementación de las políticas públicas” (Kawashi y Sapaj, 2007, p.141). Y la horizontal o de puente, en donde no se generan estas divisiones de poder, hay una relación igualitaria y de unión entre grupos que comparten ciertas características demográficas, por ejemplo: entre familiares, vecinos, amigos cercanos o colegas, “éstas serían fundamentales en el desarrollo de los procesos básicos de sociabilización; procesos de participación cívica, construcción de coaliciones, y otros” (Kawashi y Sapaj, 2007, p. 141).

De acuerdo a la experiencia de distintos estudios explicitados en “Innovaciones en la política social: el papel del capital social” de José Molinas, se resumen los modos del capital social en el siguiente cuadro:

FORMAS Y USOS DEL CAPITAL SOCIAL

CUADRO 1: CARACTERIZACIÓN DEL CAPITAL SOCIAL:

<p>Estructural/Viculante Consejos nacionales multisectoriales para el desarrollo conformados por representantes del gobierno y de la sociedad civil. Ejemplos: Consejos de lucha contra la pobreza, Consejos por la integridad y la transparencia en la gestión pública, Consejo por la reforma educativa, Consejo por la reforma en salud, entre otros.</p>	<p>Cognitivo/Vinculante Valores y actitudes de tolerancia, honestidad, gobernabilidad, cohesión social (aptitud colaborativa que produce un clima de cambio), patriotismo, respeto a la ley, confianza en las instituciones.</p>
<p>Estructural/De puente Federaciones de productores, Consejos regionales sectoriales (educativos, de salud), redes para el desarrollo regional (gobierno local-sociedad civil).</p>	<p>Cognitivo/De puente Valores y actitudes de tolerancia, honestidad, reciprocidad, coherencia (capacidad de sanción a oportunistas), credibilidad entre actores, cohesión social (aptitud colaborativa que produce un clima de cambio).</p>
<p>Estructural/Aglutinador Organizaciones de productores, grupos de padres, grupos juveniles de acción social, equipos de salud comunitaria.</p>	<p>Cognitivo/Aglutinador Valores y actitudes de generosidad, reciprocidad, tolerancia, confianza, honestidad, coherencia (capacidad de sanción a oportunistas), pertenencia, entre otros.</p>

Cuadro N°1: Formas y usos del capital social

Fuente: <http://www.paraguayglobal.com/investigaciones.php?ID=1013>

Esta última descripción basada en las formas del capital y su capacidad de despliegue en las políticas de estado, nos permiten establecer una aproximación coherente a con el análisis desde las prácticas existentes en una comunidad, logrando distinguir someramente los alcances del capital social para mejorar la calidad de vida. Resaltando que esta posibilidad o imposibilidad, está vinculado con lo que plantea Bourdieu sobre las disposiciones de las esferas de poder.

Desde esta revisión nos encontramos con la postura que llamaremos “clásica” del capital social, en la que se basa Bourdieu como un elemento más de su teoría del capital, por lo que entendemos el subnivel que cumple este en la comprensión de la lucha simbólica por los capitales dentro de los campos. Por otro lado, nos encontramos con la revisión “moderna”²⁰, que está construida en relación a las políticas públicas y en la cual el capital toma diversas formas según el tipo de relaciones con que se hace efectivo y las posibilidades de transformación del contexto social. Estas posturas (la “clásica” y la “moderna”), no las planteamos como incompatibles, sino más bien ubicadas en distintos análisis sociales, desde la macroteoría hasta el pragmatismo.

²⁰ Optamos por utilizar el concepto de “moderna” a favor del concepto “contemporánea”, porque los preceptos sobre el capital social tienen una existencia temporal similar, sin embargo se diferencian en su uso, que se adapta según una concepción práctica de la sociedad.

La Participación como un elemento del discurso de la democracia

La teoría sobre la democracia tiene su fundamento desde los inicios de la concepción política de la sociedad, por lo que su complejidad se entiende a partir de su mutación a lo largo de la historia. Sin embargo la significación del discurso de la democracia desde la segunda mitad del siglo XX en el mundo y en Latinoamérica se ha configurado a la par de los procesos económicos por los que atraviesan las naciones, asegurando que la democracia es sinónimo de estabilidad productiva y mercantil.

A partir de lo anterior es que la conformación del Estado ha estado vinculada a esta perspectiva que sitúa en un contexto determinado al sistema político y el ejercicio de la ciudadanía. Nuria Cunill (1991), importante teórica latinoamericana del concepto de participación, señala que entre los años 60 y 70 por la crisis de la burocratización y la disminución de los consensos entre los actores principales del diálogo democrático (Estado y sociedad civil) hace necesario abrir nuevas instancias en que se genere un espacio, que con el Estado de bienestar se transformará en la posibilidad de la sociedad civil de tener responsabilidades públicas y acciones políticas en vista de la disminución de la acción gubernamental (Cunill, 1991), esto es lo que conocemos como participación.

Roberto Briceño²¹ (1999) complementa lo planteado por Cunill, agregando la importancia de establecer como el termino participación no posee una significación universal, ha sido dibujado bajo las condiciones políticas y sociales que enfrenta cada país; en tiempo de dictadura hablar de participación resulta irrisorio y en tiempos de democracia parece complejo. La abundancia de teoría sobre la participación y las formas de participar vienen dadas precisamente por las condiciones actuales de las políticas de Estado, que en Chile, dan cuenta de esta como un elemento protagónico para obtener y lograr cambios que favorezcan a la inclusión y a un mejor uso de las instancias²².

Al igual como plantea Cunill, Briceño señala que escenario de la democracia sitúa a dos actores claves: El estado y la sociedad civil, los cuales interactúan bajo distintas

²¹ Doctor en sociología, Laboratorio Social de Caracas Venezuela.

²² Presentándose así como la inclusión principalmente de una participación ciudadana sobre una inclusión de la Participación social o comunitaria.

modalidades establecidas y algunas que nacen con la coyuntura, como pueden ser el proceso electoral, en el primer caso o como los Consejos Asesores²³ en el segundo.

Es así como la ciudadanía ha comenzado a tener derechos y deberes cívicos en pos de la integración en la ejecución de los planes, programas y proyectos encausados por el gobierno.

Briceño señala que la participación se encuentra en medio de un proceso condicionado por los programas de ajuste y de la política democrática. Como programas de ajuste señala que la participación se ubica en las transformaciones del Estado, en particular en relación al proceso de disminución del tamaño y de las responsabilidades de este. De algún modo se trata de buscar la eficiencia a través de la incorporación de actores de la propia comunidad en las decisiones políticas inmediatas (Briceño, 1999), además de la participación como privatización, pues convergen en el escenario social la organización privada que antes no tenía posibilidad de acceso por ser un espacio estatal, como es el caso de la salud.

En el contexto de la democracia la participación actúa como “crítica al poder” (Briceño, 1999), pero a la vez como estrategia del sistema político pues aúna las acciones participativas en las políticas públicas y los programas de gobierno, lo que según algunos autores, significa la posibilidad de influir de manera directa en los asuntos públicos, ganando así poder político (Delgado et al., 2005)²⁴.

Esta diferenciación que plantea Briceño, sobre los distintos significados de la participación está dada a la vez por el contexto institucional que posibilita el desarrollo de un tipo de participación significativa. Cuestión que Cunill representa bajo la distinción del concepto de participación ciudadana o social:

La participación ciudadana es la forma de socialización de la política, caracterizada como la relación del Estado con los sujetos sociales, entendida a su vez

²³ En Chile los conocemos como los CAP (Consejo asesores presidenciales).

²⁴ Lo que estamos considerando como participación social.

como la intervención de la sociedad civil en la esfera de lo público, siendo un espacio en el que virtualmente, plantea Cunill, sirve para legitimar ciertos consensos (Paz, 2002).

Desde aquí desprendemos la concepción de participación social: “se refiere a los fenómenos de agrupación de los individuos en organizaciones a nivel de la sociedad civil para la defensa de sus intereses sociales” (Paz, 2002, p.11), conjugándose con la participación comunitaria definida como “todas aquellas acciones que son ejecutadas por los ciudadanos mismos en el ámbito local y que, en general, están vinculadas a su vida más inmediata” (Paz, 2002 p.11).

De este modo podemos identificar tres elementos principales que nos generan una discusión sobre las teorías de la participación y la acción social

- La participación es un elemento innovador propio de la nueva concepción democrática instaurada sobre los procesos de mundialización del desarrollo.
- La participación es un diálogo de dos actores fundamentales: El estado y la sociedad civil, que puede estar considerada de manera individual o colectivamente.
- A pesar de la condición poli semántica que se identifica en el concepto de Participación, podemos establecer dos significados que se relacionan con las orientaciones políticas democráticas con que es considerada: Participación ciudadana como inclusivo de los procesos institucionales, y participación social como redistribución del poder.

A partir de estos autores latinoamericanos que nos señalan un panorama general de la participación en nuestra región desde una perspectiva institucional sustentada en el Estado, nos merece el trabajo revisar material teórico que defina a la participación desde la perspectiva de la ciudadanía, para lo cual hemos rescatado tres posturas que consideramos como las más relevantes para ser revisadas, en primer lugar una teoría representativa de la participación desde la relación estado-sociedad civil para luego aproximarnos netamente a la visión desde los actores.

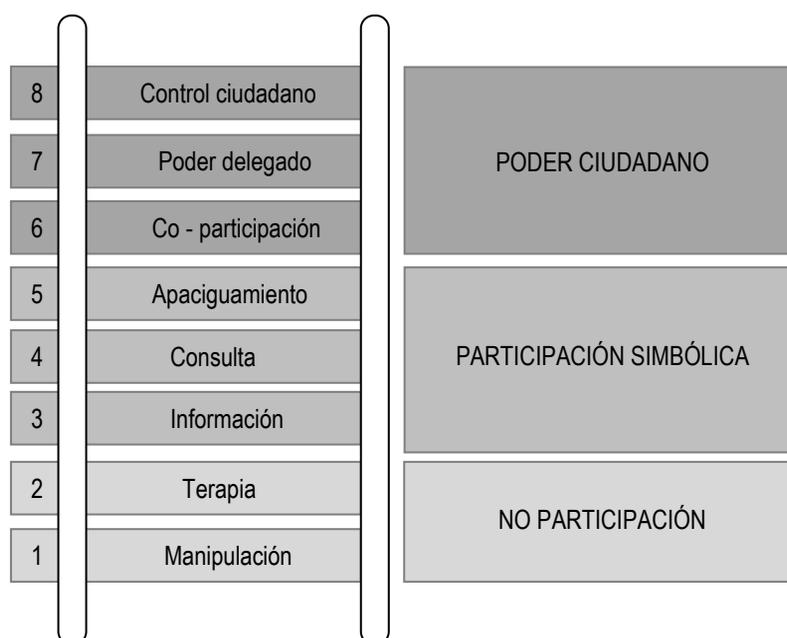
Los niveles de la Participación en la Escala de Sherry Arnstein

Al debate sobre los alcances de la participación de la sociedad civil en los procesos transformadores que impulsa el Estado se han abierto distintas posturas sobre esta relación entre la acción institucional o la capacidad de generar un poder ciudadano autovalente.

Este proceso que ha sido descrito ampliamente por Sherry Arnstein (1969) en la conocida “Escala de la participación”.

Arnstein plantea la importancia de generar una vigilancia sobre los procesos participativos en busca de develar aquellas acciones que se realizan solamente en el plano de la “cosmética”, lo que quiere decir, poder identificar cuando la participación ciudadana realmente se desarrolla bajo un poder ciudadano.

La Escala de participación se como un modelo gráfico que permite representar en una escalera de ocho peldaños que muestran acciones emprendidas por la sociedad civil, que a su vez se dividen en tres áreas principales, como vemos a continuación:



Esquema N°1: Una escalera de participación ciudadana (Arnstein, 1969)

FUENTE: Origen, espacio y niveles de participación ciudadana (Guillen, et.al 2009)

Como observamos en el esquema n°1, la escalera de Arnstein esta dividida en tres grandes áreas: La no participación, la participación simbólica y el poder ciudadano, a su vez estas áreas nos intentan representar lo siguiente:

La Zona de la no participación en la que contiene el peldaño 1 y 2, nos muestra dos categorías: Manipulación y terapia, respectivamente. Como describe Arnstein sirve para generar una educación sobre los procesos institucionales, basándose en la transmisión de información pero sin permitir el acceso al diseño y gestión de los programas.

Los tres peldaños que la preceden son considerados como de participación simbólica: Información, consulta y apaciguamiento, que para el autor significaría la oportunidad de acceder a voz, ampliando el nivel del diálogo meramente informativo si no de la comunicación recíproca entre los actores relevantes, sin embargo estableciendo estas categorías como un modo de control social por parte de la institucional (Guillen, Sáenz, Badii y Castillo, 2009).

Al final de la escalera nos situamos en el Poder ciudadano, que está compuesto por la co – participación, el poder delegado y el control ciudadano, es en este momento cuando la ciudadanía tiene la capacidad de crear y ejercer mecanismos de resolución de sus problemáticas generando una autovalencia sobre su desarrollo.

Los niveles de participación presentados por Arnstein han sido complementados durante los años por distintas perspectivas teóricas, sin embargo siguen siendo una base sólida para identificar los procesos de empoderamiento de las colectividades, resaltando a la vez esta diferenciación que planteaba Cunill sobre la participación ciudadana, la cual estaría en la base de esta escalera, para llegar a la cima con la participación social.

En 1994, Hambleton y Hogget desarrollan una versión más acabada sobre el modelo de Arnstein, considerando las mismas tres grandes divisiones pero enfatizando en los nuevos modelos participativos de la década de los 90, resaltando las grandes instancias que se presentan como participativas, pero sin embargo sólo responden a una información unidireccional que muchas veces desorienta a la ciudadanía (Guillen y Sáenz, 2009).

Para argumentar el modelo de Arnstein, basado en la importancia de los procesos y de los niveles de participación de acuerdo del grado de interés e inclusión de la ciudadanía es que presentaremos dos investigaciones llevadas a cabo en Latinoamérica en el ámbito de la salud que nos permitirán aproximar la teoría.

Un estudio realizado en Colombia (2005) Titulado: “Participación social en salud: Conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada Cualitativa” que nace con la intención de conocer las distintas perspectivas sobre la participación de acuerdo a la posición social que se tenga frente al sistema de salud, generando un análisis comparativo bastante provechoso para comprender la unificación de criterios con los que se juega al momento de definir políticas y programas y que concluye a partir de los claros discursos disímiles entre los estamentos institucionales con los supuestos beneficiarios: ”La participación en salud como constructo social, está determinada por la dinámica social que le imprimen quienes interactúan en ese espacio, que son además quienes elaboran colectivamente y a partir de sus relaciones, los sentidos o significados que le otorgan.” (Delgado et al., 2005, p.703). Este estudio nos posibilita comprender la importancia de conocer las distintas visiones para generar un panorama completo sobre la participación en salud, pues permitirá reconocer los elementos significativos de la estrategia de la promoción de salud, no sólo a nivel de usuario, si no a nivel institucional.

La investigación se basa teóricamente en Juan Díaz Bordenave, quien plantea que existen distintos niveles de participación: Información, consulta facultativa, elaboración y recomendación de propuestas (iniciativa), fiscalización, concertación, co – gestión y toma de decisiones y la autogestión. Para el estudio estos niveles serán distribuidos o alcanzados según el actor consultado sobre la participación, por ejemplo para los dirigentes la participación la subjetivaban desde un nivel alto como podría ser el de la autogestión, pero para los usuarios común, se centrarían sólo en el primer nivel, el de la atención, de este modo sería definido bajo la posición del actor.

De este modo vemos una relación entre el modelo representativo de Arnstein y este reciente estudio que sienta las bases sobre la importancia de focalizar la mirada en la congruencia de las políticas de salud que buscan la inclusión.

Problematizando desde esta relación entre la posibilidad e imposibilidad de generar la participación desde sus actores fundamentales (Estado y ciudadanía), que para

Arnstein era fundamental, pues convierte a la participación en un hecho relevante y no en un discurso cosmético para la disminución de recursos es que nos parece relevante presentar una investigación basada en la revisión bibliográfica y titulada “Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina”, pues en esta investigación se logra una revisión de los inicios de la utilización del concepto de participación en la salud por la mayoría de los países de América Latina, logrando determinar ciertas cuestiones relevantes que se resumen en tres aspectos generales (Vázquez et al., 2000):

- Destacan la importancia que tienen para la prevención que el Estado logre instalar un trabajo colectivo a partir de los determinantes sociales, enfatizando que en nuestro continente son un problema mayor.
- Se deben generar garantías para el trabajo colectivo, lo que quiere decir generar *Puertas de entrada* que permitan una inclusión de la comunidad en las instancias participativas, estableciendo una relación congruente entre participación y espacios de participación, de lo contrario ocurrirá una asincronía que puede finalizar en un conflicto social importante.
- En la sociedad actual a partir de los procesos de individualización la acción comunitaria cada día se vez más compleja, por lo que establecer una relación entre la comunidad y la institución de salud debe tener en cuenta bastantes situaciones como: la historia de la comunidad, la validación de los dirigentes y la capacidad que estos tienen de ser un canal real de información comunicación.

Un factor complementario que se agrega a los puntos observados anteriormente tiene relación con la importancia de considerar que esta participación en salud no surge de una demanda popular, si no de la instalación de propuestas hacia la comunidad, pero que sin embargo si los sujetos tienen una capacidad política articuladora y con sustento ideológico se puede lograr una transformación en el sistema de salud: “La participación

conlleva una redistribución del poder y recursos entre los distintos grupos implicados en las decisiones de salud” (Vázquez et al., 2000, p. 33).

Estas dos investigaciones nos establecen un panorama analítico fundamental pues presentan cuestiones determinantes para comprender el concepto de participación, aclarando que la participación es *un proceso social* democrático que involucra *grupos específicos* en donde se conjugan capitales simbólicos y materiales que influyen en la posibilidad de ver a la participación como un mecanismo de transformación de la calidad de vida.

Participación desde la perspectiva de los actores: Teoría de la elección racional y de la Movilidad de recursos frente a la sociología de la acción desde los nuevos Movimientos sociales

Para Hopenhayn (2001) este derecho de participación que dice presentar la democracia debe ir complementado con una nueva forma de entender a la ciudadanía, a partir de la necesidad de acceso de todos los sujetos al intercambio mediático y a la inclusión en la sociedad del conocimiento. De este modo plantea: “Se trata no sólo de reabrir, dentro de las fronteras de la democracia moderna, el tema de la redistribución de los recursos materiales, sino sobre todo de poner sobre el tapete la distribución de recursos simbólicos, como son la participación, el acceso a la información y la presencia en el intercambio comunicacional”(Hopenhayn, 2001, p.127). El autor enfatiza en la necesidad de incluir en el debate por la democracia y la participación a los grupos despojados de este diálogo, abogando por un nuevo pacto social que asegure una construcción cultural basada en la integración.

De este modo planteamos como fundamental al momento de trabajar el concepto de participación social considerar que su inclusión en la ciudadanía es un elemento actual impulsado por una concepción de la democracia que apela a la inclusión dentro de una institución, lo que significaría un uso adecuado de la ciudadanía.

Sin embargo la participación social en la actualidad como constructo teórico y para efectos analíticos, se ve desvinculada de la acción colectiva como movimientos reivindicativos, cuestión que ha sido estudiada y configurada desde los nuevos movimientos sociales, más que de la acción cotidiana de inserción en las instancias políticas tradicionales²⁵.

La bibliografía sobre la acción colectiva y los contextos que favorecen a la ciudadanía para desarrollarse en espacios participativos es múltiple. Sin embargo ante este escenario nos hemos encontrado con dos lineamientos que se consideran como principales al momento de analizar la participación ciudadana²⁶ que se distinguen según sus intereses, procesos y mecanismos que concisamente se resume en la individualidad y la colectividad basada en los nuevos movimientos sociales: La teoría de la movilidad de los recursos y la Teoría acción colectiva.

Teoría de la movilidad de recursos

La teoría de la movilidad de recursos²⁷ surge paralelamente con la inclusión del concepto de participación como eje de la democracia en la década del 60. La TMR, se considera como una teoría de los movimientos sociales puesta como interpretación de las acciones agregativas de una grupo con fines similares (Paz, 2002). Así lo plantea la importante revisionista mexicana de esta teoría Sonia Puricelli quien en su texto “La Teoría de Movilización de los recursos desnuda en América Latina” plantea que la TMR se basa en una definición específica de los Movimientos sociales descrita como: “Un *movimiento social* es un conjunto de opiniones y creencias en una población que representa preferencias para cambiar algunos elementos de la estructura social y/o la distribución de las recompensas en una sociedad” (Puricelli, 2003,p.3), al considerar esta

²⁵ Como son las organizaciones de base (juntas de vecinos, centros culturales, clubes deportivos, etc.).

²⁶ Basado en la tesis doctoral titulada: Mitos y Confusiones sobre la participación.

²⁷ Desde ahora abreviada en la sigla TMR

definición como la base para su articulación surgen varios preceptos que conforman a la teoría.

En un primer momento debemos considerar a esta teoría como una teoría del conflicto (Paz, 2003), pues es un elemento constitutivo de la acción que impulsa una reubicación dentro del sistema (por lo que no se opone a él), utilizando las oportunidades y reconociendo los límites que este les ofrece.

Desde la perspectiva agregativa, que no sólo consiste en la agrupación de individuos, sino también en la disponibilidad de sus recursos, caracterizados generalmente en dinero y trabajo, para propósitos colectivos y emprender con fuerza el conflicto social. De este modo la organización como recurso se vuelve imprescindible y por lo tanto la estructuración del movimiento.

Un tercer aspecto se centra precisamente en su característica organizativa, pues las posiciones individuales dentro de esta hacen posible el reconocimiento de la capacidad participativa de cada uno de los integrantes, por lo tanto los éxitos y los fracasos serán evaluados a partir de los aciertos y errores de determinadas posiciones agregadas (Puricelli, 2003)

La incorporación de la lógica de la elección racional como explicación de la motivación de la acción: la relación mercantil costo/beneficio y oferta/demanda, permite la comprensión utilitaria de cada una de las participaciones y permite la ampliaciones de las redes que mantengan el conflicto.

Estas cuatro características nos permiten una aproximación a la teoría de la movilización de recursos como un movimiento social, denotado principalmente por una incorporación al sistema desde el conflicto conformando redes de estrategias con aportaciones materiales e inmateriales que permitan el fin organizativo racionalizado.

Desde esta misma conclusión surgen las críticas de esta como una teoría desideologizada y despolitizada, pues no propone la conformación de una historia alternativa (Puricelli, 2003).

Teoría de la acción colectiva

Para describir la teoría de la acción colectiva nos referiremos a la posición de Alberto Melucci sobre los movimientos sociales.

Melucci (1989) se centra en el sentido de las acciones para reconocer los elementos que constituyen a las colectividades como movimientos, pues la considera una unidad de análisis explicativa: “El significado de la acción que es producido por los actores a partir de sus orientaciones culturales y sus relaciones sociales” (Paz, 2003).

De este modo, Melucci plantea que los grupos se conforman no necesariamente por sus disposiciones estructurales, si no que son producto de un sistema de relaciones, intercambios, negociaciones y decisiones orientadas por las disposiciones culturales, se conforma un sistema de acción dado de los intercambios, negociaciones, decisiones y conflictos. Por lo tanto el estudio debe estar centrado en distinguir la interrelación de las causas internas o externas que los constituyen.

El autor plantea que los movimientos sociales se cimientan en la construcción social de la figura colectiva la cual se compone de tres elementos que Melucci las señala como condiciones latentes: El potencial de movilización, las redes de reclutamiento y la motivación por la participación (Cruz, 2001). De este modo se genera una identidad colectiva, basada en la solidaridad, el conflicto y la compatibilidad (Melucci, 2001). Para Melucci la conformación de esta identidad colectiva es determinante para que la organización responda a las características de un movimiento social, pues este es un proceso cognoscitivo en que los individuos que lo conforman valoran y establecen códigos culturales que no necesariamente coinciden con los establecidos por la cultura dominante: “Los movimientos sociales se transforman así en desafíos simbólicos que confieren identidad y permiten construir modos alternos de asumir la vida y la organización social”(Cruz, 2001, p.259).

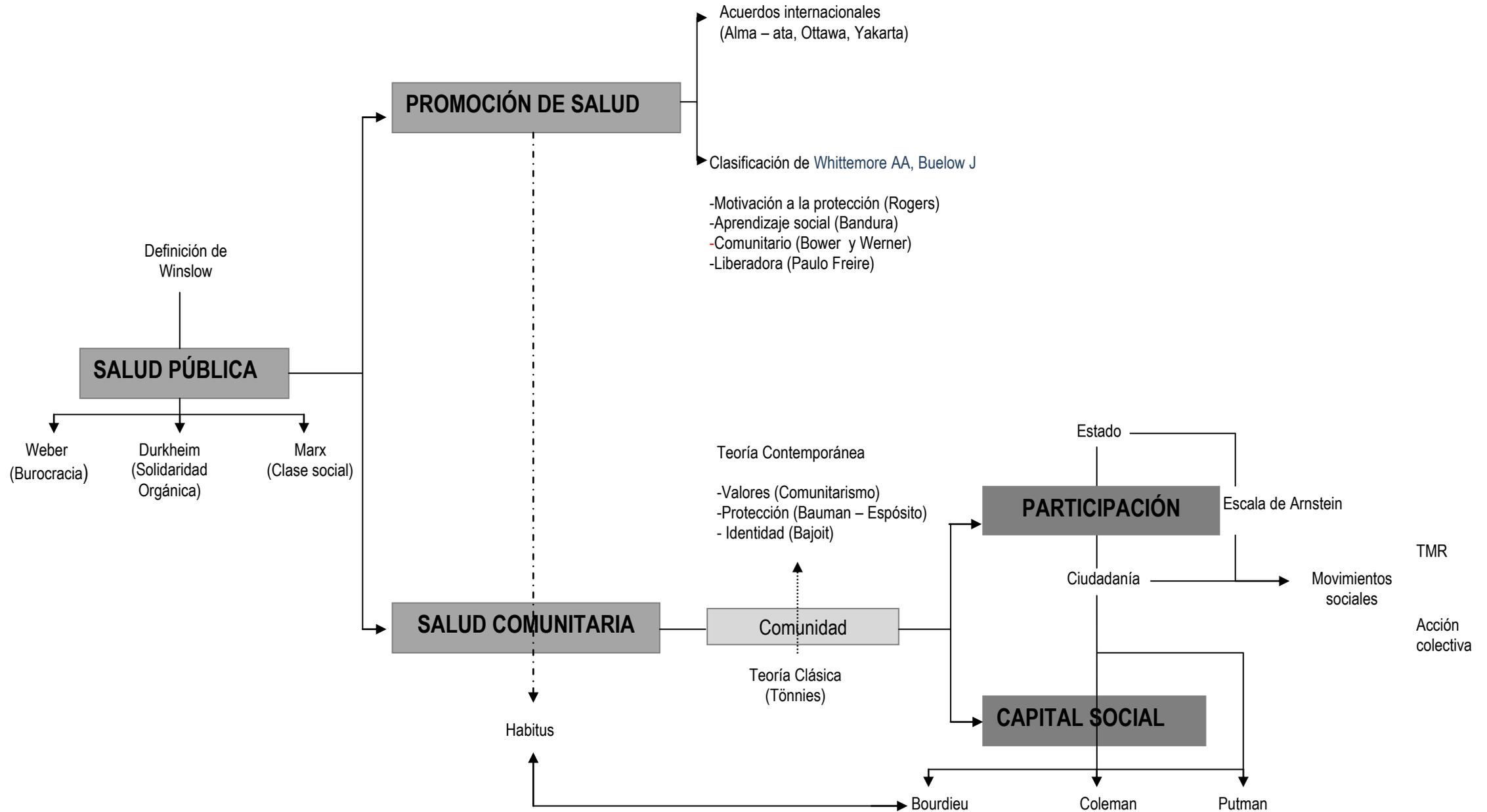
Avanzando más allá de la definición de los movimientos sociales que plantea Melucci nos parece importante generar una aproximación sobre su descripción de lo que denomina “Democracia de la complejidad”.

Melucci se hace cargo de la estructura con la que se revelan los movimientos sociales, destacando que sólo podrá generarse un cambio en esta si se convierte en una democracia que asegure la existencia del espacio público que garantice la comunicación de las diferencias (Melucci, 2001). Este espacio público traería dos consignas relevantes para la transformación socio estructural: Una ética situacional: “basada en el lenguaje, debe facilitar que los individuos se reconozcan por lo que son” (Cruz, 2001, p. 261) y una metamorfosis; “La capacidad del individuo de enfrentarse y ser parte de una realidad cambiante con la que pueda crearse y redefinirse en el presente que se vive sin futuro” (Cruz, 2001, p. 261). De este modo vemos como la perspectiva de Melucci se sitúa en la mayoría de las reflexiones que se han hecho en torno al concepto de participación en relación a la complicidad de partes y actores en la acción, destacando elementos como la democracia, la estructura y las luchas de poder.

Es así como desde la perspectiva de los movimientos sociales nos encontramos con dos posturas distintas que nos posibilitan ampliar nuestra concepción del concepto de participación, y sobre todo de participación en salud²⁸, considerando que ciertos procesos no alcanzan a ser considerados movimientos sociales, pero si encarnan algunos de sus elementos constitutivos que son conmensurables para la constitución de estos y que se enmarcan desde la posición de la movilidad de recursos y desde un proceso más general de transformación desde la identidad de los grupos.

²⁸ Pues vemos en los estudios latinoamericanos presentados la importancia de identificar la perspectiva de los actores sobre la participación, ya que en ocasiones responde netamente a acción utilitaristas más allá de la acción reivindicativa o duradera, según la posición del hablante.

ESQUEMA RESUMEN DISCUSIÓN BIBLIOGRÁFICA



2.3. Perspectiva teórica del estudio

Desde el marco general que nos presentó la discusión bibliográfica nos parece fundamental definir un eje teórico que señale una perspectiva más acada y coherente con el objeto de estudio. Las visiones revisadas han sido bajo la generalidad del tema: *Valoraciones sociales de la promoción de salud en una comunidad de extrema pobreza*, por lo que han estado situadas en la comprensión completa de los componentes de la Promoción de salud, abarcando aquellas nociones teóricas que son fundamentales para poseer un panorama que nos permita construir un lineamiento de análisis más específico.

De este modo esta perspectiva teórica estará focalizada desde los objetivos de esta investigación, estableciendo por lo tanto, que la teoría escogida nos ayudará a la comprensión y análisis de tres elementos principales: La relación entre las condiciones de vida y sus valoraciones a la promoción de salud, la relevancia de las características de la comunidad, como elemento de estudio, para la comprensión de la salud comunitaria y la vinculación de estos dos elementos, desde el reconocimiento de sus problemas de salud como figura material de la acción promocional, enfatizando en la importancia de identificar las expectativas de transformación de su calidad de vida a partir de un cambio en la posición social.

Nuestro eje teórico transversal será desprendido desde la salud pública. Al momento de considerar las posturas de la sociológica clásica como figuras elementales para la comprensión de la salud pública es que nos parece situarnos en una de ellas para proyectar un camino de análisis que cimiente una postura clara. De acuerdo a nuestros objetivos de investigación, y enfatizando en el concepto de posición social para construir valoraciones hacia la salud es que Marx nos aproxima de mejor manera al análisis. Marx nos parece un piso fundamental pues abre una línea teórica la cual nos permite posicionarnos en la postura contemporánea de Pierre Bourdieu y la comprensión de su concepto de *Habitus*.

Para el sociólogo Pierre Bourdieu, el posicionamiento dentro de la estructura económica está determinado por los hábitos de cada individuo, el que debemos entender como las disposiciones (culturales) de los actores, aprehendidas de su estructura de pertenencia, nuevamente exteriorizadas y manifestadas en relaciones objetivas en un determinado campo (Bourdieu, 2002); el que con una autonomía y leyes propias dentro del macrocosmos social sitúa a los actores dentro de él, de acuerdo a la posesión de determinados capitales. Sean estos: social, económico, cultural o simbólico.

Siguiendo a Bourdieu, podemos pensar a la Salud Pública como un campo en el que los individuos luchan en pos de alcanzar estadios de salud, apropiando principalmente capital económico y social. Este último, a falta del primero, podría orientar las disposiciones en pos de la conformación de redes comunitarias en las que pueda converger una asociación en relación a sus determinantes sociales configurados bajo la noción de factor de riesgo.

A partir de sus disposiciones de acción condicionadas por su posición dentro de la estructura social, lo que según nuestra perspectiva teórica será lo que determine sus valoraciones y expectativas al concepto de salud comunitaria como una posibilidad de transformación de su entorno y una posible movilidad de su condición de pobreza, tal como lo plantea genéricamente los servicios institucionales a nivel mundial. Sin embargo para posibilitar esta afirmación es necesaria la revisión de los otros elementos involucrados: Promoción de salud, comunidad, capital social y participación, las cuales hemos decidido mirar bajo el alero de nuestra teoría principal de salud pública, por lo que la orientación estará dada bajo el contexto, posición social o estructura, según corresponda.

Es por esto que desde la Promoción de salud hemos decidido centrarnos en propuesta analítica, denominada por Wilthmore y como “Cambios Parciales en la Comunidad/Sociedad”, propuesta por Bill Bower y David Werner, pues los autores enfatizan en los elementos contextuales que determinan las estrategias de inserción en las comunidades, cuestión que se enmarca dentro de nuestra perspectiva teórica sociológica siendo pertinente con los objetivos y supuestos de esta investigación. Otro aspecto

importante es que esta visión mantiene un diálogo con los elementos de la transformación global propuesta por Freire al considera a la Educación como el centro de la Promoción enfatizando en el papel de esta como el pilar de todo cambio social.

De este mismo modo Bower y Werner reconocen la existencia de otros enfoques dirigidos a la Promoción desde la educación, posibilitando el despliegue de un análisis mayor dentro de una misma postura, como presentamos en el siguiente cuadro:

TEMAS Y CONCEPTOS DE ENSEÑANZA DESDE LA PROMOCIÓN DE SALUD		
Convencional	Progresista	Liberadora
<ul style="list-style-type: none"> • Las virtudes y reactividad del orden social actual. • La historia nacional (torcida para que todos “los nuestros” sean héroes) • Reglas y reglamentos • Obediencia • Anatomía y fisiología • Mucho no es práctico o pertinente – se enseña- porque siempre se ha hecho. • Aprendizaje e innecesario de palabras largas e información aburrida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque integrado al desarrollo. • Cómo hacer buen uso de los servicios profesionales y gubernamentales. • Cómo llenar formularios. • Conductas convenientes. • Sencillas habilidades prácticas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis crítico • Conciencia social • Habilidades de comunicación. • Habilidades de enseñanza • Habilidades de organización. • Innovación, autosuficiencia, uso de los recursos locales • Costumbres de la región. • Desarrollar la confianza. • Habilidades de las mujeres y los niños • Dignidad humana

Cuadro N°2: TEMAS Y CONCEPTOS DE ENSEÑANZA DESDE LA PROMOCIÓN DE SALUD
FUENTE: Aprendiendo a Promover la salud (Werner y Bower, 2007)

- La convencional la presentan con el propósito de mantener estable el orden social, de este modo integrar a la gente a un modelo establecido, generando un control más que una transformación, pues se utilizan técnicas autoritarias y opresivas por medio de las instituciones (Werner, 2007).
- La progresista se define como la más común dentro de los Estados desarrollistas y la consiga es “reformular”, generando un cambio que se ajuste a las necesidades de la sociedad, basándose en el concepto de la igualdad y equidad. De este modo es que este proceso tiene atisbos paternalistas y genera un trabajo apaciguador en la gente en busca de incluirla en los procesos institucionales derivados desde el Estado, a modo de generar un trabajo desde una programática establecida.
- Por último, la Liberadora tiene como objetivo la transformación, de este modo el servicio es a la misma comunidad más que a la institución, generando un real cambio

social a partir del trabajo activo de la mano con coordinadores que trabajen a la par con la sociedad civil, de este modo formando un proceso solidario. Werner enfatiza en esta última postura como un ideal de ejercicio de la Promoción.

Desde la comunidad, concepto fundamental para la comprensión de la salud comunitaria, nos encontramos con una postura clásica centrada en Tönnies y otra contemporánea procedente de lo realizado por este y que nosotros las sintetizamos bajo cuatro ideas: Valores, protección e identidad.

Si bien Tönnies nos genera un panorama de la concepción que la sociología ha desarrollado sobre la comunidad y por lo mismo es el cimiento para las reflexiones posteriores, nos parece de mayor relevancia indagar en la relación que la comunidad sostiene sobre su concepción de saludable a partir de las tres ideas que propone la sociología actual, de este modo profundizando en la construcción de la comunidad como un recurso que se vierte hacia la promoción de salud desde su incursión en los modos de relaciones de la sociedad post – industrial enfrentando los procesos sociales desde este espacio.

Es así como nos permitirá generar una caracterización comunitaria que se vincule con los valores sociales de la Promoción de salud y de la salud comunitaria, destacando la importancia de la posición social para la construcción de la cosmovisión y de la materialidad sobre las acciones promocionales.

Es fundamental considerar al capital social como un componente de la comunidad que acompaña a los valores, la identidad y la protección, sin embargo hemos ampliado su revisión teórica por la importancia que tiene este como una estrategia de Promoción de salud que lo hace partícipe de este proceso desde la Política pública.

Nos parece fundamental, siguiendo la base de nuestra perspectiva teórica, caracterizar al capital social desde la perspectiva de Bourdieu, pues nos permite focalizarnos en tres elementos principales:

- La Transformación del capital, considerando al capital social como un instrumento, más allá de este como finalidad, lo que lo sitúa como un capital capaz de generar una movilidad dentro del campo.
- La institucionalización del capital social, bajo el rito de institucionalización que es donde el capital social propio de las comunidades inicia un juego en el *ser* comunidad y con las esferas de poder por las que es rodeado, reconociendo límites y reproduciendo disposiciones.
- Por último, un elemento transversal a estos dos antecedentes, es que la capacidad transformadora del Capital social estará determinada por las posibilidades e imposibilidades que otorgue las fuerzas de poder en la sociedad. De este modo nos abre un camino íntimamente relacionado con nuestra investigación al reconocer en este diálogo a un grupo (comunidad) y a una (s) figura (s) en contraparte con el poder basado en su posición. De este modo nos permite generar un salto hacia los preceptos modernos del capital social que se narran la importancia de reconocer al capital según su forma: Capital social cognitivo y estructural, y según su sus modos de relaciones: Vertical y Horizontal.

De este modo el capital social será un elemento transversal en el análisis de nuestra investigación, pues se cimienta en las bases comunitaria, sin embargo es un elemento fundamental para la comprensión de las acciones emprendidas en promoción y la concepción de participación entre los actores relevantes.

Desde la participación nos encontramos con tres posturas principales: Un análisis institucional desde la democracia, los movimientos sociales desde la ciudadanía y la relación que existe entre estos desde la Escala de participación de Arnstein. Estas tres posturas obedecen a líneas interrelacionales y como pudimos analizar no son excluyentes, por lo que en su justa medida son útiles para generar un análisis de acuerdo a nuestros objetivos, cuestión que resumimos de la siguiente manera.

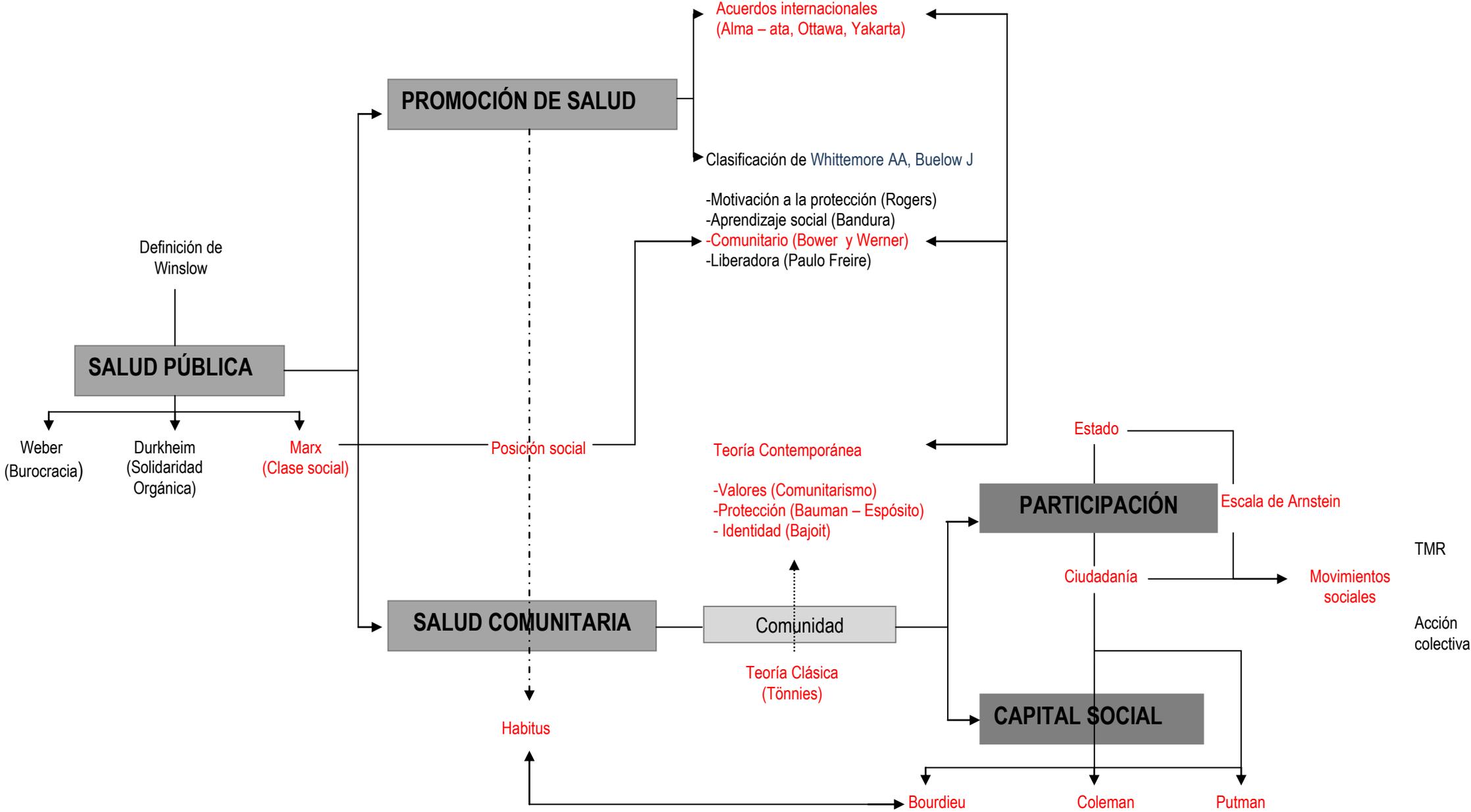
El fundamento de la democracia es lo que involucra a la Participación dentro de la estrategia Promocional de salud, de este modo la visión institucional desde lo Central es bastante clara (su origen y su sentido), sin embargo es importante destacar como en el micro nivel, desde la atención primaria, es visualizado este concepto de participación **desde lo social o desde lo ciudadano** para emprender acciones en materia preventiva y promocional. Desde la perspectiva ciudadana, de los actores, encontramos la postura de los Movimientos sociales, la cual aceptamos como enfoque para reconocer el sentido de las acciones en salud, pero con algunas consideraciones:

- No es nuestra intención reconocer si la participación en salud es o no un espacio de acceso de los Movimientos sociales, sin embargo nos parecen fundamentales los elementos que componen a la teoría precisamente por su diversidad en cuanto a la motivación de la acción, lo que nos permite generar una relación entre las formas y usos del capital social y la capacidad de la salud comunitaria como un diálogo entre instituciones.
- Reconocemos la existencia de múltiples enfoques de la teoría de los Movimientos Sociales, sin embargo en este caso nos hemos centrado en las que parecen más pertinentes para visualizar la relación frente a su inserción dentro de los procesos democráticos, siendo ejemplo de dos visiones que se mueven tanto teórica y prácticamente en la actualidad: Teoría de la movilización de recursos y de la acción colectiva de Melucci.

Por último nos parece generar una relación entre Institución y sociedad civil desde los niveles de la participación, pues desde las investigaciones presentadas en América Latina nos muestra la relevancia de reconocer los estadios de la participación para identificar sus alcances reales.

De este modo volvemos a revisar el Esquema de la discusión bibliográfica que visto desde la perspectiva teórica estará relacionado de la manera que vemos en la siguiente figura:

ESQUEMA RESUMEN DE LA PERSPECTIVA TEÓRICA



TMR
Acción colectiva

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de estudio: *Descriptivo – exploratorio*

Gordón Dankhe (1986) caracteriza cuatro tipos de estudios: Exploratorios, descriptivos, correlacionales y explicativos (Hernández, Fernández, Baptista, 1996, p.58)

Nuestro estudio, según esta caracterización se enmarca dentro de la clasificación descriptiva y exploratoria. Descriptivo porque principalmente buscó caracterizar propiedades importantes de una comunidad, en este caso las valoraciones hacia la salud, la promoción y la participación, en pos de responder a los cuatro objetivos planteados en la investigación, reconociendo las variables más bien de un modo independiente para luego trabajarlos en función de dialogar con la pregunta de investigación, condiciones que las encontramos en un estudio descriptivo. (Hernández, Fernández, Baptista, 1996)

Debido a que en Chile no existen investigaciones sobre Valoraciones sociales y Promoción en salud comunitaria, deberíamos considerar a esta investigación a la vez, como exploratoria, pues si bien hay aproximaciones sobre la importancia del capital social en la promoción de salud comunitaria, son más bien estudios teóricos y responden a un análisis de contextos globales, no comunitarios, como ocurre en este caso.

3.2. Tipo de diseño: *Cualitativo, proyectado, no experimental transversal*

Cualitativo: La investigación tiene un diseño cualitativo principalmente porque intentó proceder con *valoraciones* hacia la salud comunitaria, considerando a la vez, que los objetivos apuntan a una comprensión mayor de los factores que influyen en determinar tales valoraciones, para lo que fue necesario trabajar con antecedentes de información contundente en tanto a discurso y en tanto a contexto, cuestión que se da apropiadamente desde el enfoque o más bien desde las técnicas cualitativas de investigación (Canales, 2006), como fue en este caso.

Proyectado: Un estudio cualitativo según Miguel Valles, puede ser de tipo emergente o proyectado; Un estudio emergente presenta la posibilidad de definir características muestrales y técnicas de producción de datos según las posibilidades que se vayan presentando en el desarrollo del estudio. Sin embargo el estudio cualitativo proyectado, se define más bien como un tipo de diseño tradicional en el que se especifica la muestra, la recogida de datos y la estrategia de análisis previamente (Valles, 1997).

Considerando que nuestra investigación estuvo determinada por las variables: tiempo y recursos económicos (Valles, 1997), no se consideró viable optar por un estudio de tipo emergente, lo que significó la utilización de un estudio de tipo proyectado que permitió la facilitación de las condiciones prácticas para esta investigación. Sin embargo no podemos dejar de mencionar que metodológicamente el estudio proyectado estuvo sujeto a cambios debido a las dificultades que se presentaron durante el desarrollo de la investigación, por lo que se sometió constantemente a decisiones de diseño²⁹, con el fin de mejorar la calidad de la investigación.

No experimental: Considerando los objetivos de investigación, definimos al estudio como no experimental, pues observamos el fenómeno tal y como se da en su contexto natural, para después analizarlo (Hernández, Fernández, Baptista, 1996). No se simuló ni un contexto ni una situación como ocurre en un experimento, las variables no fueron manipuladas y no se utilizó un grupo control. Definiéndose por lo tanto como: *no experimental* de corte transversal porque estaba sujeta a un tiempo y a un momento determinado, no se vislumbra por ahora generar un estudio de cambio.

3.3 Universo y muestra

La investigación corresponde a un *estudio de caso*, lo que indica que nuestros objetivos se llevaran a cabo en una unidad objeto definida, en este caso el Campamento

²⁹ Noción que refiere a la importancia de tomar decisiones a lo largo de todo el proceso, sobre todo a las fases o pasos que conlleva propiamente diseñar (Valles, 1997, p.78). Decisiones que serán presentadas al momento de definir las muestras proyectadas y las aplicadas.

Parcela 11, ubicada en el sector de Forestal Alto de la comuna de Viña del mar; Sin embargo para un acabado cumplimiento de los propósitos previstos es importante conocer los discursos del Consultorio ubicado en el sector, el Consultorio Amigable Parcela 11- Las palmas pues serán un aporte importante para la información en la investigación.

Universo: Campamento Parcela 11 y Consultorio Amigable Las Palmas – Parcela 11.

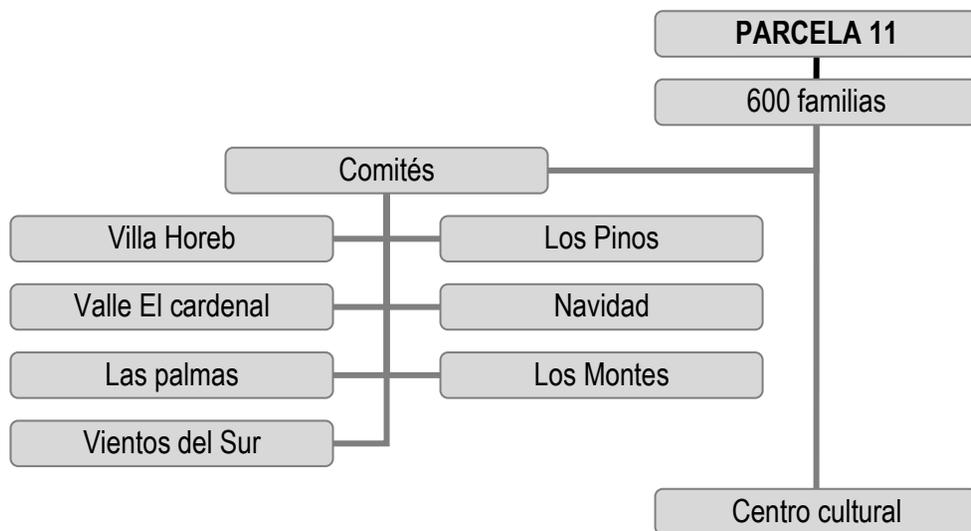
Campamento Parcela 11

Los antecedentes que proporciona la Fundación de la superación de la pobreza dan cuenta que en el año 2003 el Campamento Parcela 11 estaba compuesta por 280 familias (Fundación, 2004), hoy las cifras aportadas por el consultorio del sector y las que manejan los propios pobladores hablan de más de 600 familias.

En los once años que lleva el campamento se han formado siete comités: Villa Horeb, Valle El cardenal, Las palmas, Vientos del Sur, Los Pinos, Navidad y Los Montes, cuya tarea principal es lograr la radicación de la comunidad en el sector.

Su trabajo ha estado enfocado en generar diálogo con las instituciones para encontrar una solución habitacional al campamento.

En el transcurso de esta labor se ha conseguido instalar iluminaria y contar con camiones aljibes que distribuyen el agua potable. A estas siete organizaciones se suma el Centro Cultural “Un mundo mejor”, que tiene presencia en el sector desde el año 2006, y cuyo principal objetivo es ser un espacio de encuentro de la comunidad en donde se promueve el diálogo y las actividades recreativas.



Esquema N°4: Universo Campamento Parcela 11

Consultorio Amigable Parcela 11 – Las Palmas Chilenas

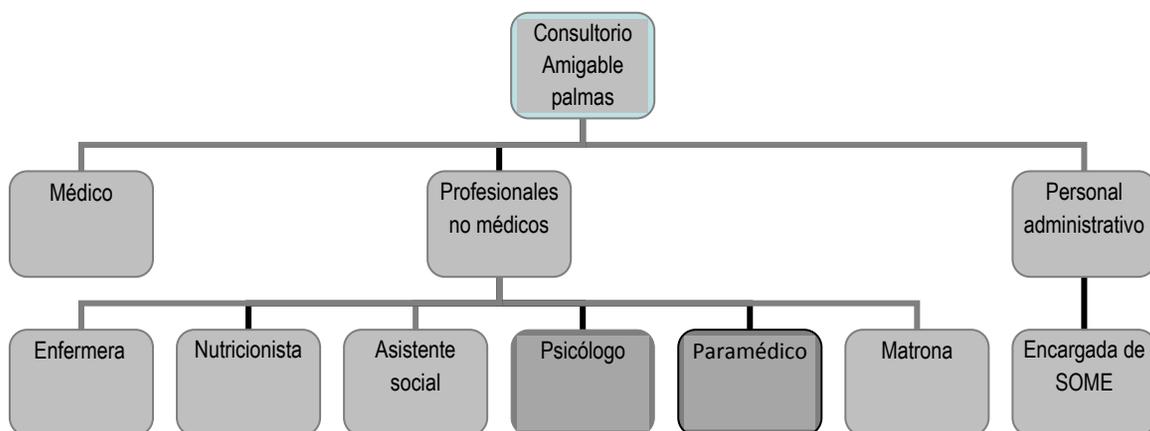
El consultorio está compuesto por tres estamentos: médicos, profesionales no médicos como técnicos o auxiliares y administrativos.

Médico de medicina familiar: El médico es el tratante directo del paciente, aquel que cumple la labor de examinar y diagnosticar, en relación a los síntomas fisiológicos del individuo. Por lo tanto es quien determina quien se encuentra sano y quien se encuentra enfermo bajo los preceptos de la medicina tradicional occidental. Tiene un rol activo y principal en el consultorio por ser el único capacitado institucionalmente para curar enfermedades. El Consultorio cuenta con un Profesional médico con especialidad en medicina familiar

Profesionales no médicos: Este estamento cumple una labor complementaria al trabajo del cuerpo médico, un primer grupo dentro de este estamento son los que realizan asistencia al médico en el oficio cotidiano: Como pueden ser enfermeras, auxiliares paramédicos y obstetras. Un segundo grupo, es aquel personal que se caracteriza por profesionales que trabajan principalmente con los factores de riesgo de carácter social como son los

Asistentes sociales y nutricionistas. En el consultorio están presentes: una enfermera, un paramédico, una gineco obstetra, una nutricionista, un psicólogo y una asistente social.

Personal administrativo: Este estamento se caracteriza principalmente por mantener a la institución bajo una organización estable, que favorezca la acción de los profesionales médicos y no médicos, en tanto como facilitadores de gestión o con acciones indirectas en pos de la permanencia del consultorio. Nos referimos Al director, administradores, contadores, secretarias, recepcionistas, puesto que lo ocupan dos personas en la posición de secretarias y recepcionista.



Esquema N° 5: Universo Consultorio Amigable

Marco muestral

Desde un comienzo señalábamos debido a las características que posee nuestro objeto de estudio que estábamos frente a un caso tipo de investigación: Una comunidad en condiciones extremas de pobreza que presenta un alto interés en las temáticas de salud. De tal manera consideramos que la muestra ha sido guiada por lo que Valles denomina como *contextos relevantes* para el problema de investigación, lo que también indica que más allá de la pertinencia del caso con el problema teórico existieron condiciones pragmáticas que facilitan el éxito del estudio, como es la *accesibilidad* y los *recursos disponibles*³⁰.

³⁰Entendiendo la apertura que demostró el Consultorio Amigable a esta investigación, añadiendo que este estudio corresponde a una tesis de grado autofinanciada.

Al ser un estudio de caso, hemos considerado que el tipo de muestra que se aproxima de mejor manera a los objetivos de la investigación es aquella que Hernández señala como *muestra dirigida por teoría o muestra por criterios* y la define como aquella en que “se seleccionan los sujetos o al grupo social, porque tienen uno o varios atributos que ayudan a ir desarrollando una teoría” (Hernández, Fernández, Baptista, 1996, p.330). Miguel Valles, por su parte cita a los autores Glasse y Strauss (1967), para dar cuenta de la importancia de atender a criterios que sobrepasan la representatividad: “Las selecciones van siendo conducidas por un planteamiento conceptual, no por una preocupación por la representatividad” (Valles, 1997, p.93). Aclarando entonces que se prevalece la posición del individuo antes que la representatividad de este en el universo. Con la posición nos referimos a lo que plantea el Doctor en Sociología Pablo Cottet en el libro “Metodologías de la investigación social” pues el significa a la elección de las muestras para técnicas cualitativas conversacionales como “cuerpos en significaciones de posiciones” (Canales, 2006), “(...)Conversar exige tomar posición, tales posiciones pueden y (deben) ser establecidas según criterios muestrales que califican las relaciones sociales propias a las condiciones que te determinan una conversación: Quienes son los que dicen apropiadamente sobre qué. (...)” (Canales, 2006, p.209).

De tal modo que a partir de la técnica de producción de datos escogida se fue en búsqueda de aquellos individuos que pudiesen aportar desde sus atributos como hablantes, la información de mayor contingencia para el estudio.

3.4. Técnicas de producción de datos

3.4.1 Técnicas y muestras proyectadas

En un comienzo, se pensaba trabajar con Entrevistas en profundidad de tipo semiestructurada dirigidas a dirigentes, pobladores y el Equipo de trabajo del Consultorio del Sector.

El fundamento de utilizar esta técnica de conversación era poder identificar las valoraciones personales que los individuos le otorgaban a sus prácticas en salud, en donde

el investigador construiría en relación a los discursos el sentido valórico que posee para la población la salud comunitaria, de tal modo poder cumplir los objetivos propuestos y responder a las interrogantes planteados en el marco teórico que presentó este proyecto de investigación, reconociendo como antecedente previo se conocía que en el sector había un trabajo importante entre el Centro de salud y la comunidad, por lo que involucrar a los individuos con el tema no sería de gran dificultad debido a esta cercanía por lo menos semántica con la salud y con las instituciones relacionadas con esta.

Es así que bajo el criterio muestral del tipo teórico se elaboro una matriz construida en relación a los objetivos apuntando a quienes eran los más indicados para ser entrevistados, en donde para las entrevistas a pobladores y dirigentes primaban criterios de años de residencia y número de hijos, como se muestra en la tabla N°2:

MATRIZ ESTRUCTURAL PARA DEFINICIÓN DE LA MUESTRA UNIVERSO: Toma de terrenos Parcela 11			
OBJETIVOS	MUESTRA		
	COMITÉS	CENTRO CULTURAL	POBLADORES
1) Conocer y describir las valoraciones atribuidas al concepto de de salud comunitaria en La toma de terrenos Parcela 11.	X	X	X
2) Conocer y comparar los factores de riesgo sanitarios que identifica la comunidad con los factores de riesgo propuestos en el Plan nacional de Promoción de Salud comunitaria.	X	X	X
3) Conocer y describir las valoraciones atribuidas a la promoción de salud en relación con los factores de riesgo identificados por la comunidad	X	X	X
4) Identificar en el discurso las expectativas que se forma la comunidad sobre la participación social en la promoción de salud comunitaria.	X	X	X

CUADRO N°3: Matriz estructural para definición de la muestra: Universo: Parcela 11

En el caso del consultorio, los criterios eran similares, más que preocuparse por la representatividad había un importante atención por el hablante con mayor atributos gracias a la posición que ocupa en la institución que lo hace verse involucrado con el tema de este estudio de una manera directa. De tal modo que la muestra quedo ceñida al Director, médico, asistente social y nutricionista, que en este caso es la encargada de promoción, visualizándose de la siguiente manera:

MATRIZ ESTRUCTURAL PARA DEFINICIÓN DE LA MUESTRA			
UNIVERSO: Consultorio Amigable Parcela 11 – Las Palmas			
OBJETIVOS	MUESTRA		
	PERSONAL MÉDICO	PERSONAL NO MÉDICO	PERSONAL ADMINISTRATIVO
1) Conocer y describir las valoraciones atribuidas al concepto de de salud comunitaria en La toma de terrenos Parcela 11.		X	
2) Conocer y comparar los factores de riesgo sanitarios que identifica la comunidad con los factores de riesgo propuestos en el Plan nacional de Promoción de Salud comunitaria.	X	X	
3) Conocer y describir las valoraciones atribuidas a la promoción de salud en relación con los factores de riesgo identificados por la comunidad	X	X	X
4) Identificar en el discurso las expectativas que se forma la comunidad sobre la participación social en la promoción de salud comunitaria.	X	X	

CUADRO N°4: Matriz estructural para definición de la muestra: Universo: Consultorio Amigable

3.4.2. Técnicas y muestras aplicadas:

A. El estudio de campo en el Consultorio Amigable Parcela 11 – Las palmas

La intención es describir el proceso de aplicación de entrevistas, con el fin de caracterizar las principales ventajas y limitaciones de la técnica para posteriormente enriquecer el análisis final de esta investigación. Si bien la relevancia mayor esta en el análisis de los resultados de tales instrumentos, es fundamental considerar los aspectos secundarios que acompañan el proceso investigativo y que de cierto modo condicionan la calidad de la información.

Como ya hemos mencionado la técnica de producción de datos escogida es la entrevista, considerándola como una forma de conversación en que predomina la acción comunicativa expresiva.: “La entrevista es un proceso comunicativo por el cual el investigador extrae una información de una persona “el informante” (Alonso, 1998) entendiendo que esta información se extrae de su biografía y que corresponde al conjunto de representaciones sociales asociados a los acontecimientos vividos (Alonso, 1998). De tal modo, señala Valles, La Entrevista es un interrogatorio cualificado a un testigo relevante sobre su experiencia personal (Valles, 1997).

No es menor considerar que la entrevista no es una conversación espontánea, si no que es alentada por un interlocutor o entrevistador para extraer del discurso del sujeto aquello que el investigador quiere conocer, por lo que es importante siempre considerar que la expresión estará condicionada por las cualidades que posea en entrevistador para otorgarle confianza y claridad al sujeto. Para despejar sesgos de este tipo, es necesario tener dos aspectos en consideración.

- 1) El contrato comunicativo: Es una especie de pacto entre el entrevistador y el entrevistado en donde se define el nivel de la entrevista. Es necesario tener en cuenta (Alonso, 1998)
 - Saberes implícitos: Códigos lingüísticos y culturales, reglas sociales y modelos de intercambio oral.
 - Saberes explícitos: El porqué se realiza la entrevista, el tiempo de duración. los turnos del habla y dejar claro el rol de entrevistador y entrevistado.
- 2) Universo de referencia: El contexto social del entrevistado, para determinar desde donde está cumpliendo su rol de entrevistado.

De tal modo era fundamental interiorizarse en el lenguaje técnico que utilizan los equipos médicos, con el fin de profundizar en algunos aspectos que eran relevantes en la investigación, como es el tema de la promoción y de los factores de riesgo o determinantes sociales, apoyándonos así con datos estadísticos de la comuna de Viña del Mar, además del Plan Nacional de Promoción de salud.

Bajo las características de un estudio descriptivo y exploratorio consideramos que el tipo de entrevista que podría resultar mas favorable para el cumplimiento de los objetivos de investigación es la entrevista en profundidad semiestructurada (Valles, 1997, p.187) denotando que:

- La estandarización del significado de una pregunta requiere formularla en término familiares al entrevistado. Por lo que hay que tener en cuenta los saberes

implícitos, además de tener la posibilidad de obtener más información al mantener un código lingüista similar al entrevistado.

- No hay una secuencia de preguntas satisfactoria para todos los entrevistados. Lo que nos permitirá tener la capacidad de rescatar contenidos que pueden perderse por efectos del formato, siendo un aporte fundamental para generar un sentido cotidiano de conversación logrando indagar mayormente en aquellos aspectos que parezcan relevantes. Sin perder, a la vez, la capacidad de equivaler las respuestas con otros entrevistados.

De tal manera se elaboró una pauta de preguntas para el equipo médico que tenían como principales tópicos conocer el modelo del consultorio y sus principales enfoques en cuanto a la promoción y a la participación comunitaria en el centro de salud³¹. Esta entrevista semi estructurada fue aplicada a la Médica en medicina familiar encargada del consultorio, a la nutricionista y a la asistente social, si bien obedecían a una pauta común el énfasis sobre algunos temas en particular dependió de la competencia profesiones de los individuos entrevistados, lo que permitió abordar de manera completa los conceptos principales de esta investigación.

Las entrevistas tuvieron las siguientes características:

Entrevistado	Fecha	Hora	Lugar	Duración
Asistente social	Miércoles 22 de octubre	12:00	Consultorio Amigable Parcela 11 – Las palmas	1:30:00
Nutricionista	Jueves 23 de octubre	15:30	Consultorio Amigable Parcela 11 – Las palmas	00:45:00
Médica Medicina Familiar	Lunes 16 de diciembre	16:00	Consultorio Amigable Parcela 11 – Las palmas	00:50:00

Cuadro N°5: Características de entrevistas.

Recordando que este es un estudio que trabaja con las valoraciones sociales de la promoción de salud y participación de una comunidad, nuestro objeto no es el equipo médico, sin embargo el tener la posición institucional del trabajo diario que se desarrolla en la comunidad nos hace profundizar en la comprensión de los mecanismos de acción en

³¹ Ver anexo N° 2

materia sanitaria, considerando a la vez que son la voz de los planes y programas desarrollados por el gobierno en esta área, cuestión elemental si consideramos que estamos trabajando con el Plan Nacional de Promoción de Salud.

Con lo anterior se pretendió generar un diálogo entre la postura institucional y la comunitaria, buscando por medio del análisis de los discursos elementos que ayudasen a esta investigación cumplir sus objetivos propuestos en relación a la relevancia de este en las políticas públicas.

B. El estudio de campo en el Campamento Parcela 11.

De acuerdo al diseño muestral proyectado se contemplaba la realización de entrevistas a pobladores y dirigentes de Parcela 11. Estas entrevistas fueron realizadas bajo los criterios descritos anteriormente de Alonso (1998) y Valles (1997), enfatizando en que el objetivo General de la investigación apuntaba a conocer las valoraciones hacia la salud comunitaria, por lo tanto nos concentrarnos en la subjetividad de los actores sociales, por lo que la función emotiva y expresiva que contiene la entrevista se convertía un piso fundamental de información para llevar a cabo la investigación de forma completa y pertinente.

Son realizadas cuatro entrevistas³² dos a dirigentes y dos a pobladores, de un total de ocho que estaban contempladas a la comunidad.

Si bien el diseño muestral de dirigentes/pobladores como el de equipo médico era un diseño que cumplía los objetivos propuestos, también era un diseño plasmado bajo ideas y presupuestos de investigación creados con una lejanía de estudio de caso, y del mismo modo, con una leve incompreensión de la relación estricta de la teoría con la técnica de recopilación de datos, de tal modo los resultados preliminares de estas cuatro entrevistas dan cuenta que los sujetos en su discurso se centran netamente en sus experiencias en torno a sus propias problemáticas en salud: Enfermedades personales,

³² Ver Anexo n°2.

problemas netamente con el equipo médico y con el sistema de salud en general, lo que no permite al entrevistador profundizar a cabalidad en las valoraciones hacia la salud comunitaria, ni a la participación más allá de la atención médica.

Se genera por lo tanto, un cambio de perspectiva dado principalmente por el surgimiento de estos antecedentes, condiciones y a la vez disposiciones que no estaban consideradas como influyentes en los marcos muestrales de investigación planteados en un comienzo. Tal panorama produce una transformación que no radica en los objetivos, pero si en la estrategia para recopilar la información, y a la vez en una nueva visión del análisis de este estudio, pues incorpora elementos teóricos y empíricos que fueron necesario rescatar para desarrollar un trabajo completo y con sentido práctico veraz.

Seguimos considerando que la técnica de conversación era la más adecuada para continuar esta investigación, pero esta vez la aplicada sería la de grupos de discusión.

La bibliografía que podemos recoger de las técnicas conversacionales grupales es bastante extensa y variada, las distintas corrientes que hablan acerca de la forma y el modo de llevarlas a cabo difiere de acuerdo a las corrientes epistemológicas que puede tener o un estudio, o un autor. Es así como para esta investigación hemos considerado que el grupo de discusión es el procedimiento más adecuado para obtener la información necesaria.

Desde la perspectiva de Manuel Canales el grupo de discusión se relaciona con el *Deber* durkheniano que busca entender al sujeto desde la moral que posee su comunidad y que determina sus apreciaciones e ideales subjetivos, dando paso a la comprensión del sujeto y su grupo (Canales, 2006), de tal modo relata: “el Grupo de discusión produce, mediante conversaciones, una lectura del texto ideológico que vincula a los sujetos de un colectivo o “comunidad”. Así, reproduce el discurso grupal o palabra común” (Canales 2006, p.269).

El hecho de que esta investigación en sus objetivos intentaba trabajar con valoraciones sociales comunitarias hacia la salud, se vuelve coherente abordarlo desde el grupo de discusión, considerado que la técnica de la entrevista no nos aportó con la información suficiente para tales propósitos.

De tal modo se buscó tener más que las posiciones diversas frente al tema, un discurso común que dé cuenta de la forma en que la comunidad ha tomado en cuenta a la salud en su diario vivir, dando cuenta de lo que Canales llama como *Normatividad*, que se vincula con buscar aquellos códigos que nos ayuden a interpretar las ideas de la comunidad, no los hechos en su verdad objetiva, relevando así la pertinencia de la técnica con el estudio (Canales, 2006).

Fueron desarrollados dos grupos de discusión: Uno compuesto por dirigentes de los comités de Parcela 11, la Unificación y el otro por los socios del Centro cultural de Parcela 11, “Un mundo mejor”. Se tomaron criterios generales de aplicación de grupos de discusión que se vinculan al procedimiento y a las condiciones formales:

- Se generó una pauta temática en relación a los objetivos de la investigación, que fue utilizada como listado para asegurar que todos los tópicos fuesen abordados en el transcurso del habla³³.
- Si bien los participantes de los grupos de discusión si constituían previamente un grupo, jamás habían abordado el tema de la salud de manera conversacional e indirecta a la coyuntura. Lo que significó a la vez que no se generara una discusión que atentará contra la unidad del grupo, pues poseían una historia que permitía el diálogo abierto.
- Se generó una diversidad en el habla evitando la directividad, buscando que la palabra fuese abordada por todos los participantes de uno u otro modo.
- Fueron tomados en cuenta los criterios de Legitimidad y pertinencia, pues si bien en general los sujetos se enfocaban en el tema que se discutía se daban casos de evocar experiencias personales que desviaban la conversación a cuestiones menos elementales y trascendentes, por lo que fue necesario guiar la discusión hacia los tópicos generales.

A modo de resumen los grupos de discusión tuvieron las siguientes características formales:

³³ Ver Anexo nº3.

Identificación	Fecha	Lugar	Hora	Duración	Nº de participantes
Dirigentes de Parcela 11 "La unificación"	Miércoles 12 de noviembre	Jardín Infantil Piecitos de niño	18:30:00	1:45:00	8: 6 mujeres 2 hombres
Socios Centro cultural "Un mundo mejor"	Viernes 14 de noviembre	Sede CC	19:00:00	1:00:00	8 4 hombres 4 mujeres

Cuadro 6. Características de los grupos de discusión

3.5. Técnica de Análisis de datos

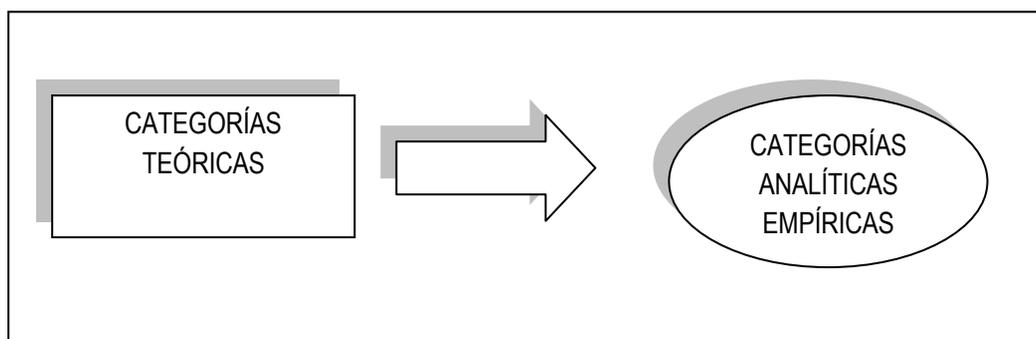
El modelo de análisis de la información obtenida producto de la aplicación de las técnicas de recolección empleadas, por motivos de correspondencia y coherencia teórica y metodológica, fue el de análisis de contenido.

Según Bardin (1997), el análisis de contenido no se trata de un sólo instrumento, sino que de un conjunto de instrumentos metodológicos diversificados y cada vez más elaborados (Pourtois y Desmet, 1992). El campo de aplicación del análisis de contenido es muy amplio. Como señalan Pourtois y Desmet, intenta articular el rigor de la objetividad y la riqueza de la subjetividad. Lo que se busca a través del análisis de contenido es hacer lecturas más allá de las significaciones primeras de las comunicaciones.

Particularmente en esta investigación se optó por la técnica del análisis de contenido categorial (Pourtois y Desmet, 1992) el cual busca efectuar operaciones que actúan disectando los textos en unidades y de clasificación de estas últimas en categorías. La categorización tiene como finalidad condensar los datos brutos para proporcionar una representación simplificada de los mismos.

El sentido deductivo que posee el análisis de contenido permitió que al elaborar las técnicas de producción de información (entrevistas y grupos) se fundarán en tópicos que iban a la razón de los objetivos de esta investigación, por lo tanto las categorías de

información develadas nacen a la vez de categorías de estudio presentadas en el marco teórico ya expuesto³⁴.



Esquema N°6 Representación del sentido deductivo - inductivo del análisis

3.6. Calidad del diseño.

Para referirnos a la calidad del diseño, señalaremos dos criterios para asegurar la veracidad, generalización y consistencia de la investigación y que son los aspectos fundamentales para que la investigación cualitativa tenga una calidad aceptable y sea realmente un trabajo científico. Los criterios son según Valles (1997):

Credibilidad: Este criterio se refiere a cómo los investigadores dan garantía de las relaciones e interpretaciones establecidas a la luz de los análisis, a la vez, estas garantías vienen dadas por la capacidad de generar la mayor proximidad con el mundo subjetivo e intersubjetivo del sujeto investigado (Canales, 2006). De tal modo consideramos que recurrir a un informante clave sería un mecanismo para cumplir con la credibilidad, pues lo definimos como aquel que nos aporta con información trascendental para encaminar la investigación por la vía más fidedigna a las subjetividades de los individuos y la comunidad.

En esta investigación contamos con dos informantes claves, la asistente social del Consultorio Amigable Las palmas - Parcela 11 y una estudiante Universitaria que trabaja en Parcela 11 hace tres años, primero en el Taller de Barrio y luego en el Centro Cultural “Un mundo mejor”.

³⁴ Esto se puede revisar de manera más amplia en los anexos que contiene esta investigación donde se muestran los elementos que definen la pauta de entrevistas en comparación con el resumen del modelo de Análisis.

La asistente social nos aportó con los datos de contacto de los dirigentes de Parcela 11, describiendo a la vez cuales son los que tenían más información, además de tener una validación mayor dentro de la comunidad, lo que nos permitió acercarnos al trabajo realizado hasta entonces en Parcela 11, reconstruyendo aquellos aspectos que eran relevantes para la investigación y que tenía que ver con procesos políticos y organizacionales que había enfrentado la comunidad y que determinaban las condiciones actuales de existencia.

En el caso de nuestra segunda informante clave, nos aportó con documentos audiovisuales de las actividades de intervención que han desarrollado en Parcela 11, además de permitirnos el acceso a los archivos que tenían en relación a la Memoria local.

Otro aspecto a considerar fue el apoyo en un cuaderno de campo o diario de investigación, donde se registraron todas aquellas situaciones dignas de analizar y que fueron un aporte para comprender la cultura ideacional en donde se mueve el sujeto.

Confiabilidad o Dependibilidad: Para considerar este criterio es importante manifestar que la información será abierta y disponible para aquel que quería revisarla o someterla a evaluación, (Valles, 1997) con el fin de transparentar el proceso y otorgarle mayor confiabilidad a la investigación³⁵. De tal modo se han mostrado las situaciones dificultosas que han surgido en el estudio a modo de dar cuenta de los elementos que podrían haber condicionado la investigación (Hernández, Fernández, Baptista, 2004).

3.7. Consideraciones finales.

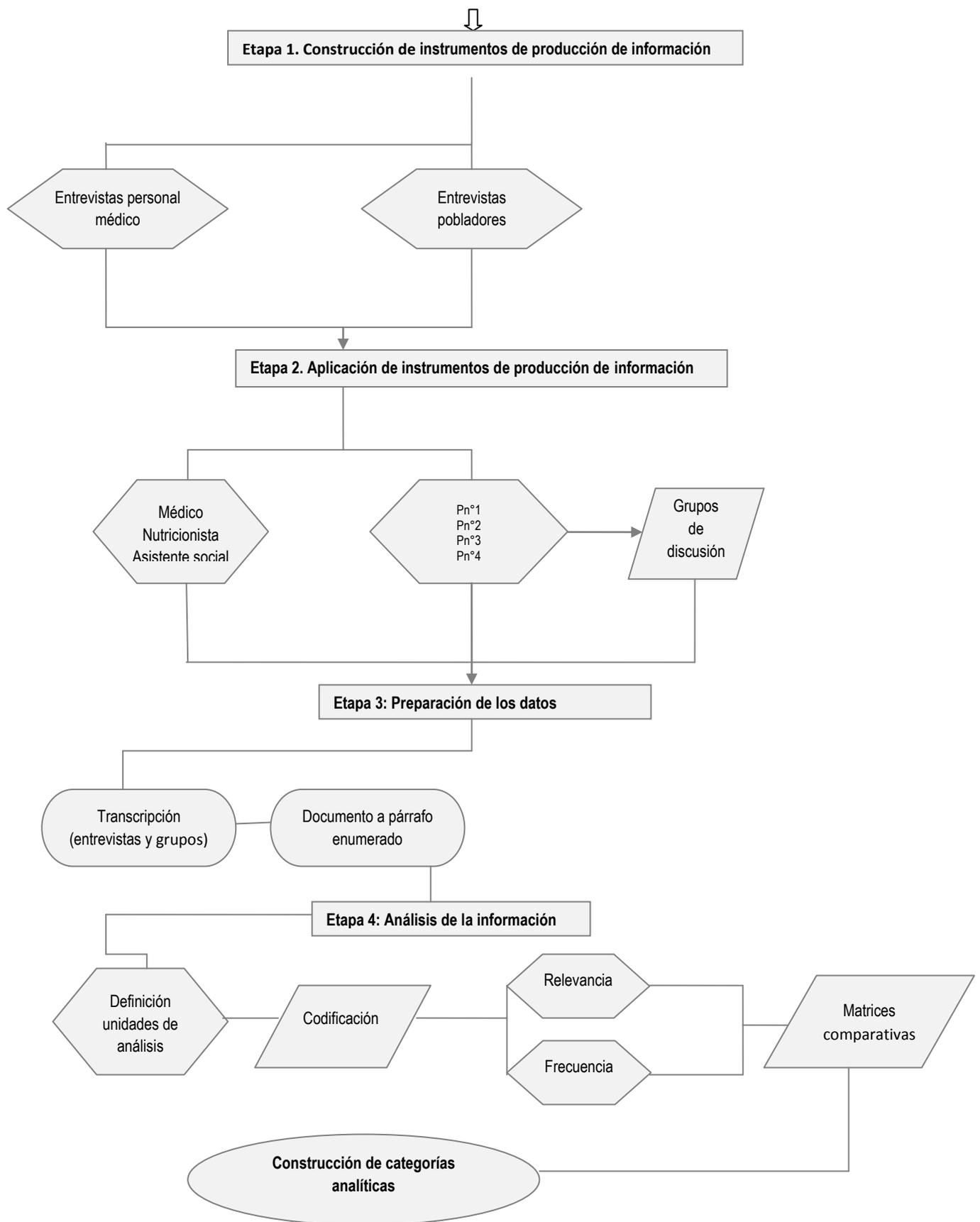
Nos Parece relevante generar una síntesis que represente como fue implementado este marco metodológico.

³⁵ Resguardando los criterios de confidencialidad establecidos con los entrevistados.

De este modo hemos desarrollado un flujograma que represente a grandes rasgos el proceso de recopilación de información y de análisis de resultados, cuestión que apreciaremos también, de manera concisa, en el resumen de los modelos de Análisis utilizados en esta investigación, conociendo los códigos y categorías resultantes que serán desarrolladas en el los siguientes capítulos de este estudio.

Esquema N°7 Flujograma de abordaje metodológico.

Estudio Cualitativo en torno a las Valoraciones de la promoción de salud comunitaria y de la participación social en salud.



PARTE II. ANÁLISIS DE RESULTADOS

4. LA SALUD COMUNITARIA COMO CONSTRUCTO SOCIAL

4.1 APROXIMACIONES GENERALES AL ANÁLISIS

El reconocer a la salud como una noción construida e institucionalizada a partir del bienestar, nos abre un importante campo de acción y de reflexión sociológica para identificar los elementos socioculturales que definen tal concepto y por lo tanto las prácticas asociadas a éste.

Desde la perspectiva institucional emanada de la OMS y bajo el enfoque de la promoción de salud y salud comunitaria, hemos rescatado aquellos elementos que se plasman en las Políticas Públicas chilenas, adscritos luego de los tratados internacionales en materia sanitaria y que se han convertido en el eje innovador del Ministerio de Salud (MINSAL) en la salud pública y primaria de nuestro país.

Los orígenes de esa investigación, desde sus objetivos hasta su diseño teórico - metodológico estaban enfocados en la búsqueda de los elementos que construyen y condicionan las nuevas políticas de salud que comprometen al individuo de manera activa, ya sea como integrante de su comunidad o bien como un actor participante del servicio de salud, elementos que a su vez estaban cruzados por la perspectiva sociológica que posee este estudio y que determina el análisis y las conclusiones obtenidas.

La alcances que nos proporciona un estudio cualitativo nos permitió explorar en las valoraciones sociales asociadas a las prácticas sanitarias realizadas por la comunidad de Parcela 11, dando paso a la comprensión de los elementos simbólicos, materiales y estructurales que generan tales disposiciones develando el discurso que la comunidad ha construido sobre la Promoción de Salud y que fueron obtenidos mediante el análisis de la información recopilada bajo las técnicas ya descritas en las aproximaciones metodológicas cuyo análisis compone los siguientes apartados de este escrito.

Somos conscientes que los objetivos de esta investigación están interconectados y entendemos a la Promoción de Salud como un proceso global que se compone de estrategias como la participación y el capital social que se sitúan a su vez en un contexto comunitario determinado, sin embargo buscaremos dar a conocer los análisis y resultados a partir desde lo tópicos más generales hasta lo más complejos con el propósito de conseguir una conclusión que refleje el trabajo analítico realizado y que a la vez exponga las relevancias que este estudio posee en lo

práctico, en lo teórico metodológico y a nivel de Política Pública de una manera conjunta.

La contextualización del caso de estudio nos adentra en el mundo de la pobreza, no sólo a partir de los datos que podemos obtener del Campamento Parcela 11 que dan cuenta de la condición social en la que circundan, si no a partir del reconocimiento que la comunidad tienen de tal condición y que pretendemos describir a lo largo de este apartado.

Hablando de la pobreza desde el punto de vista conceptual podemos reconocer tres enfoques utilizados para considerar o bien establecer el carácter de pobre a un individuo, familia o comunidad determinada. Estos enfoques son; La línea de la pobreza, Las necesidades básicas insatisfechas (NBI) y por último el enfoque integrado o estructural de Rubén Katzman (Arriagada, 2000)³⁶.

La línea de la pobreza es aquella que sitúa como pobres a los individuos pertenecientes a un hogar cuyo ingreso per cápita es insuficiente para sustentar el costo de un estándar mínimo de consumo, que se refiere precisamente a los servicios básicos (Agua, luz) y la canasta familiar establecida. Por otro lado podemos decir que la caracterización dada por las NBI asimila la pobreza con las carencias que esta conlleva, tales como las deficiencias del tipo habitacional, de alimentación, de acceso a salud y a la educación, siendo esto independiente del nivel de ingresos (Arriagada, 2000).

Al ubicarnos en Parcela 11 reconocemos que es una comunidad que se vislumbra como pobre a partir de estos dos supuestos, pues bajo los datos obtenidos bajo estadísticas comunales, nos damos cuenta que el ingreso per cápita de la mayoría de las familias que habitan el campamento no alcanza para cubrir los gastos de estas mismas, sumándose a la vez lo evidente, que cuentan sólo con un tipo de servicio básico, la luz, lo que significa que caen en él la caracterización dada por las NBI.

³⁶ Reconocemos la existencia de otros enfoques para trabajar la pobreza a partir de la macroteoría, pero solo rescatamos estos tres porque son los utilizados para definir las condiciones de pobreza actual en Chile, siendo la base de las políticas públicas relacionadas con esta materia.

Si bien estos datos nos parecen relevante pues nos acercan a lo que Katzman plantea como Método integrado (que presenta las dos condiciones anteriores) más aun nos parece considerar que la pobreza que padece Parcela 11 se vincula directamente con lo que define el mismo autor como Pobreza crónica o estructural, lo que significa que esta está condicionada por la estructura de oportunidades que presenta la sociedad y que empobrece a ciertos sectores por estas excluidos o marginados de las intercambios simbólicos y económicos que favorecerían la movilidad social (Katzman, 2001), cuestión que pretendemos ejemplificarlo con nuestro análisis respecto a las valoraciones sociales que involucran a la salud y su importancia desde una perspectiva comunitaria, pues veremos cómo ciertos elementos de la pobreza serán gatillantes para definir acciones y posiciones específicas de los actores sobre estas mismas.

De tal modo podemos decir que nuestro análisis estará cruzado por tres elementos centrales: La estructura de oportunidades de los sujetos y las acciones y posiciones en torno a esta desde la salud.

4.2. LA VALORACIÓN DE SALUD COMO UN PROBLEMA

Los primeros análisis que queremos presentar apuntan a conocer las valoraciones hacia la noción de salud que posee Parcela 11 con el propósito de aproximarnos a aquello que se define como salud comunitaria. De este modo iremos revelando lo que se desprende del discurso de la comunidad y que nos ofrece la posibilidad de otorgarle un sentido sociológico vinculado a la importancia de configurar acciones sanitarias del sistema de salud acorde con las asignaciones de valor propias del sentido mentado.

En primera instancia las reflexiones que la comunidad genera sobre la salud dan cuenta del sentido universal que esta posee; como principio central de la vida, como vemos en las siguientes citas:

“Bueno la salud es la parte primordial con respecto a la vida del ser humano...”

Hombre dirigente, GD1:56-57

(...) “Yo siempre digo, cuando hay alguien enfermo en la familia está mal la plata, está mal el trabajo, está mal todo, la familia, la convivencia familiar, está mal todo”.

Mujer dirigente, GD1:63-65

El comprender a la salud a partir del sentido holístico que esta posee es acercarse a la definición institucionalizada a partir de la OMS³⁷, y que da cuenta la transversalidad del estado de salud en los seres humanos, cuestión reconocida por los sujetos de Parcela 11 que la sitúan en una posición especial dentro de condiciones humanas y sociales, lo que da cuenta a la vez, por medio de las citas presentadas, es que de ser el pilar de la vida, puede convertirse en un desestabilizador multidimensional, lo que acelera la sensación de riesgo frente a lo saludable.

Esta noción de salud, elaborada por la comunidad como un riesgo amenazante hacia lo saludable, nos muestra como se sitúa como una concepción que se contrapone a su significado institucional: el de bienestar:

“Pero igual es difícil entender lo que es la salud, es que el problema de la salud es muy amplio (...)”

Mujer Pobladora, GD2:44-45

³⁷ Un estado de completo bienestar físico social y mental y no sólo la ausencia de enfermedad (OMS,)

“Haber...lo que yo creo y lo he visto ah, es que el problema de la salud, es un problema general y que nadie escapa (...)

Hombre Poblador, GD2: 50

Esta contradicción entre “la salud problema” y el concepto de bienestar nos indica cómo los elementos estructurales forman las valoraciones que se pueden tener sobre la noción de salud y por lo tanto las atribuciones simbólicas otorgadas, pues damos cuenta que existe una constante disputa entre lo que se entiende por salud y enfermedad, disminuyendo e invisibilizando las diferencias entre estas, dado principalmente porque el Bienestar físico, social y mental que propone la OMS no se alcanza a percibir en los sujetos de una comunidad que convive con la pobreza.

Si nos referimos a cuáles son las condicionantes para este argumento debemos trasladarnos al discurso de la comunidad, que reconoce tres figuras que representan este estado *problema* en que se mueve la salud: La estructura identificada como un sistema, la dignidad como un derecho vulnerando y la marginalidad como ejemplo de exclusión.

A. La estructura identificada como un sistema.

El sistema, según como lo define la comunidad de Parcela 11, se presenta como un ente ajeno e invisible que los limita a conseguir un estado de salud completo, desde una perspectiva indirecta, es lo que propicia su condición de pobreza dada por las desigualdades que este acarrea desde su estructura y que desemboca en el acceso inequitativo que este le permite tener a los servicios de salud:

“(...) pero es que (la salud) es parte del cuento, es parte de un sistema absolutamente injusto que parte su injusticia en otro lugar.”

Hombre poblador, GD2:372

“(...) entonces es difícil batallar por una salud buena, porque el sistema funciona más rápido que todas las posibilidades de organizar algo”

Hombre poblador, GD2: 327 - 329

Este sistema reconocido por los sujetos se superpone al sistema de salud del que ellos son partes, y dan por sentado que este último está condicionado por el primero y a partir de lo mismo, en vez de presentarse como un beneficio se muestra como una limitación para el alcance del bienestar.

“Bueno yo creo que este problema de remedios esta a nivel salud todo el año(...)”

Mujer dirigente, GD1, 545 -546.

A partir de estas citas vemos como algunos de los elementos que proveen una mejor salud a partir del sistema público se presentan como una dificultad, lo que genera que las valoraciones hacia la salud vayan siempre de la mano de las condiciones de vida, cuestión que se conjuga con lo que plantea Engels y Marx en relación a la obtención según la condición en el sistema de salud: “Lo que son coincide, por consiguiente, con su producción, tanto con lo que producen como con el modo cómo producen. Lo que los individuos son depende, por tanto, de las condiciones materiales de su producción (...) (Mayoral, Bujardón, Flores, 2006).

“Desgraciadamente el sistema de salud se pasa por alto todo, porque cada uno en ese sentido se rasca con sus uñas”

Mujer pobladora, GD2, 119 -120.

Representando también a este sistema como un sistema que procede en base al individualismo.

B. La dignidad como un derecho vulnerando

Cuando la comunidad se refiere a la dignidad, se acerca a aquello que está relacionado con sus derechos como individuos, pues consideran que la pobreza propia de un Campamento no es condición para llevar una mala calidad de vida vinculada a la insuficiencia de los servicios básicos:

“(...) que lo que a nosotros nos preocupa es conseguir los terrenos pero nosotros sabemos que la dignidad no pasa por tener la tierra o no tener sino que pasa por que generemos un buen ambiente (...)”.

Mujer pobladora, GD1: 177 – 179

De esta manera deben sortear la constante disyuntiva entre pobreza y dignidad, apelando a la importancia de separar estos elementos con el fin de poder avanzar desde su condición hacia el estado de completo bienestar, reposicionándose en el juego social.

“Nosotros al ser pobres tenemos derecho sólo a ese tipo de salud, o sea ni siquiera son derechos, es lo que nos toca, es lo que podemos tener no más, pero no por eso significa que no podemos vivir decentemente (...)”

Mujer Pobladora, E3 35-37

Desde esta cita podemos extraer dos elementos centrales, en primer lugar, se reconocen en la salud dos estadios, al que ellos tienen derecho, y aquel que no conocen, el cual está materializado en la salud privada, lo que los sitúa en una determinada posición en la cual se exigen los derechos desde lo que “les toca”, más allá de lo que “corresponde”. A partir de este primer análisis surge un segundo elemento basado en la dignidad de sobrellevar lo que “les toca”, de este modo se reitera el valor por la vida digna, buscando generar esta distancia sobre lo que provoca el sistema y la forma que ellos lo enfrentan en el diario vivir siendo poseedor de derechos trasgredidos, pues consideran que no necesariamente deben identificarse con este rol del individuo que al ser carente materialmente, es también carente de integridad.

C. La marginalidad como ejemplo de exclusión.

La subjetivación de la marginalidad de los individuos se vincula en primer momento a una cuestión simbólica definida a partir de la exclusión /inclusión, que en este caso, guarda una relación diferencial territorial o geográfica y además a partir de las condiciones de vida dada por los servicios y la constitución de barrio.

“(...) bueno eso es porque yo reclamo (en el consultorio), bueno yo decía que pasa aquí que somos los pobrecitos de las tomas, los pobres de las casitas, y los no tan pobres de los departamentos, entonces somos la última chupaita del mate como dicen los lolos”

Mujer Pobladora, E1:21-23

“Tu vez otros barrios, los cabros de la basura bajan pa’ todos lados a recoger la basura, acá como que parece que le duelen las patitas llegar más abajo, porque saben que acá no le dan tanta propina como en Gómez Carreño, Reñaca, otros lados, y nos vamos llenando de basura y cochiná”

Hombre dirigente, GD1: 167-170.

Vemos entonces como esta marginalidad va construyendo una valoración hacia la salud a partir de su posición territorial y sobre todo simbólica que contribuye a considerar su estado de exclusión en un sistema, lo que genera un sentido de posición dentro de la estructura que se ejemplifica desde el sistema de salud.

Estos tres elementos rescatados: El sistema, la dignidad y la marginalidad, nos muestran como la pobreza determina su discurso sobre lo que necesitan o sobre lo adecuado para lograr una calidad en la atención en salud que se espera dentro de un país en vías de desarrollo, pues a partir de sus carencias construyen valores hacia el bienestar, dando cuenta que el sistema público de salud en vez de opacar esta condición social la realza a partir de las diferencias. De este modo nos acercamos a lo que dice Katzman: “La localización de los pobres dentro de la estructura social varía no sólo según la profundidad de las brechas que los separan de otras categorías sociales en el mercado de trabajo, sino en el grado de segmentación en cuanto a la calidad de los servicios de todo tipo y el grado de segregación residencial” (Katzman, 2001, p. 172). De tal modo se da un juego constante entre lo digno y lo marginal, juego que será reiterativo a lo largo de este

análisis pues la condición de Campamento, o Toma en la que ellos viven dará pie para todas sus reflexiones en torno a la salud comunitaria.

Desde lo anterior podemos ver como el concepto de salud y de salud pública se institucionaliza a partir de esta idea de sistema, que bajo el discurso de la comunidad de Parcela 11, se relaciona con la institución como un ente incorpóreo pero determinante. Enfatizando en nuestra perspectiva teórica, vemos que nos acercamos a las construcciones objetivas y subjetivas de los sujetos (Habitus), lo que desde la perspectiva del sociólogo Pierre Bourdieu, sería revelar las coacciones estructurales que pesan sobre las interacciones (Bourdieu, 2002), refiriéndonos a las acciones y posiciones de los individuos sobre el tema de la salud comunitaria, cuestión que presentamos anteriormente cuando la comunidad de Parcela 11 otorga valor a la noción de salud desde su posición en la estructura.

A partir de lo anterior, y a modo de resumen, podríamos considerar que los elementos distinguidos como: Sistema, dignidad y marginalidad son el reflejo de luchas cotidianas, ya sean individuales o colectivas que los sujetos deben sobrellevar condicionado por los intereses y disposiciones semejantes, desde las particularidades en las que se desenvuelven para tener acceso a la salud y desde la posición que ocupan en el espacio social construido por estos mismos e identificado como comunidad (Bourdieu, 2002).

Con un análisis mayor podríamos decir que la estructura de oportunidades distinguida por Katzman, es señalada por los sujetos como *el sistema*, entendido más allá del sistema de salud, si no como mencionamos en algún momento, como un ente superior y condicionante.

Por otro lado la marginalidad y la dignidad esta dada por la posición de los sujetos en este sistema, y que nace desde el *espacio social* en donde se desarrollan.

Desde lo descrito podemos señalar que las valoraciones hacia la salud que mantiene Parcela 11 serán constitutivas de los siguientes temas de este estudio, pues se convertirán en el eje fundamental para la comprensión de la salud comunitaria, Promoción

de salud y participación, de este modo es vital la constante relación que se pretende realizar para la concreción de los objetivos, pues son los elementos centrales y propagados en el análisis temático que se realizara en cada una de las estrategias de la Promoción.

4.3. LA COMUNIDAD COMO ELEMENTO CONSTRUCTOR DE LA SALUD COMUNITARIA

Para contextualizar esta segunda parte del capítulo debemos referirnos a la importancia que ha tenido para las Políticas Públicas en Chile integrar a la comunidad dentro de la ejecución exitosa de estas mismas, lo vemos en distintas esferas más allá de la salud, como por ejemplo el Programa Quiero mi Barrio del MINVU y el Programa Pavimentos Participativos del MOP.

Dentro de las estrategias inscritas en la promoción de salud, provenientes de la carta de Ottawa en 1986, el trabajo comunitario se vuelve una de las acciones con mayor relevancia para lograr un proceso político y social que busque una actividad sanitaria efectiva que se traduzca en la prevención de ciertos determinantes sociales que actúan negativamente en la salud de los individuos.

El trabajo comunitario está concebido institucionalmente por la OMS como la inclusión del centro de salud primario en la dinámica social que envuelve a la población atendida, para de este modo trabajar conjuntamente por medio de la participación y las actividades necesarias (OMS).

Desde nuestro análisis nos parece fundamental detenernos en esta estrategia sanitaria, pues consideramos la importancia de presentar que es lo que la comunidad define como trabajo comunitario a partir de sus valoraciones hacia la salud y de su condición como comunidad, de este modo desde un análisis sociológico, dar cuenta en un primer momento las paradojas que se presentan actualmente para concebir la comunidad, la población y al individuo como sujetos participes de las reformas en esta materia, para luego, por medio de una caracterización comunitaria, acercarnos a la construcción de la salud comunitaria que realiza Parcela 11.

4.3.1. La Comunidad Frente al *Ethos* Individualista.

La comunidad desde la sociología ha tenido un vasto estudio, desde la teorías clásicas que abordan el paso de la comunidad a la sociedad propuesto por Ferdinand Tönnies y luego citado por Weber, a las teorías post modernas que discuten la relación dicotómica entre el individualismo, la comunidad y la democracia. En este apartado queremos acercarnos a aquellas que discuten sobre el papel que tiene la comunidad en la sociedad post industrial, a partir de sus alcances políticos, sociales y reivindicativos del capital social³⁸. Esta discusión nos permitirá profundizar en el análisis sobre los mecanismos para trabajar en la comunidad desde los servicios de salud, destacando cuales elementos han sido tomando en cuenta como estrategia y cuáles han sido ignorados y merecen una relevancia mayor según los antecedentes que presentaremos de Parcela 11 y el Consultorio Amigable Las palmas – Parcela 11.

La discusión entre Comunidad e individualismo es una paradoja que es importante destacar. Nuestro país desde la inclusión acelerada en los mercados mundiales ha debido sortear reformas que apuntan precisamente a la individualización de los sujetos, a su atomización más que a la permanencia y el trabajo de estos bajo el alero colectivo o comunitario.³⁹ Tal escenario da por resultados la disminución de la organización colectiva y por lo tanto la despolitización de los sujetos que los limita a poseer herramientas para trabajar comunitariamente.

Es así como se pone en la palestra la crítica del comunitarismo basada en que la sociedad moderna posee un *Ethos* individualista, y que a partir de esta idea tiene que resolverse la relación dicotómica que el sujeto tiene con las formas de entender la democracia y la justicia en la actualidad (Pérez Adán, 2005), cuestión que resalta el Sociólogo alemán Ulrich Beck, en Hijos de la Libertad (1999):

³⁸ Como definimos en la perspectiva teórica será abordado desde los valores, la protección y la identidad.

³⁹ Afirmamos tal premisa a partir de las importantes reformas laborales que apuntan a la flexibilidad de los trabajos y los trabajadores, flexibilidad que no se resiste solamente a la polifuncionalidad de los individuos, sino también a la necesidad de tener distintas fuentes de ingreso y por lo tanto distintos trabajos. Por otro lado en la escuela, la meritocracia y el credencialismo ayudan a esta visión individualista, siendo esta una casa formadora, en donde no se sustentan los valores vinculados al compañerismo, la buena comunicación y trabajo en equipo en pos de objetivos comunes poco se podrá trabajar exclusivamente en los barrios o poblaciones.

“¿Cómo puede compatibilizarse el anhelo de autodeterminación con el anhelo, igualmente importante, de comunidad? ¿Cómo es posible ser individualista y a la vez asimilarse al grupo? ¿Cómo puede congeniarse en un intrincado mundo, con una toma de posición política y una acción que vaya más allá del presente?” (Beck, 1999, p.11)

Estas preguntas son precisamente las que buscamos responder en el discurso de Parcela 11, describiremos cuales son las características que definen a la comunidad, destacando sus antecedentes socio-históricos que condicionan tales efectos, y por lo tanto nos ayudarán a reconocer los alcances del capital social y la existencia de prácticas comunitarias en la sociedad post industrial, de este modo obtener un análisis vinculativo con los valores de Parcela 11 hacia la noción de salud vistos en el apartado anterior.

Ante tal panorama surgen dos propósitos inmediatos en este momento del análisis; Por un lado buscamos conocer en primera instancia como la comunidad se reconoce a sí misma, sobre su capacidad e importancia dentro de la política pública sanitaria en nuestro país; para en un segundo momento conocer como ellos valoran la relación que mantienen con la institución de salud a modo de revelar cómo se conciben los vínculos y procesos de trabajos a partir de la paradoja entre individualización y comunidad.

4.3.2. Hacia una Caracterización de los Recursos Comunitarios de Parcela 11

Generar una caracterización comunitaria nos permitirá analizar teóricamente aquellos elementos que se vuelven como determinantes en la dinámica colectiva y que son el eje principal para la existencia y permanencia de una comunidad como Parcela 11.

Recordando que Parcela 11 es una Toma de terrenos que tiene 11 años de existencia en Forestal Alto damos cuenta que posee características distintivas que han logrado su permanencia en el sector a pesar de ser un asentamiento ilegal. Tales características podemos identificarlas a partir del discurso que genera la comunidad sobre sí misma y sobre la historia que han desarrollado como Campamento. Según nuestro

análisis Parcela 11 se define a partir de cuatro ejes: El establecimiento de leyes, normas y límites, la identidad colectiva y el trabajo político en relación al capital social.

Sin embargo estos cuatro elementos no son estáticos, han debido enfrentar procesos y desequilibrios a partir principalmente de dos ejes transversales: La individualidad y la mitificación de la comunidad.

D. Valores Comunitarios: Trabajo y formación política

Hemos considerado a los valores comunitarios de Parcela 11 como aquellas consignas institucionalizadas e internalizadas por la comunidad que hablan de la importancia de la permanencia y solidez de la población en el territorio, pues en su discurso es lo que los constituye como tales.

La historia de Parcela 11 está dada por un proceso de conflicto con la institucionalidad y con las figuras privadas que se entremezclan en su situación de Asentamiento Humano Precario e ilegal, lo que ha traído consigo la necesidad de establecer un trabajo político basado en la organización bajo comités de vivienda y en una unificación de dirigentes con una tarea permanente en pos de la radicación de la comunidad de Parcela 11 en el terreno propiedad de la Familia Bernales ubicado en Forestal Alto.

Este trabajo ha significado una escuela política para los dirigentes de Parcela 11, la gestión que hoy alcanzan con instituciones como el Municipio es bastante provechosa, pues tienen canales de comunicación sólidos y permanentes, lo que los ha posicionado en la comunidad de Viña del Mar como una población abierta al diálogo y a su vez bastante alerta de lo que sucede con su situaciones como Campamento⁴⁰.

“Todo eso de la organización para gestionar la ampliación del consultorio reuniones y un montón de reuniones, para nosotros no es nuevo, entonces todo esto para nosotros no es nuevo, nosotros que vivimos

⁴⁰Sin embargo a 10 años de un trabajo que se muestra a simple vista como exitoso no han llegado a un acuerdo concreto sobre la radicación de la población en el territorio lo que ha significado una relación infructuosa con el Municipio y con Chile Barrio en relación a un cambio real en la calidad de vida en la comunidad.

aquí que conocemos, que trabajamos en la constitución del barrio, hacer campaña, para nosotros no es nuevo”.

Hombre dirigente, GD1: 309-314

Como vemos en el discurso de los dirigentes existe una conciencia sobre el conocimiento que ellos logran obtener por causa de su situación como comunidad, lo que les permite apropiarse de una posición basada en la autoridad y en la experticia desde el trabajo político comunitario, y reconocen en sí mismo la capacidad de movilizar la comunidad en pos de propósitos definidos:

“Cuando no nos traen agua sabemos lo que tenemos que hacer, nosotros estamos al lado de la carretera, así que vamos y la paramos por un buen rato, vieran ustedes como suben rapidito los camiones, son tipos de presión que nos han dado resultados, hay cosas que son ya más emblemáticas, como llenar la Parcela de banderas negras a modo de protesta por la situación que vivimos (...)”.

Hombre poblador, GD2: 336-340

Como dijimos en un comienzo esta capacidad de gestión política se basa en un empoderamiento que ha alcanzado la comunidad y que está basando en la acumulación de herramientas para enfrentarse con las instituciones y desde otra institución como es la comunidad, es lo que nosotros pasaremos a representar como el Capital social.

Un valor asumido es la lucha contra la individualización que tenemos que entenderla a partir del proceso que se vive desde las voluntades comunitarias, el comprender que en todo momento la suma de voluntades individuales compone una comunidad, y esto puede ser beneficioso mientras este sentido individual no traspase la individualización que se rige bajo las metas personales y la concentración de poder. Resaltamos pues esta dicotomía entre las representaciones de poder y la capacidad política que tiene el poblador común es bastante discutida en las bases de Parcela 11 y ha traído conflictos en la estructura política que ha significado en momentos fraccionar la acción colectiva.

“son muy pocos los dirigentes que le van a decir a la dueña de casa oiga usted tiene derecho también de hablar, de ir, no necesariamente yo puedo como dirigente usted también tiene los mismo derechos de hablar y de imponer lo que está pensando ¿me entiende? Si el dirigente no porque sea como el jefe, tiene el poder de decir sí o no, no, la gente tiene que hablar y eso hay que transmitírsele a la gente, que detrás del presidente está el vecino, detrás del secretario esta el vecino, detrás del tesorero esta el vecino, que tienen

derecho de hablar, entonces eso es lo que te quieren enseñar, pero lamentablemente la gente se ha acostumbrado a esa mentalidad. La gente piensa que el terreno no es mío entonces no me importa si hay ratones, si hay basura, pero no sé si vaya a cambiar cuando el terreno sea de ellos, si van a seguir viviendo así, es como que chuta vamos”

Hombre poblador, GD2: 152 – 164.

De este modo hay una valoración por el trabajo político, aquel que según nuestra cita, debe ser un valor ampliado de toda la comunidad de Parcela 11, asumiendo la responsabilidad por resguardar las problemáticas en comunidad y como sujetos con voz, lo que sin duda viene dado por el trabajo y la formación política.

E. La Comunidad como protección y conflicto: El establecimiento de leyes, normas y límites

Bajo la definición de Durston (2000), la comunidad se construye en primera instancia por efectos geográficos y que a partir de tal condición se generan valores compartidos y relaciones de confianza dentro de los individuos que comparten este espacio. Sin embargo, estos valores y relaciones van a estar fuertemente vinculados a los propósitos que tenga una comunidad. Los propósitos de Parcela 11 fueron descritos anteriormente y lo que nos cabe indagar es como desarrollan su cotidianidad como comunidad resignificándola a través de la subjetivación de ciertas normas y deberes. Lo que debemos preguntarnos anterior a esto, si toda comunidad tiene naturalmente un propósito, o como menciona Durston, es la dimensión geográfica condición sine qua non para que una comunidad exista. La respuesta a esas interrogantes podemos vincularlas a lo que Bauman nos plantea sobre la comunidad: La comunidad es un espacio no sólo en el que podemos solidificar nuestras relaciones ya individualizadas por la modernidad, si no también es un espacio de protección y de pertenencia en el que generamos compromisos y reciprocidades que se sustentan en valores, leyes y normas (Bauman, 2003).

Trasladándonos al discurso de Parcela 11 sobre lo que relatan sobre su experiencia comunitaria podemos decir que ellos definen la comunidad bajo dos conceptos principales: Un espacio de protección y un espacio de conflicto.

Al referirnos a un espacio de protección, nos evocamos a la necesidad que ellos tienen como asentamiento ilegal de trabajar colectivamente para en un primer momento mantenerse en el territorio de Parcela 11 sin ser desalojados, y para luego subsistir con las condiciones de vida propias de los asentamientos humanos precarios: la falta de agua, alcantarillado y en un contexto más general, la pobreza.

Esta protección está caracterizada principalmente por el movimiento dirigencial que existe en la comunidad, el que busca de conseguir los insumos básicos desde la institucionalidad (Municipio, Gobierno regional, etc.) hasta la acción colectiva en situaciones coyunturales que pongan en riesgo la permanencia de la comunidad de Parcela 11 en el sector.

“Lo que más más más peleamos fue cuando estaba aprobada por el plan regulador la carretera que cruzaba la Parcela, cruzaba el jardín infantil pasaba por navidad, por los molles por los boldos y de ahí se iba a la carretera, golpeamos las puertas habidas y por haber y eso nos hizo engrandecernos mas como personas y lo logramos, a vista de todos.”

Mujer dirigente, GD1, 343-349.

Es así como la comunidad reconoce la necesidad del trabajo colectivo para defender su permanencia en el territorio en que se ubica Parcela 11, de manera que como pobladores deben ser capaces de proteger sus intereses como habitantes de un espacio determinado que ha sido construido por ellos mismos.

Lo anterior nos hace retomar lo que plantea Bauman sobre la necesidad de comunidad a partir de la liquidez de las relaciones de la sociedad post- industrial que no permiten la intromisión en las subjetividades de los actores y, por lo tanto, mitiga las relaciones duraderas. Sin embargo vemos en Parcela 11 una comunidad que no responde necesariamente a una unificación dada por la carencia de vínculos, si no que dada por una coyuntura que obliga a protegerse en la comunidad como único medio de permanencia y

subsistencia, primero como vivienda y luego como barrio, dando paso a que esta estaría en la colectividad obligue a compartir leyes, normas y deberes.

“Acá hay normas que respetar que se han ido haciendo con el tiempo y que tienen que ver con las responsabilidades que tenemos como habitantes de la Parcela, los comités tienen que la gente tenga sus libretas con la plata que nos piden (refiriéndose al dinero suficiente para el subsidio básico), si no se nos va a caer el proyecto con el Chile Barrio, y hasta ahí no más vamos a llegar, perdemos todos.”

Hombre poblador, GD2:270-274

Como dice Bauman, este compromiso con el territorio a partir de los valores comunes, (que en el caso de Parcela 11, se traducen en *situaciones estructurales comunes*) genera un compromiso mayor con las normas establecidas por esta y por lo tanto una triple pertenencia a la colectividad; por Condición, Convivencia y retribución.

Sin embargo la comunidad de Parcela 11 reconoce en sí misma que esta triple pertenencia genera que la comunidad se vuelva un espacio de conflicto dado principalmente por la incongruencia valórica que se le otorgan a estos elementos, lo que significa en muchos casos legitimizar procesos que no están validados *valóricamente* por la comunidad, generando un constante conflicto entre los actores que componen la comunidad de Parcela 11.

“Ahora está la embarrá con esto de que están conectándose a las cañerías del agua de los departamentos, porque si uno lo piensa eso es robar agua, y después va a venir ESVAL y nos puede demandar y nunca vamos a poder tener el agua como la gente, como corresponde, pero aquí nadie puede decir nada, porque si cae uno, caemos todos”.

Hombre poblador, E4:29-32

“Fíjese que por ese mismo problema del agua, los camiones aljibes ya no pasan por mi calle, porque saben que todas las casas tienen agua, aunque algunos no hayan querido conectarse por saber que no es lo correcto, al final van a tener que conectarse para tener agua igual que toda la comunidad, tiene que acatar”

Mujer pobladora, GD2: 40-43

Desde lo anterior vemos esta clara relación entre la comunidad como protectora, pero a la vez como un espacio de conflicto, cuestión que se asevera en algunos momentos producto de problemas vinculados principalmente a acciones fraccionarias por las que ha tenido que atravesar la comunidad de Parcela 11 dadas por esta disparidad por los

intereses, pues en un comienzo el tener agua potable significaba simbólicamente que aceptaban las condiciones de vida que tenían, por lo que un grupo se oponía de manera importante, pero no suficiente como para detener lo ocurrido. De este modo el conflicto se genera cuando existe la amenaza de quebrantar el trabajo político tan valorado por la comunidad, como vimos anteriormente.

F. La identidad colectiva.

Como comentábamos en el apartado anterior, en la comunidad se genera una pertenencia dada principalmente por la condición, convivencia y retribución, elementos que en su conjunto definen la identidad, que está vinculada principalmente por el reconocerse dentro de un espacio conformado por sujetos que comparten intereses comunes y una historia común.

“(...) esto ya no es una toma, se está transformando en una población, ya hay familias vecino gente que ha muerto aquí, ya somos una población.

Mujer dirigente, GD1: 168 – 170:

Esta definición tradicional de identidad vinculada a elementos territoriales, locales y comunitarios nos parece adecuada para un primer momento de análisis, sin embargo consideramos pertinente ampliar la discusión sobre la noción de identidad colectiva aportada por Guy Bajoit y que expresa un apremio sobre lo que no parece tan evidente a partir de lo identitario.

La identidad nace a partir de la vinculación con un modelo cultural. Este modelo cultural para Bajoit, esta dado por un *relato* que explica a sus miembros el sentido de la vida en sociedad y ayuda a proteger a los sujetos de las cuatro grandes incertidumbres o preguntas de la vida colectiva: Miedo a lo sobrenatural, a la naturaleza y a su escasez, a los otros hombres y a sí mismo (Bajoit, 2003); lo que conlleva a que los sujetos se agrupen de de distintas formas, ya sea en comunidades de sangre, de fe, según su

profesión, su clase, ideología, su tipo de consumo etc. Y de este modo, respondan a este modelo cultural que existe en múltiples dimensiones⁴¹.

Según Bajoit, el ser parte de un modelo cultural es un modo de conllevar la vida colectiva sobrellevando las dificultades que trae consigo agruparse, lo que significa de manera sencilla, cobijarse en el *relato* del modelo cultural, lo que a su vez se convierte un modo de coacción social (Bajoit, 2003).

“Nosotros llegamos aquí y construimos, todo lo que tu vez en Parcela 11, bueno o malo, más o menos, con dificultades, con conflictos, nosotros lo hicimos a pesar de que carece de todos los servicios básicos que son indispensables para llevar una vida como corresponde cashay”.

Mujer dirigente, GD1: 332 – 336

Es así como en el discurso de Parcela 11 encontramos que las acciones se legitiman bajo el *relato* último, es decir el sentido de las acciones será acorde con los objetivos intrínsecos de Parcela 11 que bajo lo que hemos visto es la radicación del barrio, lo que significa estar adscritos a un Modelo cultural de tipo técnico que según palabras del autor sería: “El modelo cultural técnico conduce a la colectividad a preferir una concepción más o menos democrática de la vida política y a confiar en el ejercicio legítimo del poder a representantes elegidos por la colectividad misma, expresando su “voluntad general”, su razón” (Bajoit, 2003, p.96), lo que significa que la comunidad considere a este tipo de vínculos y relaciones como influyentes y ávidas de posibilidades de desarrollo basado en el mejoramiento de sus condiciones materiales y sociales de vida pero adscribiéndose a los procesos establecidos para hacerlo. De este modo son capaces de elaborar estrategias a partir de su experiencia basada en la relación con el *relato* entendido como una *mitificación* de su trayectoria como campamento y que ha sido principalmente el trabajo político.

G. Formas y usos del capital social en Parcela 11.

La discusión sobre la teoría del capital social⁴² ha cobrado fuerzas por el ímpetu que éste ha tomado en las Políticas Públicas de los países desarrollados o en vías de

⁴¹ Considerar que los modelos culturales no son totalitarios, pueden existir y coexistir múltiples de estos y la adscripción puede ser total o parcial (Bajoit, 2003).

desarrollo⁴³, como es el caso de Chile. El recurrir a las capacidades que una comunidad posee en busca de conseguir metas institucionales relacionadas con el progreso se vincula con la característica que según algunos teóricos le otorgan al capital social: Desde la perspectiva del Estado; la capacidad de reducir bienes de transacción y desde la perspectiva de la comunidad; la capacidad de obtener beneficios según sus carencias o necesidades (Coleman, 1990, Putman, 2005).

Sin embargo, en este primer momento de análisis queremos acercarnos a los inicios del Capital social como antecedente teórico a partir de ciertos elementos definidos por Pierre Bourdieu, pues nos esclarecen algunos aspectos que se condicen con lo que se genera en Parcela 11.

La historia del trabajo político que describimos de Parcela 11 es un ejemplo claro de la presencia de capital social basado en la existencia de un esquema de percepción, pensamiento y acción (*habitus*) pues estamos presente a una capacidad cognitiva socialmente construida en base a la constante pelea por conseguir una mejor calidad de vida que se materializa básicamente en la radicación en el territorio y la mejora en sus viviendas.

“nosotros llegamos aquí y construimos, todo lo que tu vez en Parcela 11, bueno o malo, más o menos, con dificultades, con conflictos nosotros lo hicimos a pesar de que carece de todos los servicios básicos que son indispensables para llevar una vida como corresponde cashay”.

Mujer dirigente, GD1: 332 – 336.

Desde lo anterior consideramos que la comunidad de Parcela 11 ha desarrollado prácticas que han sido validadas por los sujetos y que guardan relación con la experiencia en tanto a los resultados obtenidos del trabajo político. Sin embargo, es necesario detenernos y analizar el sentido de estas prácticas a partir de sus objetivos específicos, si revisamos la relación medios/fines nos damos cuenta que el capital social no es un bien en

⁴²Considerando que en el Marco Teórico de esta investigación presentamos la discusión sobre la probidad Teórica del Capital social.

⁴³ Entendiendo estas acepciones a partir del Índice de Desarrollo humano.

sí mismo, se convierte en un medio para obtener un fin (Coleman, 1990), cuyo medio ya está institucionalizado, pues no se conocen, o bien no se han llevado a cabo otras formas con resultados exitosos que no sea el trabajo político en base a la organización y a la presión hacia las autoridades (lo vemos en la cita 336-340).

A lo anterior, debemos agregar la importancia de concebir el capital social como un capital comunitario⁴⁴, que según Coleman (1990) debe cumplir con dos elementos indispensables:

- El establecimiento de obligaciones y expectativas de reciprocidad.
- El surgimiento y el desarrollo de normas y sanciones, lo cual sólo es posible en tanto existan lazos tan fuertes como para garantizar el respecto hacia el mismo.

Consideramos por lo tanto que para la existencia de un capital social efectivo es necesario que la comunidad genere relaciones propias del *ser* comunidad, que según Bauman, sería el establecimiento de límites, normas, deberes y valores comunes, cuestión que ya analizamos a partir de Parcela 11 en el comienzo de este apartado y que para Bourdieu toma el nombre de Rito de institucionalización⁴⁵.

Desde una perspectiva analítica mayor, es necesario que distingamos como el capital social en Parcela 11 ha sido una herramienta que ha ayudado a la supervivencia de la comunidad, más que a un cambio de posición en la estructura o en el campo de lucha, pues ha tenido sólo resultados basados en necesidades coyunturales: Ayuda asistencial para cubrir la alimentación y la ausencia de agua potable, lo que a la luz de los hechos nos da a conocer aquello que menciona Bourdieu: la imposibilidad o posibilidad de cambiar la posición dentro de la estructura está determinada por una acción política conservadora en

⁴⁴ Esto a partir de la premisa teórica sobre el capital social como un atributo de las comunidades.

⁴⁵ Se consolida bajo el reconocimiento de las conexiones con el fin de producir y reproducir estas mismas en busca de una utilidad simbólica o material beneficiosa (Bourdieu, 1983)

busca de la dominación, que produce una inercia en las estructuras del capital, para determinar la reproducción dentro de los mismos límites posibles (Bourdieu, 1983)⁴⁶.

“(...) hay que plantearse que es posible transformar las cosas desde un punto de vista mayor, quizás las personas que están aquí porque están esperando la solución del SERVIU con las viviendas, entonces eso es un dulce que le van dando a los pobladores para que se organicen sólo pal momento y que siempre esperen que algo llegue, entonces claro, ahí uno ve la situación de la toma”

Hombre poblador, E2:52-56

A partir de lo anterior es que caracterizamos que desde la misma comunidad existe una mitificación del trabajo político llevado a cabo, pues consideran altamente provechosa la tarea realizada, pero no se ajustan a los propósitos largoplazistas de mejorar en todo ámbito su calidad de vida, no sólo a la vivienda, si no en educación, salud y trabajo, lo vemos en la crítica de algunos pobladores sobre el trabajo alcanzado.

De este modo si recurrimos a la clasificación del capital social según su forma y modo de relación, podríamos ver que este es un capital social de tipo estructural vertical⁴⁷, pues se logran incorporar al aparato burocrático de una manera bastante efectiva, lo que ha generado según su historia política, aprender sobre los procedimientos más efectivos para conseguir sus objetivos de mediano plazo, que a pesar de considerar la obtención de sus viviendas como el fin último, el cuestionamiento por el proceso es un debate en la oscuridad.

⁴⁶ Hablar de los elementos externos que condicionan tal relación con el trabajo político y con el capital social sería entrar en un ámbito demasiado extenso para esta investigación.

⁴⁷ Identificando al capital social estructural como aquel “que incluye los roles, reglas, precedentes, procedimientos, así como la amplia variedad de redes que contribuyen a la cooperación” (Kawashi y Sapaj, 2007, p. 141), y su característica de horizontal cuando “los grupos interactúan con distintos niveles de poder y recursos, por ejemplo, alcaldía y población pobre; este tipo de relación se conoce como tipo ‘linking’ y sería central en el proceso de definición e implementación de las políticas públicas” (Kawashi y Sapaj, 2007, p. 141).

4.3.3. Parcela 11 y su Perspectiva de la Salud Comunitaria.

Para introducirnos en el concepto de Salud comunitaria debemos reconocernos ante dos frentes que debemos conciliar para de este modo conocer como la comunidad utiliza sus recursos socioculturales en pos de trabajar los aspectos ingratos que identifican en la salud.

En primer lugar que las valoraciones de la salud en Parcela 11 están determinadas por tres elementos: Sistema, dignidad y marginalidad, que se conjugan, en un segundo lugar, por la caracterización comunitaria de Parcela 11 que nos arroja cuatro unidades componentes: Trabajo y formación política, la comunidad como un espacio de protección y de conflicto, la identidad colectiva bajo un modelo Cultural de tipo técnico y un capital social estructural/vertical.

A sí mismo es que buscamos identificar en la concepción de salud comunitaria que desarrolla Parcela 11 la presencia de la interrelación posible entre lo que identifican propiamente como salud y sus características comunitarias distintivas. De este modo establecemos que la salud comunitaria desde el discurso de la comunidad emplaza dos perspectivas que son centrales para comprender las valoraciones que Parcela 11 entrega a tal proposición: por un lado a partir de sus expectativas, *la cosmovisión de una comunidad saludable*, y por otro lado desde sus prácticas, *una comunidad que trabaja por lo saludable*. Buscando conocer lo semántico y lo pragmático de las valoraciones hacia el concepto de salud comunitaria.

A. La cosmovisión de una comunidad saludable desde Parcela 11.

El sentido semántico que Parcela 11 le otorgan al concepto de comunidad saludable esta dado por dos cuestiones fundamentales: El desencuentro entre sus condiciones de vida que genera la percepción de la salud como un estado problema, y por el conflicto como una característica comunitaria que dificulta lo saludable.

“Que fuera un lugar donde donde se conviviese de forma pacífica, eso para mí es una comunidad saludable, en donde tenga todos los elementos básicos para sobrevivir”.

Mujer dirigente, GD2:70-72

De este modo nos enfrentamos a una perspectiva material dada por los servicios básicos y una simbólica dada por la buena convivencia.

La perspectiva material continúa la línea definida desde las valoraciones hacia la noción de salud que genera Parcela 11 desde su posición desigual dada por la carencia en los servicios básicos, posicionándose así como una comunidad desvalida frente a otras, lo que les impide sentirse parte de una comunidad saludable.

“saludable es la que tiene todos los recursos al alcance de la mano y no estoy hablando de la comunidad Reñaca Bajo ni Gómez Carreño ni bosques de Montemar donde vive gente con cualquier cantidad de recursos, si no que por lo menos que me permita vivir con lo básico”

Hombre dirigente, GD1:75-79

De este modo Parcela 11 define a la comunidad saludable como un estado al cual no pertenecen, pues como vemos en la primera cita lo plantean desde un ideal o desde un posible futuro, para luego en un segundo momento diferenciarse de aquellas comunidades que si pueden acceder a una mejor calidad de vida.

Al ir en busca del sustrato simbólico que tiene para Parcela 11 la salud comunitaria nos encontramos con un eje analítico visto en la caracterización comunitaria: La comunidad como un espacio de protección y de conflicto.

“pero lamentablemente como digo, es que dentro de lo insaludable nos encontremos con personas que entran en situaciones de conflictos y al final no se progresa”.

Hombre poblador, GD2: 370- 372.

El conflicto⁴⁸ es en este caso el tema protagónico, y es reiterativo en el discurso de Parcela 11 al momento de definir *lo saludable*, pues está enmarcado dentro de las problemáticas que deben enfrentar diariamente como comunidad al requerir continuamente de la organización y de la ayuda de la población en su conjunto para

⁴⁸ Visto desde una perspectiva discursiva, no teórica.

resolver las problemáticas que diariamente se presentan por la constante disputa legal en la que se encuentran por el territorio.

“Yo creo que una comunidad saludable con los vecinos, por lo menos es un tema, hay veces que aquí se nota mucho en este tipo de poblaciones, los vecinos parten muy bien hasta que descubre quien es el vecino y si descubren que el vecino es ladrón, tiene malas artes y se acaba esa armonía y se convierte en una comunidad no saludable”

Hombre dirigente, GD1: 81 -88.

De este modo reconocen la importancia que tiene la colectividad para dar probidad a la comunidad saludable, sin embargo clarifican que esta colectividad debe superar las relaciones sociales infructuosas para convertirse en saludable.

B. Parcela 11: Discursos y prácticas en torno a la comunidad saludable.

Los antecedentes del trabajo político y del capital social caracterizados en Parcela 11 nos adentran a conocer las acciones desarrolladas en torno a la salud en base a sus valoraciones sobre una comunidad saludable. Si bien en este capítulo no abordaremos las prácticas realizadas, daremos a conocer la percepción que se tiene sobre estas para luego profundizar a partir de la Promoción de Salud y de la participación en los siguientes capítulos.

Desde la instauración del Consultorio Amigable en el sector aledaño a Parcela 11 y desde las relaciones cooperativas que se dan desde este entonces es que la comunidad incorpora en la concepción de su trabajo político, el trabajo a su vez por una comunidad saludable. Para Parcela 11 es un tema complejo debido a los elementos simbólicos (descritos anteriormente) que dificultan los procesos de discusión y de debate sobre sus problemáticas en la salud.

“Entonces si hablamos de cultura, hablamos de educación a nosotros nos han enseñado a lavarnos los dientes, a lavarnos la cara, a hacernos el aseo como corresponde porque es la salud y después preocuparnos del entorno, de nuestra comunidad, y se nos ha hecho complicado”.

Mujer pobladora, GD2:197-203

Un elemento importante que se determina como enfrentan acciones en torno a la salud comunitaria está vinculado con el aprendizaje político que como comunidad han desarrollado, y que vimos en la caracterización comunitaria, pues se vincula con la capacidad de gestionar con las instituciones con el fin de favorecer a la institución de salud, es el caso de su apoyo al Consultorio para la ampliación de este⁴⁹, fueron actores importantes al momento de la presión social y política para que se concretara la ampliación.

“Nosotros ayudamos en todo lo que pudimos, juntamos firmas, hicimos reuniones, mandamos cartas”

Hombre dirigente GD1: 503

De la misma forma distinguen como este puede ser un impedimento para ampliar la línea de acción y de intromisión de la salud comunitaria.

“Otro problema es que la gente acostumbra a creer que todo lo tiene que hacer la municipalidad, por poco tiene que venirle a hacer aseo a la casa todos los días entonces nunca le dicen a la gente que no, ellos dicen no si la municipalidad viene a sacar la basura, entonces es el dirigente el encargado de traer los camiones para sacar la basura pero la gente no lo ayuda po’ y se genera un desastre con la basura”.

Mujer pobladora, GD2:146-151

De este modo vemos como la existencia de este capital social estructural ha forjado una manera de trabajo que se adscribe a la institucionalidad, lo que en ciertos momentos es altamente valorado por la comunidad, al momento de querer profundizar en ciertos elementos para mejorar su calidad de vida se ven imposibilitado por la educación que han elevado desde su experiencia.

De este modo comprenden una labor en la salud comunitaria basada en la presencia comunitaria para resolver acciones emprendidas por el Consultorio, manteniendo la importante idea de que lo saludable se perspectiva desde lo que deben

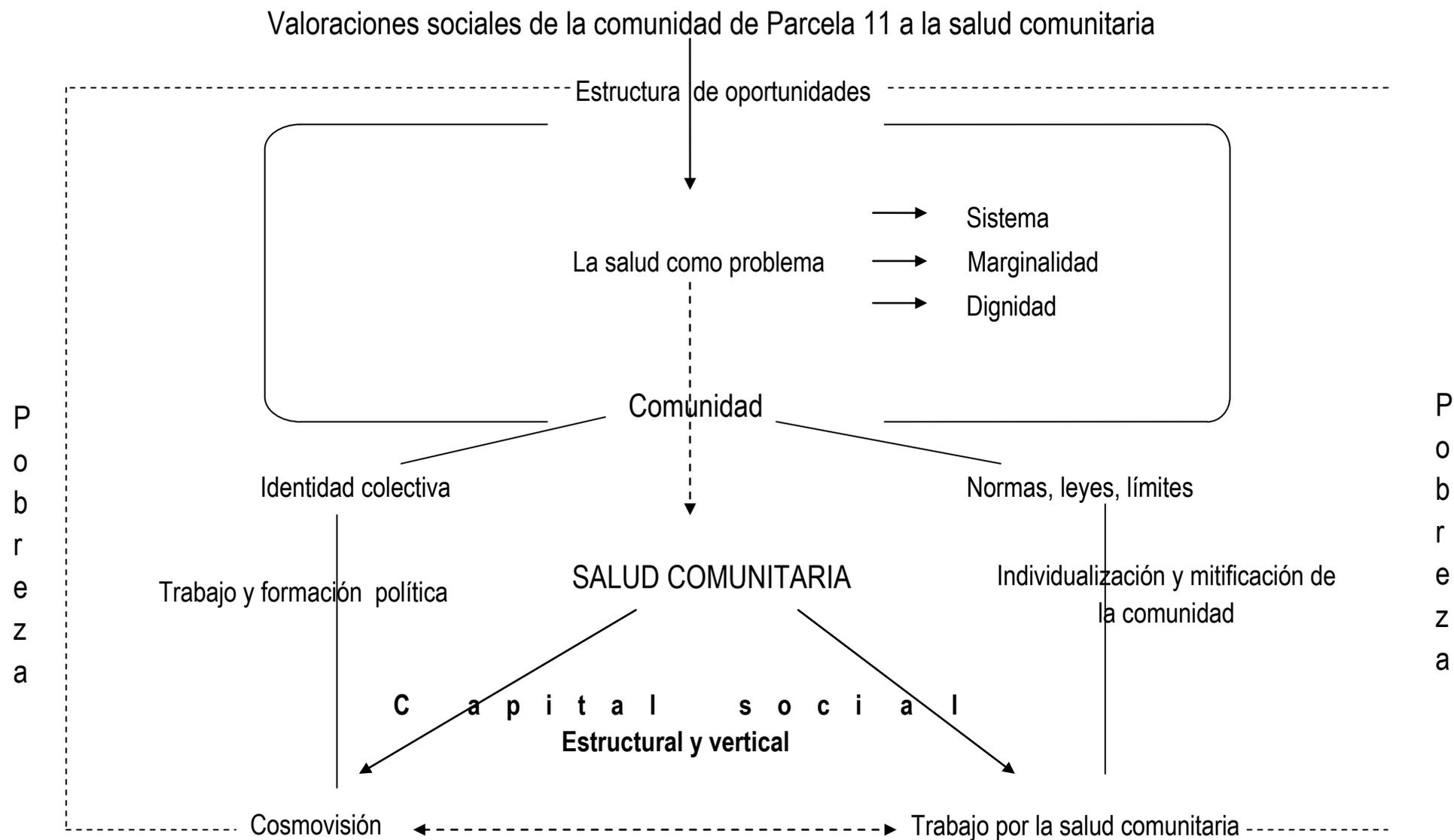
⁴⁹ Durante un año se estuvo gestionando la ampliación dos módulos del consultorio, para eso se generaron intervenciones del mismo consultorio en conjunto con la comunidad.

construir y de las barreras que deben derribar, más allá de lo que poseen desde la perspectiva material y simbólica.

De este modo establecemos que:

La construcción del concepto de salud comunitaria en Parcela 11 nace desde sus valoraciones del concepto de salud como un estado problemático, por lo tanto lo saludable se presenta como un *ideal*; un ideal desde las posibilidades estructurales que permiten el acceso al bienestar y como un *ideal en términos de una convivencia que consolide su permanencia*. Ahora, ¿como los recursos comunitarios son utilizados para trabajar a favor de posibilitar condiciones y manifestar una superación o resistencia a lo que identifican como sus amenazas (sistema en términos del sistema de salud e individualidad e términos comunitarios)? Son utilizados de acuerdo al aprendizaje que han generado como comunidad de acuerdo a los elementos que los unen, la permanencia en el sector y de acuerdo a como han sido enseñados a hacerlos, a una institucionalización de los procesos visualizada desde el capital social estructural de tipo vertical.

Sin embargo, la cosmovisión y los discursos y prácticas sobre la salud comunitaria aquí planteados son elementos introductorios para la comprensión de cuestiones más generales relacionadas con las valoraciones hacia la Promoción de salud, cuestión que a su vez debe ser entendida a trasluz con lo que manifiesta el Consultorio Amigable sobre la misma temática.



5. LA CALIDAD DE VIDA A PARTIR DE LA DESIGUALDAD: Los ejes significativos de la promoción de salud.

La implicancia que ha tenido en los servicios de salud el reconocer a los determinantes de la salud de carácter medioambientales, macrosociales y comunitarios, que son considerados como los de mayor influencia al momento de la conformación de un estado de salud completo⁵⁰, ha significado avocarse hacia cuales son los factores de riesgo sociales presentes en las localidades más vulnerables de nuestro país.

La existencia hace diez años del Plan Nacional de Promoción de Salud hace posible la identificación de cuáles son los agravantes de la salud de los chilenos, por medio de datos estadísticos se ha logrado generar una lista sobre las principales causas de muerte y de enfermedad, lo que da paso a identificar los llamados factores de riesgo a nivel de las 308 comunas de Chile en donde se ha implementado el Plan.

La salud primaria al ser dependiente de los servicios de salud de su comuna debe acoger estos factores de riesgo, que en el caso de Viña del Mar son Accidentes, Malnutrición, problemas cardiovasculares y Salud mental y colaborar desde estrategias de promoción a la mitigación de tales situaciones.

La promoción de salud se reconoce en su sentido más general como “una respuesta social organizada, multisectorial y multidisciplinaria para mejorar la salud y el bienestar de la sociedad” (García, 2000), lo que significa que no basta con el esfuerzo que se realiza desde las instituciones, sino que se hace necesaria la cooperación de otras esferas sociales como son los medios de comunicación, la escuela y la comunidad. Ya en el primer capítulo generamos una revisión sobre los elementos que constituyen a la comunidad de Parcela 11, sin embargo es necesario perspectivar esa información en relación a la promoción de salud, acogiendo los sustentos constitutivos de la salud comunitaria para

⁵⁰ Tomando en cuenta que estudios plantean que los determinantes de la salud de carácter medioambientales macrosociales y comunitarios ocupan un porcentaje de un 50% en la conformación de un estado de salud completo, seguido por la asistencia sanitaria (25%), la biología genética (15%) y el medio ambiente físico (10% (Tarlov, 1992).

acercarnos al segundo objetivo de esta investigación que apuntaba a conocer los factores de riesgo sanitarios identificados por la comunidad, con el fin de compararlos con los factores de riesgo propuestos en el Plan Nacional de Promoción de Salud, para de tal modo, poder reconocer los alcances objetivos de la política pública implementada en este caso en el consultorio Amigable Las Palmas- Parcela 11, generando un análisis sobre las implicancias que tiene en la promoción de salud las condiciones estructurales que definen su contexto sanitario.

5.1. LA APUESTA INSTITUCIONAL PROMOCIONAL FRENTE A LA REALIDAD

COMUNITARIA

Dentro de nuestra propuesta metodológica presentamos la importancia de tener el discurso de la institución de salud encargada del sector, con el fin de describir las acciones desarrolladas en torno a los determinantes sociales de la salud, su manera de enfrentar la promoción y los significados que se le asocian. Con tales antecedentes seríamos capaces de establecer un diálogo entre la perspectiva institucional y lo que la comunidad considera y valora en torno a la promoción de salud y a los elementos involucrados que condicionan la relación entre el reconocimiento de sus factores de riesgo y los mecanismos atenuantes de estos.

Al tener discursos de los tres estamentos que se involucran con la promoción de salud (Médico de Cabecera, Asistente social y Nutricionista), contamos con un espectro mayor de lo que se hace en materia sanitaria dentro del Consultorio, logrando conciliar y diferir las posturas en determinados temas y que de cierto modo construyen el modelo de trabajo del equipo. Tal información para darle un sentido práctico y pertinente a los objetivos de investigación era necesaria compararla con el discurso que la comunidad genera frente al tema, y que fue como sabemos obtenido gracias a las técnicas de producción de información (grupos de discusión y entrevistas personales).

Del análisis e interpretación de las posiciones institucionales (Consultorio y comunidad) logramos caracterizar tres elementos comunes que son de gran importancia

para comprender el trabajo y las valoraciones que envuelven la promoción de salud en Parcela 11:

- La noción de factor de riesgo
- Los factores de riesgo como una disyuntiva entre la política pública y la comunidad
- El sentido y los modos de acción que conlleva la promoción de salud.

5.1.1 La noción de factor de riesgo

A. La noción de factor de riesgo desde la perspectiva del Consultorio Amigable Las Palmas – Parcela 11.

La noción de factor de riesgo que desprendemos del discurso de los estamentos del consultorio viene caracterizada a partir del conocimiento experto⁵¹ que un equipo de salud debe tener sobre el panorama epidemiológico y sanitario dado en su formación. Este conocimiento lo vemos representado a partir de la división propia que generan del origen de los determinantes que condicionan la salud, dando cuenta de la naturaleza de los riesgos sanitarios que atentan contra la comunidad en cuestión, estableciendo por lo tanto, la diferenciación entre un determinante biológico de uno social, de este modo esclareciendo la línea de trabajo que llevan adelante.

(...) y también hemos trabajado con ellos lo que es el auto cuidado del cuerpo, con respecto si ellos conocen por ejemplo donde está el corazón, si como para que es importante, las funciones, eso como por el lado de la enfermedad.

Nutricionista, E1:33-35

Si bien lo mencionado anteriormente en cierto modo define una línea de trabajo, en otro momento impide la asociación de las causas de los factores de riesgo, pues se genera

⁵¹ Entendemos como conocimiento experto como aquel que se elabora a partir de la posición que ocupa el sujeto dentro del campo profesional.

una diferenciación a partir de su proyección más que indagar sobre la naturaleza determinante de ciertos factores negativos.

“La verdad no son muchas” (...) (Asistente social) En cuanto a la pregunta sobre las problemáticas sanitarias, en el contexto de describir una serie de problemáticas relacionadas con la calidad de vida a partir de la vivienda.⁵²

Asistente social, E1:331

” (...) en la Parcela 11 que son tomas de terrenos, allá al principio tuvimos unos brotes de como se llama de hepatitis y bueno todo lo que tiene que ver con las condiciones propias de asentamientos precarios (...)

Médica, E1: 113 -124

De este modo vemos un reconocimiento de problemas epidemiológicos dados por su condición social, sin embargo se incorporan como cuestiones comunes, ya que reconocen una serie de factores de riesgo propios de determinantes sociales, pero no le otorgan una relevancia tal como para considerarlos problemas sanitarios, punto que diferirá del discurso de la comunidad como veremos a continuación.

B. La noción de factor de riesgo desde la perspectiva de la comunidad de Parcela 11.

La comunidad de Parcela 11 al momento de identificar cuáles son los elementos que afectan negativamente a su salud construyen el factor de riesgo a partir de las carencias de los servicios básicos, por lo tanto de sus carencias existenciales materiales, lo que significa otorgar efectos causales a sus enfermedades de carácter biológicas en un trasfondo social, generando así la noción de factor de riesgo a partir de sus *valoraciones hacia la salud*, y como comentamos en el primer capítulo, las valoraciones estarán dadas por la posición que el individuo ocupa en el campo, en este caso la condición de pobreza.

“Parte también de lo saludable es la limpieza, nosotros estamos en una parcela en donde no hay alcantarillado el agua la traen por lo tanto tenemos agua como para lo mínimo (...)”.

Mujer pobladora, GD2:90-92

⁵² Ver más adelante en Factores de riesgo identificados por el consultorio.

“hay cosas que afectan nuestra salud, que tienen que ver con las condiciones de vida que tenemos. Nosotros tenemos un tema más fuerte vinculado a nuestra situación (...)”

Mujer dirigente, GD1:328-331

“hay muchas cosas en el entorno que está metido en la salud, en la mayoría de nuestros asuntos (...)”

Hombre dirigente, GD1:60-61

En la construcción de la noción de factor de riesgo queda sólo estimado a los determinantes sociales que afectan su estilo de vida saludable, lo que genera una disparidad entre la noción extraída del equipo médico, pues este como tal debe ser capaz de generar un espectro mayor de los determinantes involucrados en el estado de salud, sin embargo a pesar de lo anterior, restan valor a aquello que se relaciona con la condición de vida, o más que restar, lo consideran como un problema inherente y con dificultades de ser abordado como consigna principal de la resistencia a los factores de riesgo.

5.1.2. La construcción social de los factores de riesgo como una disyuntiva entre la política pública y la comunidad.

A. La relación entre los factores de riesgo identificados y los Factores de riesgo trabajados por el consultorio en Parcela 11⁵³.

Para exponer los mecanismos de acción que desarrolla el Consultorio Amigable en relación al trabajo sobre los factores de riesgo, debemos concentrarnos en el piso institucional y burocrático que sustentan tales acciones y decisiones, pues a partir de lo extraído de las conversaciones con el personal médico, vemos una constante elaboración programática a partir de las evaluaciones que contempla el Plan Comunal de Promoción de salud y que exige la incorporación al trabajo de ciertos factores de riesgo pre establecidos a partir de las estadísticas comunales en materia sanitaria.⁵⁴

⁵³ La relación existente entre lo “identificado y lo trabajado” nace de aquello que se reconoce como presente: lo identificado, sin embargo aunque se considere presente no necesariamente es abordado o combatido, en el caso de los factores de riesgo.

⁵⁴ Estas estadísticas se realizan a partir de los datos de las Seremis de Salud a nivel regional.

“Acá está el Plan Comunal de Promoción de Viña del Mar. Del Plan comunal nos encargamos los promotores de salud, los promotores de cada consultorio de hacer las reuniones con la encargada del Plan comunal y hay metas que tenemos que cumplir, (...) este año hemos trabajado muy con el Oscar Marín Socias (Liceo del sector) en lo que es factores protectores psicosociales con respecto a lo que es el autocuidado y ahora vamos a trabajar alimentación saludable, o sea esa es lo que viene desde el Plan comunal”.

Nutricionista, E1:101-106

Se presenta claramente como los recursos humanos, económicos y estratégicos deben ir en busca de cumplir las metas emanadas desde el Servicio de salud Municipal, lo que disminuye la posibilidad de trabajar los propios factores de riesgo que ellos identifican.

D: “Nosotros la promoción de salud la trabajamos a Partir del Plan Nacional de Promoción de Salud.”

E: ¿Con las enfermedades establecidas por este?

D: Si, pero también en base a las necesidades que de pronto van surgiendo, por ejemplo por lo que te señalaba antes en la Parcela, eso implico que se hiciese un trabajo dirigido a eso”.

Médica, E1:234-245

A partir de lo anterior se desprende la existencia de situaciones que atentan contra un estado saludable y que deben ser atendidos para no caer en una crisis sanitaria, como es fundamentalmente el tema del agua. Sin embargo, el Consultorio desde su condición y posición dentro del sistema de salud tiene bastantes dificultades para trabajar la promoción desde un eje cercano a los problemas más urgentes pues debe cumplir con el Programa encomendado desde el nivel central, lo que genera una contradicción, pues precisamente los problemas sanitarios existentes están vinculados con las afecciones mayores como las que propone el Plan comunal de promoción. Lo anterior se cruza de cierto modo, con la noción que tienen de factor de riesgo, reconociendo los determinantes sociales y minimizando los vinculados a las condiciones de vida, cuestión que vemos reafirmada al momento de recopilar cuales son los factores de riesgo que ellos identifican

y sobre cuales trabajan realmente, bajo el precepto de la prevención⁵⁵, como lo presentamos a continuación:

Factores de riesgo identificados por el Consultorio	Factores de riesgo trabajados por el Consultorio.
MEDIOAMBIENTALES { Ausencia de alcantarillados Aguas contaminadas Pozos negros Microbasurales	MEDIOAMBIENTALES { Forestación
SOCIOCULTURALES { Mala alimentación Responsabilidad sexual adolescente Maltrato verbal → Salud mental VIF	SOCIOCULTURALES { Alimentación saludable → Huerto VIF Educación sexual pre escolar Actividad física Adultos mayores
BIOLÓGICOS { Inmovilizados Hepatitis	BIOLÓGICOS { Desarrollo psicomotor Inmovilizados Cáncer cérvico uterino

Cuadro N°7 Factores de riesgo identificados y Factores de riesgo trabajados por el consultorio Amigable.

En el cuadro N°7 vemos tres ejes comunes de identificación y de acción: Factores medioambientales, socioculturales y biológicos, sin embargo la diferencia se presenta en la priorización de ciertos factores de riesgo que se desprenden de estos ejes. Esta priorización, como comentábamos anteriormente, vienen dada por la el trabajo homogenizado a nivel local que se da respecto a la promoción de salud, fomentando especialmente la correcta alimentación, la estimulación de actividad física y líneas de preocupación nacional como es el embarazado adolescente.

Si bien hay antecedentes estadísticos que validan la opción a trabajar por determinados factores de riesgo en la Comuna de Viña del Mar, vemos como el cuadro muestra la importante fuga de elementos que condicionan el Bienestar de Parcela 11, elementos dados por su calidad de Asentamiento humano precario, pues se realiza como el determinante medioambiental es invisibilizado a la hora de dar respuestas organizadas.

Sin embargo que en la actualidad no se cuente con un trabajo en contra de los problemas sanitarios que aquejan a Parcela 11 no indica que esto no se haya realizado, de hecho se han montado dos importantes campañas: Agua y Hepatitis.

⁵⁵ Lo que quiere decir que no necesariamente son elementos que estén en la actualidad afectando a la Comunidad de Parcela 11, si no que apuntan a la prevención de estos elementos a partir de las líneas generales que procede el Ministerio de salud en su Plan de Promoción.

En el caso del agua se han llevado a cabo campañas para aprender a tratarlas debido a la poca cloración con que es entregada por parte del municipio, intervención que no han tenido un alto impacto, debido precisamente a los elementos políticos que significan estas campañas, pues lo que la gente espera es la solución en base a la instalación de alcantarillados no a mantener la situación en la que se encuentran, por lo tanto acoger este tipo de capacitaciones sería validar el sistema de vivienda contra el que trabajan. Es decir, legitimar una situación que pretenden modificar.

(...) estuvimos analizando los niveles de agua, si está muy contaminada o no, no tuvo mucho éxito la verdad porque la gente estaba más enfocada la verdad en ver si le iban a poner por ejemplo eh alcantarillado, entonces ellos tenían otras necesidades por lo tanto fue una mala intervención la verdad”.

Nutricionista, E1:19-22.

Un tema que se desprende de la mala calidad del agua es la proliferación de hepatitis, para lo cual se estableció una campaña de vacunación en donde desde el Servicio de salud Viña del Mar- Quillota se enviaron 40 vacunas, estas fueron divididas en relación a la cantidad de comités, a los cuales les correspondió cinco vacunas.

Lo anterior generó una reacción negativa de la población que compone el Centro Cultural de Parcela 11, pues manifestaron que las dirigencias manipularon las vacunas y sólo fueron favorecidos los niños cercanos y no la comunidad completa, para la cual se redactó una carta que manifestó el desacuerdo con el criterio de selección, pues la prioridad debió estar centrada en los niños con mayor vulnerabilidad en vez de una repartición equitativa⁵⁶.

“Creemos irresponsable traspasar a los dirigentes la responsabilidad de seleccionar a quienes se benefician con esta campaña, ya que se desconocen los criterios de selección, existe ausencia de educación en el área de la salud y consideramos que es una tarea para especialistas”

Fragmento Carta CC Un Mundo Mejor A Consultorio Amigable 25 de agosto, 2008

⁵⁶ La carta enviada por esta organización comunitaria se puede revisar en los anexos de esta investigación.

Lo anterior muestra como existen fugas sobre situaciones que deben ser abordadas con mayor profundidad apelando a prácticas preventivas y promocionales acorde con las características comunitarias de Parcela 11.

B. Los Factores de Riesgo identificados por la comunidad de Parcela 11.

Al trasladarnos a la comunidad vemos la claridad con que ellos exponen los factores de riesgo que dañan su salud, les otorgan una naturaleza y distinguen los efectos que tienen en su vida cotidiana:

“La tierra, el levantamiento de polvo, el polvo, El polvo, ¡Si el polvo! (...) Y ese es un problema que no tiene que ver con nosotros porque podemos preocuparnos de no tener basura pero el polvo esta, aunque echemos agua, aquí en el sector se le levanta mucha tierra y ese es un problema y cuando pasan las micros, la gente que es asmática”.

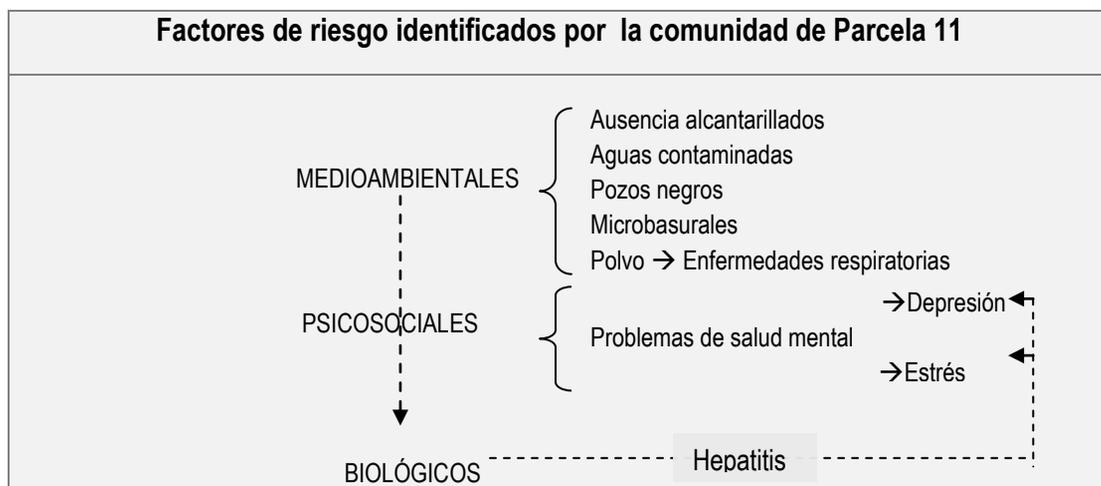
Mujer pobladora, GD2:135-146

“ (...) Por ultimo por mi familia, para mejorar su calidad de vida de que no vivan estresados, porque ellos se estresan viviendo en mucha pobreza con la constante necesidad de un baño como la gente (...)”

Hombre poblador, GD2: 338 – 341

Vemos en las citas presentadas a modo de ejemplo, como enfermedades que desembocan en un trastorno biológico le atribuyen un origen social, lo que genera un significado en torno a las problemáticas de la salud que se vincula de manera directa con el discurso comunitario que enfrentan para mejorar la calidad de la vivienda y como consecuencia acabar con los factores de riesgo que los amenazan.

A modo de resumen podemos considerar los principales factores de riesgo que distingue la comunidad:



Cuadro 8. Factores de riesgo identificados por la comunidad de Parcela 11

Damos cuenta en el cuadro N° 8 la relevancia que le otorgan a los factores medioambientales, los cuales provienen directamente de sus condiciones de vida. Visualizamos a la vez la interconexión que se genera en relación a los factores biológicos como la causa de los medioambientales, teniendo un claro espectro del discurso de la comunidad frente al problema sanitario. Un elemento fundamental que se visualiza en el cuadro es la aparición de los problemas de salud mental provocados por las condiciones precarias de vida y sobre todo el hacinamiento que pena a la mayoría de las familias de Parcela 11. Sabemos que la proliferación de enfermedades asociada a la salud mental es un escenario transversal a la sociedad chilena y que sus orígenes están focalizados continuamente en las condiciones laborales, sin embargo los antecedentes de Parcela 11 resignifican la importancia del trabajo colectivo al momento de enfrentar la salud mental. De este modo es fundamental recapitular hacia los elementos que condicionan la noción de salud para reconocer cual es la figura que prima como dentro de los determinantes sociales. Cuestión que podemos ver más claramente si nos trasladamos al cuadro N°7, en donde figuran los factores de riesgo identificados y trabajados por el consultorio Amigable vemos una similitud potente entre los identificados por la comunidad.

Profundizando en el análisis vemos como dos instituciones se enfrentan de acuerdo a los conflictos de intereses que cada una posee, por un lado el consultorio debe asegurar el bienestar para la comunidad que atiende, pero a la vez debe responder al aparato público del cual es parte integrándose a los Planes y Programas que este estime

conveniente para el mejoramiento de la calidad de vida, cuestión que genera un salto cualitativo importante al momento de conocer lo que espera la comunidad respecto a la mitigación de los factores de riesgo, que desde un aspecto se relaciona con sus intereses políticos respecto a la vivienda y otro inmediato que figura como el estado de salud de los sujetos que componen la comunidad.

“(...)o sea no soy la más adecuada para hablar pero él no fumar, el no carretear, el no tomar en exceso, y comer bien a uno le permite tener un estado de salud bueno pero a nosotros también nos han afectado otras cosas que son más importantes que esas que tiene que ver con las condiciones de vida que tenemos(...)”

Mujer dirigente, GD1: 323-327

A partir de lo anterior podríamos considerar que implementar la promoción de salud ante tal escenario de conflictos⁵⁷ entre instituciones se vuelve complejo, sin embargo desde la perspectiva del consultorio, ellos llevan un importante trabajo en esta materia, cuestión que es altamente reconocida por la comunidad, generándose entonces una disparidad entre el primer momento del discurso (sobre el reconocimiento de los factores de riesgo) y un segundo momento (los ejes significativos de la promoción de salud), cuestión que pretendemos mostrar en el siguiente punto, en donde nos acercaremos a las valoraciones sociales que implican la promoción en Parcela 11.

⁵⁷ Entendiendo conflicto no como un enfrentamiento material si no a partir de la existencia de dos posiciones diversas

5.1.3. El sentido y los modos de acción que conlleva la promoción de salud desde el Consultorio Amigable

Desde nuestras anteriores consideraciones como la noción de factor de riesgo y el panorama que se puede obtener de estos desde el consultorio, damos paso al asunto que envuelven estos dos elementos: La promoción de salud.

Sabemos la importancia que merece La Promoción de salud en la atención primaria pues la mayoría de los esfuerzos que se buscan como equipo de salud van en relación a generar prácticas preventivas y promocionales que sean efectivas para la población, de este modo significa a largo plazo disminuir los costes en recursos humanos y económicos que se emplean para mejorar la salud de los chilenos.

Sin embargo existen condiciones y disposiciones que trazan la manera de implementar la promoción de salud y que están dadas principalmente por la conformación de equipo de trabajo, la visión que este tenga sobre el hecho de promocionar ciertos estilos de vida y la capacidad de la comunidad de responder organizadamente a la promoción de salud, ya sea a partir de la imposición del consultorio, o bien, desde sus propias inquietudes sanitarias, de este modo dar profundidad a lo presentado anteriormente sobre la divergencia entre los factores de riesgo trabajados y los identificados. Dado lo anterior es que discutiremos los discursos que se levantan en el equipo de salud del Consultorio Amigable Las palmas – Parcela 11, enfocando nuestro análisis en el elemento institucional de la promoción de salud, que genera en un piso material la visión que se tiene sobre el uso de la Promoción de salud y los modos de implementación que son llevados a cabo por el personal de salud.

A. Los aspectos institucionales de la Promoción de salud

La institucionalización se entiende a partir del origen estricto que la promoción de salud posee y que esta dado por la investigación e innovación de las organizaciones mundiales asociadas a la salud que nacen desde la OMS y que establecen líneas de acción

vinculadas a determinados factores de riesgo, cuestión que incorpora el Consultorio Las Palmas – Parcela 11 al ser un servicio público de atención perteneciente al Ministerio de salud.

“(…)que la parte promocional es como nuestra bandera de lucha en la idea de ir disminuyendo las patologías emergentes del siglo 21 e ir previniendo las nuevas patologías que se vienen de este periodo de stress y bueno de (…)”

Médica, E1:200-204

“Nosotros hacemos visitas integrales a todo lo que, a todos las obligatorias que tenemos que hacer las hacemos obligatorias justamente para tener una visión un poquito más amplia porque la actividad promocional siempre ha estado ligada a la atención primaria”

Médica, E1:224-227

(…) las grandes actividades promocionales nosotros hemos sido lo que hemos tratado como de llevar un poco el cuento”. (Nutricionista) Respecto al origen de las actividades promocionales.

Nutricionista, E1:70-72

La institucionalidad nos acerca a dos tópicos principales; La promoción viene dada como noción teórica a partir de un aparato creador superior que genera una línea de acción y de materialización de la política de salud, que por otro lado es fiscalizador a partir de los tratados existentes en este ámbito⁵⁸. En un segundo lugar, el piso institucional que posee la promoción genera que la comunidad sea acoplada a este eje innovador a partir de sus recursos comunitarios, no es un elemento basado netamente en la cooperación igualitaria de las partes constitutivas, cuestión que resaltamos si consideramos la noción construida de salud comunitaria para Parcela 11 y que argumentaremos a partir de la visión e implementación.

⁵⁸ Y Presentadas en el Marco teórico de esta investigación: Los tratados de Alma –ata, Ottawa y Yakarta en donde han sido definidas las líneas de trabajo por y para la Promoción de salud.

B. Visiones sobre la promoción de salud

La visión de promoción que lleva a cabo el Consultorio Amigable Las palmas – Parcela 11 se caracteriza por el sello de la salud familiar dada la experticia del equipo médico en esta materia. Es así como se genera una forma de concebir el trabajo enfocado a mantener un estado de bienestar favorable para la comunidad a partir de prácticas tales como contar con un médico de cabecera y de una ficha familiar, espacios y elementos en donde se trabajan las patologías considerando el grupo más cercano, como el grupo familiar, hasta el más indirecto, como podría ser la comunidad.

(...) hemos querido darle el sello más de la atención en medicina familiar y eso que tiene que ver con que haya un médico, es decir el médico de la familia, (...) (...) nos arrogamos un poco de llamarnos el equipo cabecera de las familias que atendemos acá arriba y eso tiene que ver no sólo con el hecho de contar con un médico de familia (...)

Médica, E1:66-72

(...) trabajamos con la carpeta familiar, nuestro índices son las familias, a partir de ellos ya ehh, yo diría que eso es lo más esencial, que es súper básico pero es esencial, al momento de definir que hacer que definir con tal y cual no estoy sólo con una persona y que pasa con el entorno y que pasa inclusive mas allá, y que pasa inclusive con la comunidad (...)

Médica, E1:84-90

Si bien la atención familiar es un elemento recién incorporado a los consultorios de nuestro país se ha vuelto un eje importante para comprender la atención primaria, pues permite generar una visión más clara de lo que se busca con las acciones preventivas y promocionales dando paso a definir lo que consideraremos una *línea promocional*. Esta línea promocional subyace a la promoción de salud y en el caso del consultorio trabajado se presenta como la necesidad de establecer cuáles serán los objetivos a plantearse a partir de esta visión, pues como distinguimos en el discurso de la asistente social vemos

incorporada la inquietud de reconocer que se busca con prevenir y promover, comprendiendo a la vez cuales son los mecanismos más adecuados para hacerlo.

“Van a haber distintas posturas de lo que se considera como promoción. No se puede hablar de promoción sólo por proyectos, debe entenderse como una tarea permanente y que debe ajustarse a las necesidades del consultorio pues a pesar que existen consensos nacionales sobre “que promocionan” no van a funcionar si no se tiene una línea promocional.”

Asistente Social, E1: 440-444

De esta forma identificamos una discusión permanente sobre la definición de estrategias o vías adecuadas para llevar a cabo la promoción, dando paso a esta línea promocional vinculada a producir efectos *reales y concretos* en la comunidad, más allá del trabajo encomendado.

C. Consideraciones sobre la implementación de la Promoción de salud

Al hablar de la implementación de la Promoción de salud llevada a cabo por el Consultorio Amigable, debemos referirnos a dos modos de trabajo que logramos visualizar en el equipo investigado: El trabajo a partir de la expresión simbólica desde la prevención y el trabajo por medio de los recursos materiales explícitos, como es la capacitación.

- La prevención se desprende directamente de la visión institucional que posee la promoción de salud. Este ha sido un elemento innovador en las políticas públicas vinculadas a la calidad de vida, y los estilos de vida saludables⁵⁹ que marca un hito en los mecanismos de acción frente al panorama social y sanitario en riesgo.

Los objetivos de la prevención desde su sustento teórico como concepto están delimitados por la continuidad y pertinencia de las acciones anticipatorias, es decir, que las líneas preventivas que sean determinadas para la ejecución sean parte de un trabajo duradero y que por sobre todo sea evaluado en pos de la

⁵⁹ Como por ejemplo las Políticas públicas vinculadas a la juventud y al Consumo de Drogas.

congruencia con la población en la cual se pretende generar un proyecto preventivo (Mettifogo, 2007), independiente del origen de la política: reducir los casos de violencia intrafamiliar, reducir el consumo de drogas, o mejorar la calidad de vida vinculado a mitigar los determinantes sociales de riesgo.

Con lo anterior nos acercamos al discurso simbólico que presenta la implementación de la promoción de salud, es decir, instaurar en la población un recurso asociado a la reducción de los factores de riesgo a partir de la incorporación en sus prácticas del conocimiento preventivo.

(...) nosotros necesitamos a la gente para hacer las actividades afuera o sea eso dependía mucho de que la gente comprenda la importancia de la actividad para que nos faciliten los espacios(...)"
(...)Y esa importancia de la actividad se ve reflejada por ejemplo en entender que la vida saludable significa mejor calidad de vida, mejor estado físico lo ven como una cuestión más instrumental de que es entretenido hacer deporte, no realmente que están previniendo, pero eso válido instaurar la prevención desde un lado como más instrumental, no tanto de informarlos y afiches, si no por el lado en que sabemos que pega más, el estado físico, etc. y ahí empiezan a cooperar, a prestar los espacios".

Nutricionista, E1:184 – 195

Desde el discurso de la Nutricionista del consultorio, que es la encargada de la Promoción, vemos el eje simbólico que ocupa la prevención en la línea ejecutora relacionadas con la promoción de salud, pues utilizan canales de comunicación cotidianos que mantengan con la población, sin necesidad de requerir de un elemento formador dado en la comunicación explícita, basándose principalmente en la apropiación de elementos comunitarios para fines basados en la reducción de recursos humanos y materiales, mostrándose de este modo con un mensaje simbólico.

- La capacitación se reconoce, según la visión del consultorio como el gran canal que permite transmitir información necesaria para sensibilizar a la comunidad sobre la importancia de la prevención en la conformación de un estilo de vida saludable.

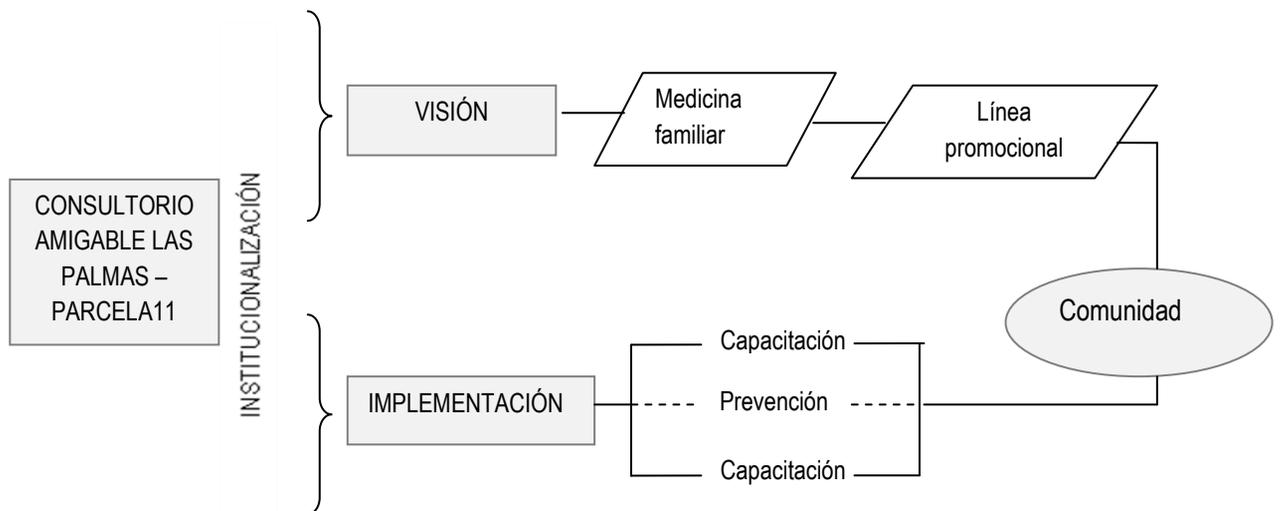
Cuando nos referimos a capacitación estamos hablando de campañas, actividades y talleres que en sí reúnen la posibilidad de acceder a instrucción e

información, como por ejemplo es la creación de un grupo de adultos mayores, clases de gimnasia, talleres sobre la creación de huertos saludables, ferias informativas, acreditar escuelas promotoras de salud, etc.

“Las grandes actividades promocionales, huertos saludables, feria de la salud, taller de sexualidad, han sido impulsada por nosotros como consultorio, nosotros hemos sido los tratado como de llevar un poco el cuento”.

Nutricionista, E1 76-78

De este modo nos acercamos a un modelo explicativo desde la visión e implementación del la Promoción de Salud en el consultorio, que se representa de esta manera:



Esquema 8: Visión e implementación de la Promoción de salud en la comunidad de Parcela 11

En el Esquema N° 8 presentamos los componentes involucrados desde el Consultorio Amigable, sin embargo nos hace falta ahondar en la perspectiva comunitaria a partir de sus valoraciones hacia la promoción de salud desde la implementación, para luego presentar una tipología promocional que obedece a los cambios esperados dentro de la estructura comunitaria en materia sanitaria.

5.2 LA VISIÓN E IMPLEMENTACIÓN COMO COMPONENTES DE UNA TIPOLOGÍA PROMOCIONAL

Las valoraciones involucradas en la promoción de salud desde la perspectiva de Parcela 11 va a estar determinada en todo momento por el carácter institucional con que ésta es instaurada desde el Centro de salud. Esto se conjuga con la clara idea de que la promoción de salud debe ser entendida como una prestación de la cual debe hacerse cargo la institución y a partir de ésta debe incorporarse la comunidad, lo que abre paso a la disyuntiva entre lo que se entiende por cooperación, participación y trabajo comunitario desde Parcela 11, pues hasta el momento hemos vislumbrado el carácter vertical o más bien unidireccional que ésta presenta.

Para comprender la promoción de salud como una tipología basada en su construcción desde las partes constituyentes debemos tener en claro las conclusiones obtenidas desde el constructo de salud y la concepción de salud comunitaria de Parcela 11, pues son elementos fundantes para dar un salto analítico en relación a las valoraciones de la promoción de salud a partir de las expectativas de la institucionalización del proceso.

Si bien hemos logrado una caracterización de Parcela 11 a partir de un importante trabajo político, hemos destacado que esta condición no ha significado construir un capital social cognitivo, es decir, la capacidad de generar transformaciones en el estado de salud y en la calidad de vida no se ha posibilitado desde su posición social y comunitaria. Debido a lo anterior es que la promoción de salud es entendida por Parcela 11 sólo al nivel de la implementación, incorporándose como dirigentes y pobladores como cooperadores dentro de lo emanado del Consultorio⁶⁰.

Desde lo anterior nos parece fundamental caracterizar el enfoque en el que es direccionada la Promoción de Salud a partir de la teoría de David Werner y Bil Bower (1989), que a partir de las experiencias de intervención en comunidades campesinas en extrema pobreza han generado una importante crítica sobre el papel de la educación,

⁶⁰ Esto lo ejemplificaremos a partir de la descripción de la prestación de servicios adicionales y la existencia de canales comunicativos.

capacitación y formación de los promotores de salud a partir de la inclusión en los asuntos sociales y políticos que determinan su posición social⁶¹.

Debemos considerar que la Promoción de salud desde Werner y Bower puede corresponder a tres tipologías: La convencional (que corresponde a mantener un orden social), la progresista (Enfoque al desarrollo) y la liberadora (Análisis crítico/Conciencia social) (Werner y Bower, 1989).

Si nos detenemos en el discurso de la comunidad para argumentar la perspectiva promocional del Consultorio amigable, este revela dos aspectos que la comunidad considera valorables en la promoción de salud: la prestación de servicios adicionales (Trabajo en terreno), la comunicación entre el equipo médico y paciente basada en la información.

La prestación de servicios adicionales.

La prestación de servicios adicionales se refiere en extenso a aquellas ventajas que pueden obtener del trabajo promocional que nace desde el consultorio y que se concentran precisamente en un trabajo basado en las visitas a terrenos para aquellas personas que no se acercan al consultorio por motivos físicos, laborales o motivacionales, cuestión que la comunidad valora positivamente pues significa la muestra de la preocupación individual y especial que el equipo de salud muestra por el bienestar de la comunidad.

“Tu vez del consultorio venían a atender aquí en la sede en Las Palmas, los montes y del Valle y nosotros y nosotros habilitamos una sala con biombos con frazadas con lo que fuese para que la Médica atendiera ahí y por eso nosotros queremos a la Laura porque la Laura también se la jugó por el territorio”.

Mujer dirigente, GD1:295-299

“El trabajo que hacen el día jueves también porque se dan el trabajo de subir a la parcela ella busca, pregunta quien está enfermo que no pudo ir al consultorio”.

Mujer dirigente, GD1:405-407

⁶¹ Teoría presentada en el Marco teórico de esta investigación.

La relación comunicativa como nexo promocional

Respecto a la comunicación⁶² entre el equipo médico y el paciente se desprende precisamente de esta cercanía que se genera a partir del trabajo en terreno, lo que les permite a la población definir a la promoción de salud como un nexo capaz de establecer lazos comunicativos.

“Es el nexo entre la población y el consultorio, el hecho de que vean a la persona acá cuando empiezan el tratamiento y se están preocupando”.

Hombre poblador, E2: 402-403

Estos lazos comunicativos a su vez están representados principalmente por la información y la cooperación en problemas coyunturales⁶³, como es en el caso de Parcela 11 cuando tienen problemas para que los camiones aljibes suban el consultorio presenta su apoyo institucional, al igual como cuando el consultorio necesitaba una ampliación éste conto con un número de firmas de apoyo de los vecinos y dirigentes de Parcela 11.

“Tu ves todo lo que nosotros hicimos para lograr la ampliación del consultorio tu viste que teníamos que agrandarnos”.

Mujer dirigente, GD1: 292-293

A través de lo anterior vemos una apropiación del espacio y a la vez una apropiación de la responsabilidad por asegurar una mejor calidad en la salud, en este caso representado por la ampliación del consultorio, resaltando sí, que ésta es una iniciativa propia del consultorio de la que hacen parte a la comunidad, manteniendo la postura institucional con la que se ha llevado la promoción de salud. Sin embargo, a través de lo mismo vemos la importancia del reconocimiento de ciertos elementos existentes en la

⁶² Según lo que entiende el Ministerio de Salud por comunicación social: “La comunicación social en promoción tiene el papel de sensibilizar, dar información, aumentar la motivación al cambio de comportamiento en relación al estilo de vida y ambiente” (MINSAL, 2008). Reconocemos que desde la sociología podría ser abordado de manera más amplia, pero son correspondiente al sentido que tiene esta investigación.

⁶³ El tema de la cooperación será abordado profundamente más adelante.

comunidad que posibilitan esta cooperación, como es el capital social, identificado a su vez por los dirigentes de Parcela 11, como vemos a continuación:

“Todo eso de la organización para gestionar la ampliación del consultorio reuniones y un montón de reuniones, para nosotros no es...para nosotros no es nuevo, nosotros que vivimos aquí que conocemos, que trabajamos en la constitución del barrio hacer campaña, para nosotros no es nuevo”

Mujer dirigente, GD1: 309 – 314

Desde los dos elementos mencionados nos damos cuenta de la inexistencia de una valoración por el cambio de estado de la salud, sino más bien una valoración por los procesos de cercanía que se generan a partir de la Promoción, lo que significa que esta cumple una labor institucional de acogida sobre la capacidad de ser una institución transformadora sobre los factores de riesgo que atentan contra Parcela 11, cuestión que no es en ningún momento cuestionada por la comunidad.

Lo anterior nos invita a considerar que la Promoción de salud llevada a cabo en el Consultorio Amigable, desde la perspectiva de Werner, obedece a un tipo de Promoción Progresista. La promoción de salud con un enfoque progresista genera instancias para hacer buen uso de los servicios profesionales y gubernamentales que existen y se ofrecen, por lo que se orienta a integrar las políticas de desarrollo a partir de conductas convenientes al modelo global de salud (Werner, 1989), como se lleva a cabo a partir de la prestación de servicios adicionales y los lazos comunicativos como ya describimos en un primer momento.

Para profundizar lo anterior es necesario que evoquemos la diferencia que se genera a partir de los factores de riesgo identificados por la comunidad con los trabajados por el consultorio, pues esta es una representación de la disociación dada por el enfrentamiento de los problemas que afectan realmente la salud de la comunidad de Parcela 11 con la propuesta promocional institucional. Esta disociación se genera principalmente por el modelo educativo progresista⁶⁴ implementado en la Promoción de

⁶⁴ Esta referencia al modelo educacional no se limita solamente al modo de implementar la Promoción a nivel de la salud primaria, pues reconocemos que esta ha tenido un trabajo integral que involucra a todos los sistemas educacionales y laborales a modo de penetrar en los hábitos de la población. De este modo, también reconocemos una proyección del modelo progresista en estas esferas, pues no evalúan el contexto

salud que impide a la población vincular sus condiciones sociales políticas y estructurales con las acciones que pueden desarrollar en materia sanitaria, lo vemos también en la poca coherencia existente entre las valoraciones hacia la salud y el trabajo realizado a partir de una comunidad saludable.

Un aspecto importante de la tipología Promocional progresista y que se relaciona con las características comunitarias de Parcela 11, es aquel que se proyecta desde el uso del capital social como motor para cuestionar las prácticas preventivas a partir de un cambio de posición en la estructura social, aspecto que ya discutimos en el capítulo anterior a partir del carácter instrumental con que este ha sido internalizado en las prácticas de Parcela 11, y que sin embargo queremos profundizar a partir de las acotaciones Julio Sapag e Ishiro Kawashi sobre el Capital social y promoción de la salud en América Latina.

Como ya hemos mencionado, bajo nuestro análisis Parcela 11 poseería un capital social de tipo estructural de carácter vertical, lo que significaría que la comunidad tiene una conciencia mayor de los roles, reglas, los procedimientos y las redes disponibles para llevar a cabo determinadas acciones, y que se desenvuelve de manera vertical a partir del trabajo con distintos niveles de poder y recursos lo que en ocasiones y dependiente del grado de vinculación con la institucionalidad podría significar intervenir en el ámbito de la implementación de una política (Sapag y Kawashi, 2003).

Desde la descripción anterior, y conjugándolo desde la tipología Promocional con un enfoque educativo Progresista, nos hace comprender esta importante disociación entre el trabajo político alcanzado en el nivel de sus viviendas con las acciones emprendidas para mejorar la calidad de la salud, y lo que en el fondo, y desde una macro perspectiva sería lo que los mantiene en una posición social determinada con mínimas posibilidades de movilidad.

comunitario para acondicionar su modelo de propagación de una educación promotora: *“en el jardín dicen que tengo que comer frutas al desayuno”, E: “Entonces comes frutas en tu casa”, no, en la mañana comemos pan porque siempre hay”*. Apuntes del taller de niños del C.C. Un mundo mejor.

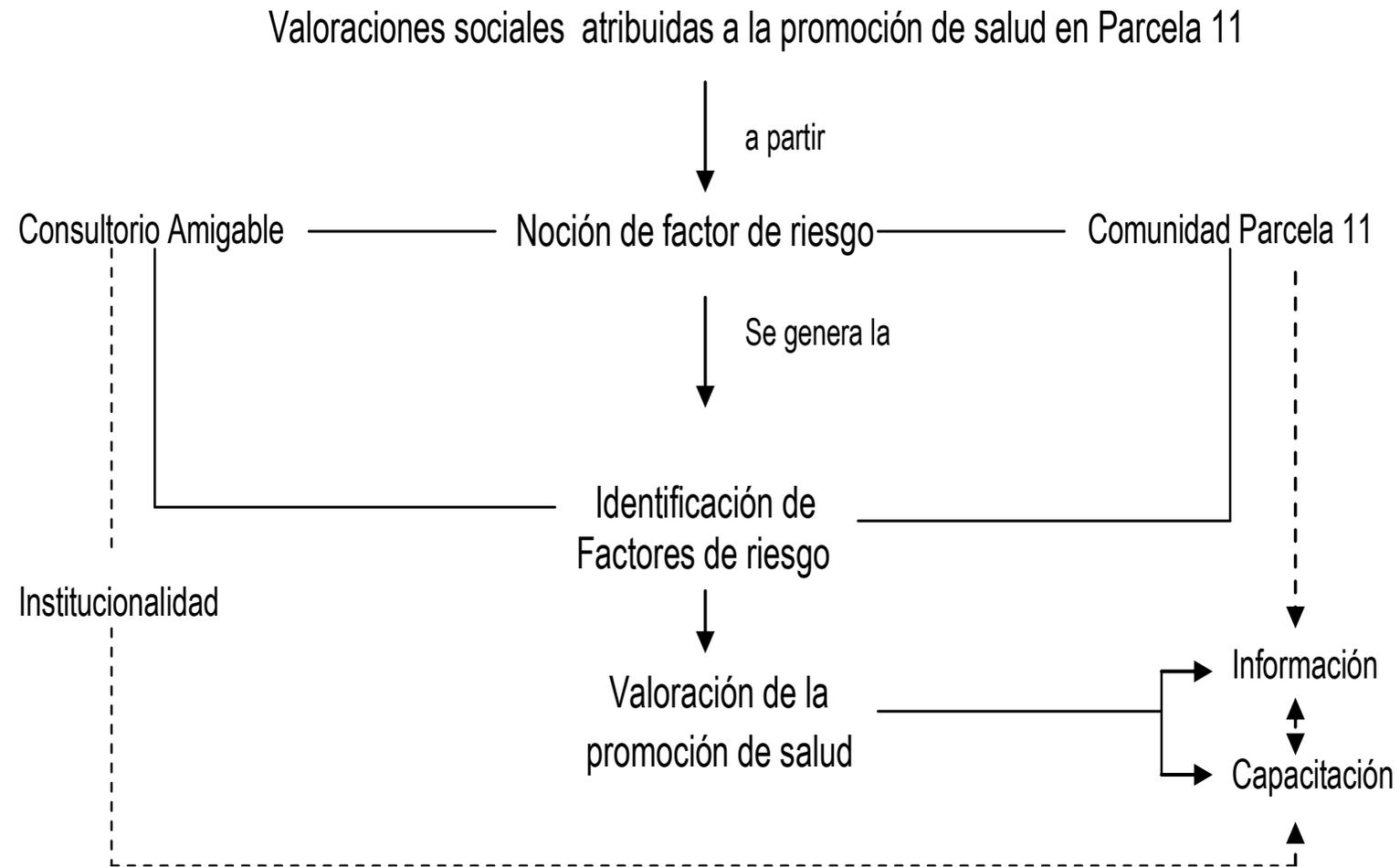
De este modo resumimos lo presentado en dos ideas centrales:

- Las características comunitarias basadas en sus valores, protección e identidad aportan a la integración en un modelo de Promoción de Salud de tipo Progresista, pues reconocen el espacio social en que se trabaja de acuerdo a las adopciones institucionales de los procesos.
- La Promoción de salud al ser implementada desde un modelo Educativo progresista imposibilita a la comunidad encontrar en la salud y a la promoción de salud, un mecanismo para la transformación de su calidad de vida basado en la mitigación de sus factores de riesgo, ni como una tarea con fuertes raíces colectivas, sino más bien como una relación que dialoga bajo la institucionalidad.

Lo anteriormente resumido nos habla en todo momento de una “relación democrática participativa”. Las acciones en salud están orientadas valóricamente y educativamente de determinada manera que sitúa un escenario promocional determinado.

De este modo nos queda referirnos a la Participación social y la democratización de los espacios en la salud primaria, cuestión que profundizaremos en el capítulo siguiente con el fin de congregar todos los elementos que convergen en la Salud comunitaria y la Promoción de salud en nuestro país y que significaría completar este análisis en relación a la constitución y dirección de sus estrategias.

ESQUEMA RESUMEN CAPITULO II: LA CALIDAD DE VIDA A PARTIR DE LA DESIGUALDAD:
Los ejes significativos de la promoción de salud.



6. LOS ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA PARTICIPACIÓN EN SALUD EN PARCELA 11

En el marco teórico de esta investigación planteamos la importancia que tiene la participación ciudadana para la materialización de la democracia impulsada desde la segunda mitad de siglo en Latinoamérica, la cual sabemos gracias a la revisión teórica, implica la relación de dos actores relevantes: Estado y la Ciudadanía. Sin embargo esta tesis no pretende ser una representación de los elementos de la participación en un nivel general, y menos crear supuestos sobre ésta, si no más bien, se focaliza en la participación como estrategia de Promoción de salud.

En América latina a partir de diversos estudios cualitativos que se han llevado a cabo se ha logrado establecer un panorama general que define ciertos elementos que son importantes de analizar cuando se habla de participación en salud. Gracias al aporte de estos datos podemos plantearnos un escenario con mayor solidez al momento de discutir los elementos constitutivos que conforman la participación en salud, pues nos abre un panorama basado en la experticia de los procesos y de los mecanismos más adecuados para enfrentar los resultados de una manera explicativa y coherente de acuerdo a las condiciones sociales y políticas actuales de la participación social en Chile.

Es así que para este análisis nos hemos basado en un estudio realizado en Colombia titulado Participación social en Salud: Conceptos de Usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia, Una mirada cualitativa. (Delgado, Vásquez, Zapata y Hernán, 2005)⁶⁵. En donde hemos rescatado el diseño expositivo planteado al enfrentar el discurso de acuerdo a la posición de los actores dentro de la estructura social de la participación en salud, generando así un bosquejo en donde se muestran todas las posibles ideas, sentidos, valoraciones y expectativas que envuelven el concepto de participación social en salud desde los actores relevantes.

⁶⁵ Presentado en extenso en el marco teórico de esta investigación.

Sin embargo, desde una perspectiva analítica, nos hemos enfocados en los elementos teóricos que se definen en la investigación: Los procesos de reforma y la participación social en salud en América latina (Vázquez et al., 2000).⁶⁶ Destacando aquellos tópicos que nacen desde las condiciones materiales y simbólicas que determinan la participación en salud.

Como punto inicial nos hemos basado en la definición que Oakley (1989) propone sobre la participación en salud: «participación como el proceso activo por el que se establece una relación de colaboración entre el gobierno y la población en la planificación, implementación y utilización de los servicios de salud, con el objetivo de conseguir una mayor autonomía local y control sobre la infraestructura y tecnología de la atención primaria de salud» (Vázquez et al., 2000, p.32). Definición sobre la cual nos interesa trabajar a partir de descomponer los elementos constitutivos que la construyen, a modo de generar una visión completa de la participación social en salud como estrategia de implementación de Promoción.

De este modo, siguiendo con nuestro diseño expositivo de reconocer las posturas de los actores relevantes sobre la participación en salud, es que nos interesa ver en un primer momento, la perspectiva del consultorio Amigable para poder generar una contrastación con las expectativas de Parcela 11 sobre el mismo tema.

Dado lo anterior es que articularemos este capítulo bajo tres aspectos generales:

- La Participación desde la perspectiva del equipo de salud del Consultorio Amigable.
- La participación desde la perspectiva de usuarios y dirigentes de Parcela 11
- La relación medios-fines/transformación-movilidad que envuelve la participación.

⁶⁶ Presentado en extenso en el marco teórico de esta investigación.

6.1 LA PARTICIPACIÓN DESDE EL EQUIPO DE SALUD DEL CONSULTORIO AMIGABLE.

Al ser la participación una acción estratégica inscrita dentro de la Política pública de Promoción de salud, será implementada de manera homogénea para todas las instituciones de atención primaria de nuestro país bajo estrategias comunes y generales. Sin embargo esta propuesta emanada desde el Gobierno central necesita de un elemento inherente y transversal a la política pública de Promoción y que guarda relación con la capacidad que posee el organismo de salud primaria para constituirse como un equipo diverso y multifacético⁶⁷ alcanzando así un desarrollo institucional acorde con las nuevas instancias de participación.

El desarrollo institucional⁶⁸ lo entendemos como la capacidad que posee y construye el servicio de salud al desplegarse en el territorio desde una perspectiva geográfica, como es instalarse en la comunidad desde las visitas a terrenos, empaparse del contexto de la población para poder conocer con mayor amplitud las condiciones sociales, cuestión que debe ir acompañada con una disposición profesional del equipo apoyado en una visión conjunta (Vázquez et al., 2000). La importancia que tiene el desarrollo institucional para la participación radica especialmente es que este tiene que ser capaz de transformar el espacio en un espacio participativo, que como veremos más adelante desde la perspectiva del Consultorio Amigable significa convertirse en una instancia cooperadora e integradora.

De primer orden debemos establecer que las acciones participativas en salud no están insertas en un contexto etéreo, si no que están enmarcadas en espacios, procesos y condiciones determinadas de acción.

⁶⁷ De este modo el equipo de salud debe ser capaz de ampliar sus conocimientos formales para desarrollar destrezas vinculadas a la acción comunitaria, y a la relación de la participación social con su proceso de prevención y promoción

⁶⁸ Según los autores se considera un concepto fundamental para la incorporación de la participación en los procesos de mejorar la salud comunitaria.

6.1.1. Iniciativas de participación desde el consultorio Amigable Parcela 11 constituidas como espacios sociales.

Consideramos que las iniciativas de participación que nacen desde el consultorio⁶⁹ son pieza clave para analizar desde los elementos materiales la capacidad de aunar criterios de participación a partir de una premisa inicial: “las políticas de participación en salud, en general son iniciativas promovidas por las propias instituciones y no necesariamente la respuesta a una demanda popular” (Vázquez et al., 2000, p.33). Desde lo anterior instalamos la idea de la importancia de una apertura de espacios institucionales que garanticen la participación para responder a la Promoción de salud, más que a las demandas políticas de la comunidad.

Estas instancias están determinadas por un aspecto principal: la existencia de Puertas de entradas⁷⁰ individuales y colectivas que se expresan como un nicho capaz de aunar las voluntades participativas nacidas desde entre la Comunidad y Consultorio.

La representación de lo anterior, lo vemos en Parcela 11, porque aunque existe un trabajo conjunto, la motivación por generar esta instancia no es planteada desde la comunidad, se han creado espacios y se han fortalecido canales que nos interesan en este espacio describir.

Caracterización de las Puertas de entrada

Las puertas de entradas son definidas como los espacios simbólicos y materiales que se habilitan desde la institución para permitir y favorecer la participación en salud, estas entradas deben permitir la integración de los sujetos de manera individual y colectiva resguardado y resguardando por un desarrollo institucional y por una respuesta efectiva a esta “voz” individual o colectiva (Vázquez et al., 2000).

⁶⁹ Entendiendo que estas iniciativas son emanadas en primer lugar por el Nivel Central de la salud y encomendadas a la salud primaria.

⁷⁰ Concepto presentado en el marco teórico que se define como la apertura de espacios concretos que garanticen y posibiliten las relaciones participativas.

Cómo política nacional, y a partir de la experiencia mundial y Latinoamericana de salud comunitaria, se han instalado en los servicios primarios de salud dos espacios participativos a los cuales se intenta sumar a la comunidad. De manera individual; los diagnósticos participativos y de manera colectiva: Los consejos locales de salud.

El diagnóstico Participativo.

Los diagnósticos participativos son una fuente de participación individual que viene a ampliar los mecanismos de sugerencias y reclamos basados en los libros que disponen las OIRS en todos los servicios públicos de toda índole y en todo el país.

El diagnóstico participativo es un elemento básico para lograr la opinión individual, informada, consiente, voluntaria y organizada de la comunidad en la coproducción de la salud y que a su vez puede abarcar diversos aspectos según los objetivos que tenga el consultorio, pueden ser para obtener información estrictamente epidemiológica o bien para acceder a aspectos que la relación médico paciente muchas veces no logra percibir, como son los problemas a nivel comunitario que decantan en los estilos de vida de la población (Estados Unidos Mexicanos, 2008).

En la mayoría de los casos, y de acuerdo al sustento teórico que tenga detrás, el diagnóstico participativo arroja resultados que van en función de mantener, cambiar o incluir políticas que mejoren el trabajo realizado. En Chile podemos decir que tienen un carácter microlocal y no posee un diseño único nacional a modo cumplir con las razones básicas de la atención primaria. Este diseño generalmente es un cuestionario que aborda dos ítems generales: La relación de atención médico paciente y la percepción del usuario sobre elementos como la infraestructura o el personal asistente, es decir fiscalizar si la institución funciona de acuerdo a sus capacidades mínimas⁷¹.

⁷¹ Entendiendo como capacidades mínimas a aquellas que se vinculan a la acción propia de la profesión de los integrantes del equipo de salud.

Respecto a la posición del Consultorio Amigable que sustenta la construcción de su diagnóstico participativo debemos establecer que este se concibe en un primer momento como ordenanza que impone el servicio de salud a todos los equipos de atención primaria.

“ahora estamos como apurados por sacar adelante el diagnóstico participativo, porque nos hemos atrasado con esa tarea, y se nos ha hecho algo urgente y que no estamos cumpliendo como Consultorio con lo que se nos pide”.

Médica, E1: 300-303

En un sentido paralelo se concibe al diagnóstico participativo como un recurso necesario para poner en marcha las estrategias de la promoción de salud y que este diagnóstico será un canal de información que enriquecerá de conocimientos al personal de salud, esto lo reconocen a partir de las experiencias de aplicación de otros instrumentos consultivos como ocurrió por ejemplo con la evaluación del programa de educación sexual adolescente impartido por el Consultorio Amigable:

“Nos dimos cuenta que lo que nosotros pensábamos que estaba saliendo regio con todo el programa de educación sexual adolescente, no era así, con el diagnóstico nos dimos cuenta que más de la mitad no tenía idea que existía este programa, entonces nos estábamos quedando con la impresión del pequeño grupo que si se sabía de él, entonces es un choque darse cuenta que al final los espacios no están siendo utilizados por lo menos como a uno le gustaría”

Nutricionista, E1: 105- 110.

Gracias al diagnóstico se logró conocer una información que no estaba siendo considerada a partir de una apreciación errónea sobre la implementación del programa.

Por lo tanto para el Consultorio la información obtenida es de un gran valor inmediato pues permite ser un reflejo y una evaluación sobre las campañas que el consultorio emprende.

Esto podríamos considerarlo, en primer orden como una ventaja, pues permite a los servicios de atención primaria diseñar un diagnóstico de acuerdo al proceso que viven como equipo de salud. Sin embargo al reconocerlo como un proceso del cual tienen poco conocimiento por su incipiente práctica a nivel de la atención de salud primaria

comienzan a sobresalir las dificultades al no poseer una orientación que fundamente la generación de instrumento.

“(...) Bueno ahora tenemos que empezar a discutir qué es lo que realmente importa preguntar en este diagnóstico, porque como te dije en un principio, esto nos pilla como encima, y no sabemos muy bien para dónde tirar”.

Médica, E1: 310-311

El poco lineamiento que se tiene sobre los diagnósticos participativos podría considerarse, y a partir de la cita anterior, como una limitación, pues si no se cuentan con los profesionales adecuados y sobre todo disponibles⁷² para el diseño y la implementación de este diagnóstico, no se le dará una utilidad correcta y se concretará como un problema, más que como un instrumento de utilidad.

El consejo local de salud.

La importancia de reconocer a los Consejos Locales de Salud como uno de los espacios participativos protagónicos incorporados en Chile, a partir de la consigna de la inclusión comunitaria en asuntos de salud, nos genera el desafío de analizar sus inicios y desarrollo desde una perspectiva global.

Si bien los Consejos Locales de Salud se enmarcan dentro de una estrategia de participación inscrita en la carta de Ottawa en 1986, hay diversa bibliografía que sustenta su origen en las reivindicaciones sociales contra la marginalidad, la pobreza y la exclusión, existentes desde la década del 40 en países latinoamericanos y en Repúblicas Socialistas (Sanabria, 2004).

Desde estas experiencias se reconoce que las acciones colectivas coordinadas en consejos locales, enfocados en diversos asuntos, comienzan a dar fruto debido principalmente a su capacidad organizativa y propositiva a un nivel microsocial. Este trabajo, que luego fue orientado a la salud a partir de la necesidad de involucrarse con los factores sociales que determinan la salud de la población, genera tres experiencias

⁷² Basándonos en primer lugar en la poca inclusión de profesionales de las Ciencias sociales en las instituciones sanitarias, sumado al escaso interés por los profesionales de la salud de trabajar en el sector público lo que sobrepasa las labores de los trabajadores de la atención primaria.

pioneras significativas: en la década del 60 al 70; “Donde no hay doctor” de México, Las comisiones de salud del Pueblo en Cuba y la de “Hospital sin paredes” en Costa Rica, y que vienen a validar a los Consejos Locales de Salud como una posibilidad de mejorar las condiciones de vida de pequeñas comunidades con pocas alternativas de desarrollo (Sanabria, 2004).

Vemos por lo tanto como gracias a la congregación comunitaria se empieza a valorar global e institucionalmente la importancia de la participación en salud, generándose así que las naciones otorguen y resguarden leyes de participación ciudadana ⁷³ que decantan en algunos espacios como por ejemplo en el área de la salud en fomentar la creación de Los consejos Locales de Salud.

Contextualizándonos en nuestro estudio, podemos decir que la comunidad de Parcela 11 vive proceso crucial en este aspecto, pues en el momento en que se llevó a cabo esta investigación, el Consejo local de Salud estaba constituyéndose como Organización comunitaria con Personalidad jurídica, por lo que estábamos frente a diversos escenarios que se viven en el comienzo de un espacio: Las discusiones en torno a las impresiones, a las expectativas y sobre todo, a la formación de objetivos comunes en este nuevo espacio conformado en conjunto por el personal de salud, pobladores y dirigentes de Parcela 11.

“El Consejo local de salud es nuestro orgullo, estamos recién comenzado pero todo pasa porque los temas de salud propiamente tal de nuestro consultorio sean tratados ahí también (...).”

Médica, E1:340-341

Desde la perspectiva de la Médica, como vemos en la cita anterior, la conformación del Consejo local de salud tienen un alta valoración en relación a su

⁷³ Lo vemos en Chile con el mandato presidencial de participación ciudadana de Ricardo Lagos, quien envía a la opinión pública un documento llamado “Instructivo presidencial sobre participación ciudadana” en donde define: “La participación ciudadana es una dimensión fundamental de todo sistema democrático, pues contribuye a que los derechos y deberes institucionalmente establecidos sean efectivamente reconocidos y ejercidos” (Lagos, 2004).

existencia, pues ven en este espacio como provechoso como canal comunicativo en donde se puedan trabajar los temas de interés para el organismo de salud, como plantea.

Para caracterizar brevemente al Consejo Local de Salud de Parcela 11, podemos decir que este está compuesto por los dirigentes de los comités de vivienda de Parcela 11 en cooperación y por iniciativa de la médico de medicina familiar y la asistente social del consultorio Amigable, de este modo conforman un grupo de aproximadamente quince personas que están buscando posicionar esta nueva institución dentro de la comunidad.

Al momento de esta investigación sólo llevaban dos meses de existencia informal, consolidándose al término de este tiempo como organización de base⁷⁴.

Las dos puertas de entradas descritas, los diagnósticos participativos y el Consejo local de salud, son la representación de la labor de la atención primaria por la participación en salud al nivel de la inclusión, que habla de cierto modo sobre este desarrollo institucional necesario para trabajar la salud comunitaria a partir de la creación y apertura de espacios sociales, los cuales ya definidos nos queda problematizar sobre los asuntos, temas, situaciones, etc. que en estos confluyen⁷⁵.

6.1.2. Visión y posición sobre la participación del Consultorio Amigable Las Palmas - Parcela 11.

Es de gran relevancia caracterizar las perspectivas en torno a la participación desde el Consultorio Amigable, concentrándonos en los elementos simbólicos que confluyen en los espacios participativos antes descritos, entendiendo que los procesos participativos se conjugan y se elaboran a partir de ciertos mecanismos que permiten la interacción y asociación de instituciones diferentes, en este caso caracterizadas por el personal institucional del centro de salud y la comunidad de Parcela 11.

⁷⁴ Esta caracterización del Consejo local de Parcela 11 se considera solo una introducción, pues a lo largo de este capítulo pretendemos analizar diversas aristas que son fundamentales de este espacio participativo.

⁷⁵ Considerando que en este apartado nos referiremos exclusivamente a la perspectiva que el Consultorio construye sobre los procesos participativos.

A. Participación como formación de un frente basado en la cooperación igualitaria.

En primer lugar nos encontramos con equipo de salud con una visión altamente impregnada de la noción de trabajo cooperativo, es decir que la participación llevada a cabo en el Consultorio Amigable Parcela 11 se traduce en la condición de accionar a la par comunidad y equipo de salud en post de objetivos colectivizados.

“Como te partí diciendo, los logros que tiene este consultorio o este sector y que vamos a seguir teniendo están ligados pero súper así estrictamente a lo que es la movilización de esta comunidad, sin una organización social aquí fuerte y con el trabajo mancomunado de todos nosotros difícilmente tendríamos lo que ahora tenemos, y está planteado a futuro... (...)”

Médica, E1: 284 – 290.

Es así como desde la posición institucional existe una caracterización de la participación basado en la necesidad conjunta de respaldo, valerse de las condiciones políticas que tiene Parcela 11⁷⁶ para instalar la concepción de que las pugnas que emprende el consultorio son en busca de un beneficio comunitario y de ese mismo modo, integrarse en un frente único. Así lo plantean también al momento de respaldar a la comunidad en sus demandas a una institución mayor.

“(...) se genera como un movimiento en conjunto con las organizaciones, las instituciones eh y el centro de salud de poder generar efectivamente bueno la presión hacia la autoridad para que instale efectivamente las cuestiones que tienen que estar en una población (...)”

Asistente social, E1, 19 – 23

De este mismo modo desde el equipo de salud consideran que la instalación en el territorio ha generado una mirada igualitaria de éste con las organizaciones, cuestión que responde a una percepción propia del equipo de salud a partir de sus mismas expectativas, valiéndose de una interpretación dada por este trabajo cooperativo que existe entre las partes y que se empapa de aquellos elementos comunitarios que describimos en el capítulo anterior que se vinculan con la mitificación que existe del trabajo político como trabajo

⁷⁶ Presentadas en el primer capítulo de Análisis de resultados en la caracterización comunitaria de Parcela 11

comunitario, lo que genera una valoración altamente positiva de la vinculación comunidad consultorio.

“(...) El Consultorio era un ente comunitario más que tenía algo que decir (en relación a la discusión sobre la instalación del Consultorio en el sector). “

Asistente social E1: 219-221

Las instancias en que funciona esta cooperación igualitaria, son dadas por las situaciones coyunturales en las que necesitan de un bloque mayor para conseguir logros determinados:

(...) no se po, por ejemplo hemos estado juntos para las cosas más como más como tangibles por decirlo o materiales, está planteado el vehículo para el sector cuestión que estamos dando la pelea y la vamos a dar con la comunidad (...)”

Medica, E1: 290-293

Es así como identificamos que la perspectiva de la participación se presenta desde este frente único que se acciona cuando existen demandas que apelan a una instancia superior, y que se basan principalmente, en mejorar las condiciones de los servicios, del trabajo y de la estadía de la comunidad, más allá de las acciones participativas que se desarrollan bajo las líneas de la promoción de salud, pues desde esta perspectiva la percepción sobre la participación tendrá otros atisbos como veremos más adelante.

B. Participación como integración de los usuarios de salud en las instancias institucionales.

De acuerdo a las actividades que desarrolla el Consultorio a lo que compete a la línea promocional que lleva a cabo y que se relacionan directamente con los objetivos sanitarios elementales que deben alcanzar, nos presentamos ante un escenario un poco distinto al visto anteriormente.

“En materia promocional hemos hecho un trabajo como desde el centro de salud hacia ellos como que nosotros sintiéramos que la comunidad dijese vengan a capacitarnos a nosotros ha sido bastante poco”.

Nutricionista, E1: 45-48

De este modo nos encontramos con la necesidad de involucrar a la comunidad en un escenario que se ve desvinculado de las acciones comunitarias cooperativas, que se refiere principalmente a aquellos espacios que se abren para realizar actividades promocionales, ya sean talleres, capacitaciones, etc. Elementos que obedecen a una línea de trabajo distinta a la de las demandas por la calidad de los servicios, lo que generado que se forme una visión de la participación diferenciada de acuerdo a temáticas que para efectos inmateriales no son excluyentes.

“Necesitamos que la comunidad se interese por nuestros talleres, no nos sirve poner muchos carteles, a pesar de que igual lo hacemos ah pero principalmente yo creo que nuestra actividad va está diseñada en el trabajo conjunto de la población”.

Médica, E1: 205.-208

De este modo queda planteada la importancia que tiene para el Consultorio que la comunidad se una a las actividades que requieren de una participación con fines promocionales, y que tienen su naturaleza en la información y el aprendizaje en torno a la prevención, cuestión de la que se tiene una posición bastante crítica porque se espera un mayor compromiso en esta área y que se maneje de la misma forma en que se ha llevado el frente cooperativo en cuestiones coyunturales⁷⁷.

(...) va a depender (la participación) también como se establece ese canal de comunicación, que tengan una participación real en la toma de decisiones, porque tampoco sirve una comisión mixta que solamente demanda necesidades y no colabore con la construcción”.

Nutricionista, E1:256-263

Es así como se manifiesta la inquietud de incentivar a un tipo de participación más transversal basada en una conciencia política del trabajo no sólo a partir de acciones políticas coyunturales si no mirando hacia la prevención y a la promoción a partir de conseguir una mejor calidad de vida y de este modo que esta participación sea un artífice capaz de lograr los objetivos que se propone la participación en salud como estrategia de Promoción de Salud.

⁷⁷ De la misma forma lo presentamos en el capítulo anterior en relación al reconocimiento de los factores de riesgo de Parcela 11 y la poca relación que existe entre sus acciones en contra de estos.

De este modo el Equipo de salud enfatiza en la importancia de dialogar en los temas referidos exclusivamente a la calidad de vida, más allá de un diálogo a favor de la contingencia, de este modo poder resaltar la importancia de la participación en la temática de la Promoción de salud.

Para responder los elementos que determinan esta relación es necesario conocer la contraparte que involucra la participación, la que en definitiva la conforma como concepto basado en la acción social, las expectativas de participación en la comunidad de Parcela 11.

6.2. LA PARTICIPACIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DE USUARIOS Y DIRIGENTES DE PARCELA 11.

Como elementos constitutivos de la participación en salud consideraremos aquellos tópicos que en el discurso de la comunidad han construido el concepto a partir de sus valoraciones, sus experiencias y sobre todo la acción social que se esconde detrás de la acción participativa.

Si bien el objetivo de este apartado es describir la perspectiva de la participación en salud de la Comunidad de Parcela 11, debemos reconocer la interrelación de este análisis con lo revisado sobre la posición del Consultorio Amigable sobre este tópico, destacando a la vinculación como concepto principal, entendiéndolo bajo una relación intrínsecamente recíproca. Para la representación de esta idea nos hemos basado en la Escala de Arnstein sobre los niveles de participación, la cual la hemos focalizado desde la salud en lo que plantea Juan Díaz Bordenave (1985) sobre los niveles de participación de acuerdo al sentido que los actores involucrados le dan a la participación⁷⁸ (Delgado et al., 2005).

Los niveles de participación en salud se articulan de acuerdo al grado de complejidad con que son presentados, no son excluyentes uno de otros, conjuntamente estos niveles se vinculan al carácter individual o colectivo que considera posible la participación en salud: Aunque teóricamente los niveles de participación en salud que se definen son tres: El acceso a la información, la co –gestión y la autogestión, (Delgado et al., 2005).

Al describir el primer nivel, el de información (Para Arnstein de no participación: Manipulación y Terapia) debemos comprender los aspectos simbólicos que definen el acceso y la posibilidad de avanzar en la escala participativa a la comunidad en general, que en este caso se refiere, según el discurso de Parcela 11, a que el acceso a los espacios de participación está perspectivado desde una Elite.

⁷⁸ Guardando la proporción de lo que involucra el concepto de participación social.

La Elite participante desde la concentración del poder democrático

La elite se define de manera somera como la existencia de un grupo minoritario que tiene mayor poder o un status superior al de los otros integrantes de un grupo o comunidad. En este caso la comunidad hace referencia constante a que los espacios de participación son ocupados por un cierto grupo que alcanza un poder mayor dado por la dirigencia. Dando cuenta de la imposibilidad como pobladores de acceder a los espacios participativos incluso al nivel primario de información.

“(...) son muy pocos los dirigentes que le van a decir a la dueña de casa: “oiga usted tiene derecho también de hablar, de ir,” no necesariamente yo puedo como dirigente usted también tiene los mismo derechos, de hablar y de imponer lo que está pensando ¿me entiende?”

Hombre poblador, GD2:152-155

“Generalmente nosotros no vamos a las reuniones, porque para eso hay dirigentes, y ellos participan en todo, en las reuniones de la Unificación en el consultorio en todo, entonces hay poco espacio para que uno se interese, una vez yo y mi esposa lo tratamos de hacer pero fuimos mal mirado, empezaron a decir que estábamos de sapos, así que nos aburrimos”.

Hombre poblador, GD2: 170-172

De este modo la relación entre consultorio y población se convierte en una relación consultorio- dirigentes, entendiendo que la representatividad de estos ha sido puesta en jaque por la comunidad debido a la mala calidad de los canales comunicativos, y de la posibilidad de integrar al poblador común dentro del trabajo dirigenal.

“El dirigente no porque sea como el jefe tiene el poder de decir sí o no, no po la gente tiene que hablar y eso hay que transmitírselo a la gente, que detrás del presidente está el vecino, detrás del secretario esta el vecino, detrás del tesorero esta el vecino, que tienen derecho de hablar, entonces eso es lo que te quieren enseñar, pero lamentablemente la gente se ha acostumbrado a esa mentalidad, de que el dirigente es un jefe”

Hombre poblador, GD: 160-165.

De este modo se ha generado un conflicto permanente por la validación de los puestos de poder, creando frentes paralelos de trabajo que levantan propuestas que discrepan de las de la unificación.

“estamos nosotros participando, pero que nosotros lo hagamos sin ser dirigentes es raro, pero hay personas que los convocan y dejan de ir o otros que no van por que no le avisan a la gente que vaya y así dejan de ir todos”.

Mujer pobladora, GD2:120-123

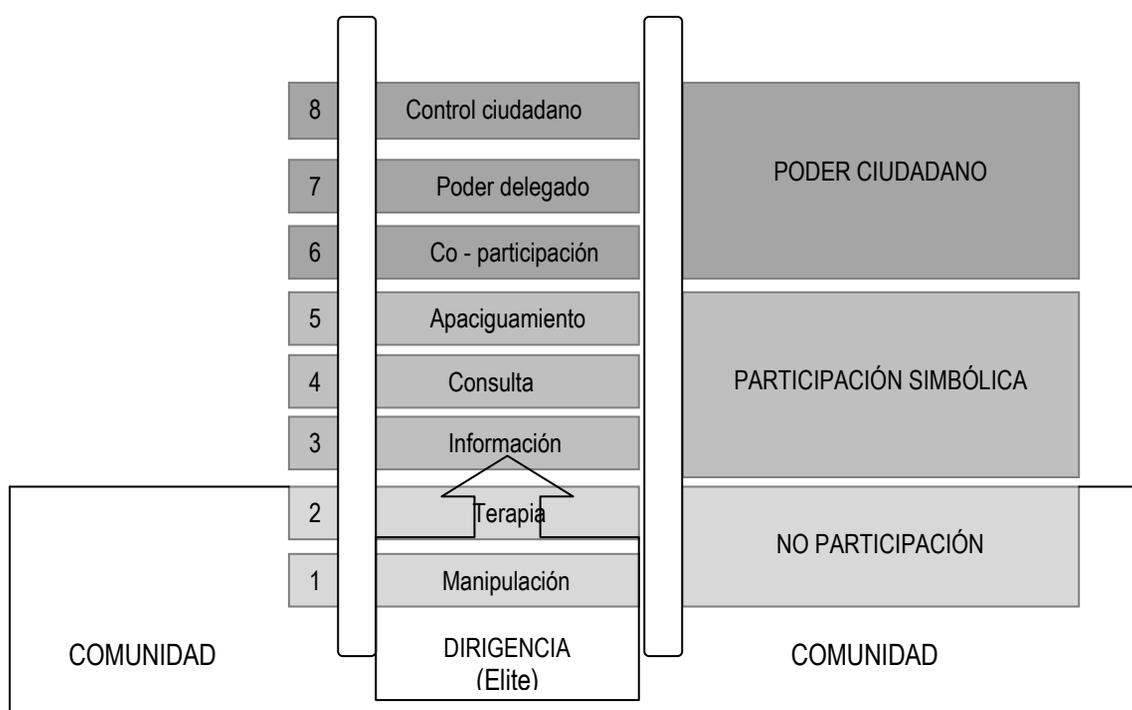
Desde la perspectiva de los dirigentes, la posición sobre la participación de la comunidad completa, responde a un desinterés de esta misma por hacerlo, no precisamente porque no se ofrezcan los espacios o se difunda la información, de este modo generándose una disyuntiva entre la posición de la comunidad y la de los dirigentes. Así lo plantean los estudios latinoamericanos sobre el tema: “Una limitación a estos mecanismos es la representatividad de los miembros de la comunidad que están presentes, ya que no suelen existir formas que la garanticen como, por ejemplo, elecciones comunitarias a representantes en el consejo de salud” (Vásquez et al., 2000, p.33)

Lo anterior son argumentos para dar cuenta de que la participación en salud no garantiza la posibilidad de acceso a todo individuo, generándose un filtro a partir de la institucionalización de la participación, produciéndose así, una desestabilización que es manifestada por el Personal del Consultorio al mantener esta relación únicamente con los dirigentes:

(...)Y después no se po, si hay cambio de dirigentes, entonces todos los canales de comunicación que teníamos se desaparecen, entonces aparecen nuevas dirigencias y construir esa esa comunicación desde la salud para esa nueva dirigencia es complejo”.

Asistente social, E1:223-227

Desde este antecedente primordial para comprender los elementos participativos de la comunidad nos acercaremos a la descripción de los niveles de participación que la comunidad de Parcela 11 reconoce y que como veremos están mermados por la existencia de esta elite. Si revisamos la gráfica de la Escala de Arnstein podemos decir que la figura que antecede al primer nivel de información en la Comunidad de Parcela 11 se vería de esta manera reflejada:



Esquema N°8: Representación de la posición de la comunidad de Parcela 11 en la Escala de Arnstein.

Los niveles de participación según la complejidad de la acción

1. Primer nivel Acceso a la información: El acceso a la información, la consulta facultativa, la elaboración y recomendación de propuestas como iniciativa personal es sin duda una acción que en Parcela 11 se ha presentado como una condición prácticamente inalienable de todos los usuarios de la atención primaria del Consultorio Amigable Parcela 11, y de este modo se ha institucionalizado en la población, existe una comunidad informada sobre la posibilidad de generar comentarios, sugerencias y reclamos bajo una vía específica: Las fichas de reclamo y/o sugerencias.

“Haber, pensando un poco en cuando yo participo... a claro que participo, el otro día tuve un problema con el médico que está haciendo la práctica ahí en el Consultorio(...)(...) y cuando salí pedí una hojita de mi anotación puse mi nombre y mi firma, claro que participo.”

Hombre poblador, GD2: 400-407

Desde la perspectiva de la comunidad de Parcela 11, esto les permite generar una opinión en distintos frentes: la Relación Personal de salud- Usuario, el problema con los medicamentos y los Problemas de atención e infraestructura.

“Pero también resulta que a veces, hay un personal que no nos escuchan, nosotros hemos estado comentando justamente ayer de la mala atención que algunas personas estaban dando.”

Mujer dirigente, GD1:420 – 422

La comunidad en general ven a este espacio de participación como un instrumento provechoso, aspiran a la existencia de cambios en el equipo a partir de la opinión individual, sin embargo dan cuenta de que sólo pueden apelar a cambios que vayan con la relación entre el personal médico y usuario, porque los elementos que se vinculan con la ausencia de medicamentos y médicos especialistas no están al alcance de la atención primaria, lo que no significa desconocer tales imperantes, sino más bien dar cuenta de la imposibilidad de un cambio estructural desde su posición, sin embargo se sienten comprometidos al considerarlo un tema que lo intentan resolver en conjunto:

" (...) la gente de repente no entiende que no hay mas doctores porque el espacio no es tan amplio por lo tanto si crece la población que se puede atender o sea es... el consultorio esta para atender a cien personas está atendiendo a quinientas, y hoy en día no hay hora, y eso molesta a la gente, la gente se va en mala, es reciproco, pero eso de alguna manera eso lo estamos solucionando."

Hombre dirigente, GD1: 611-619:

Desde esta perspectiva se reconoce la importancia de la opinión y del diálogo conjunto que debe existir para explicitar las condiciones de salud que decantan en la atención primaria, reconociendo que las quejas o sugerencias deben traspasar esta problemática y limitarse a las cuestiones cotidianas, pues sólo esto es lo que permite el espacio.

Lo descrito anteriormente muestra la posibilidad de acceder a los espacios de opinión de manera individual, acción que en casos es llevada a cabo por los usuarios del sistema, sin embargo, ya se ha generado un debate a partir de la necesidad de proteger esta opinión consciente y voluntaria. Pues al tener que identificarse, según dirigentes, no existe las garantías de un resguardo sobre las represalias que podrán ser llevadas a cabo por el personal de salud al contar con esta información, del tal modo proponen generar espacios colectivos para emitir las opiniones:

" (...) porque yo creo en que la vieja que fue atendida mal puede emitir su reclamo pero responsablemente, sabe que a tal hora, yo fulana de tal el día tanto fui a ver este personaje y me toco tal situación, porque que es lo que pasa, pero no lo hacen porque les da miedo después volver, entonces

nosotros que somos más de confianza que nos conocen quizá aquí (en el comité) ellos pueden expresarse un poco más”.

Mujer dirigente, GD1:446 – 449

La solución para esta problemática nació desde las dirigencias quienes propusieron ser un respaldo a la opinión individual a través de amparar en sus espacios libros de reclamos, como libros colectivos:

“nosotros proponíamos un libro de reclamo por comité la (Asistente social) me discutía la otra vez que a la hora de reclamar en el sentido que ellos tienen ya un formulario, que ellos tienen ya un libro de reclamos de sugerencias y de felicitaciones pero las viejas se cohíben de repente de hacerlo en el espacio. (...)Después una reunión con (Médica) ahí nos dijeron que si, que nosotros podíamos manejar un cuaderno en donde se podía escribir los reclamos respectivos”.

Mujer dirigente, GD1: 434-453

De este modo podemos decir que en Parcela 11 la acción individual se colectiviza para resguardar de los posibles efectos negativos de las demandas, y lo hace a partir de la institucionalización de la acción individual por medio de los comités dirigenciados de la unificación.

La revisión bibliográfica nos adelanta tal situación a partir de establecer que: “Deberá existir la posibilidad de una cierta elección y sistema de control de los servicios de salud, de lo contrario el usuario no siempre expresará su opinión por temor a represalias y los servicios no tendrán incentivo para mejorar” (Vásquez, et al. 2000 P.33). De este modo es validada la colectivización de la participación en un primer nivel individual para resguardar la integridad de los sujetos opinantes: “es más probable que un individuo participe en salud si ya existen grupos o asociaciones que ofrecen una vía para ello” (Vásquez, et al., 2000, P.33).

De este modo volvemos a concentrarnos en la Elite que participa o bien que permite y legitima la participación y reduce los canales de comunicativos a partir de una burocratización de los procesos, en este caso, contando con una aprobación por la comunidad en general.

Esto como mencionamos anteriormente ha generado procesos paralelos que se han materializado en iniciativas de participación en salud ajenas a la unificación, cuestión que profundizaremos al presentar el segundo nivel de Participación en salud, en donde sólo coexisten las acciones que se llevan a cabo de manera colectiva

Segundo nivel: La negociación: Este segundo nivel lo identificamos con un nivel de participación colectivo y se define teóricamente desde Bordenave (1985) por como un nivel de “fiscalización, concertación, co-gestión y toma de decisiones”. (Delgado et al. 2005, p.699). Desde la perspectiva comunitaria debemos comprender que para Parcela 11 la posibilidad de acceder a un espacio de negociación en busca de beneficios simbólicos y materiales es un elemento vinculante primordial en cuanto a las características esenciales que contiene la participación en salud.

“Para nosotros esta alianza que hemos establecido es súper importante, nos hace participativos, nos compromete a dirigentes y la gente del Consultorio han sido súper abiertos con nosotros”

Dirigente Mujer, GD1: 433- 435

La negociación planteada por la comunidad de Parcela 11 se constituye por dos actores relevantes que pueden acceder a esta instancia y que ya fueron mencionados: La presencia de la unificación de dirigentes y El consultorio Amigable Parcela 11, representado por sus directivos.

En este caso la negociación no estaría dada bajo las características de un actor opuesto a sus objetivos como comunidad, sino más bien a un actor institucional con objetivos similares: Mejorar las condiciones de vida de la comunidad, pero con métodos y prácticas distintas⁷⁹.

Como punto inicial de la negociación nos concretamos en un espacio físico ya descrito: El consejo Local de salud, espacio en el cual como ya mencionamos se reúnen dirigentes y Personal de consultorio para discutir los temas que son de interés para las

⁷⁹ Los planteamientos básicos de la negociación hablan sobre la constitución de partes con objetivos comunes pero que tienen roles sociales diversos y que serán acordes con las posibilidades de cada sector o institución.

partes que lo constituyen, y que para la comunidad tiene el sentido que vemos a continuación:

“Claro nosotros estamos en una instancia que está recién empezando esto del Consejo Local de salud, por lo tanto no sabemos mucho que podemos hacer o que camino vamos a tomar con el asunto del consejo local”.

Dirigente mujer, GD1: 584-587

Para profundizar las expectativas fundadas en este Consejo Local de Salud desde la comunidad, asistimos a las asambleas iniciales impulsadas por este espacio, de este modo logramos obtener información trascendental que nos permitió, de manera general, visualizar como Parcela 11 aún sus valoraciones hacia la salud comunitaria en conjunto con la participación y el consenso por la negociación, que según nuestro análisis, esta focalizado en tres aspectos principales: La contingencia comunitaria y la Promoción de salud, La facilitación de los espacios de atención y el Respaldo institucional en situaciones coyunturales.

6.2.1. La contingencia comunitaria y la Promoción de salud

Esta primera descripción viene dada a partir de los temas propuestos y los abordados en las asambleas iniciales del Consejo Local de Salud siendo testigos de un trabajo paralelo, por un lado los temas formales que convergen en el Consejo local de salud y por otro lado la capacidad de los pobladores de presentar sus expectativas sobre el consejo⁸⁰.

Los temas principales que se discuten y que se negocian⁸¹ apuntaban a la información de situaciones especiales ocurridas en la comunidad, que se refieren en primer momento acontecimientos generales y los caminos para encontrar soluciones en pos de la cooperación de ambas partes presentes en el Consejo. Un ejemplo lo vemos en

⁸⁰ Cuestión que profundizaremos desde la perspectiva de la Participación como un elemento de transformación.

⁸¹ Utilizando el concepto de negociación como ha sido planteado introductoramente: como la posibilidad de aunar esfuerzos por un objetivo común pero desde distintas posiciones.

esta tabla⁸² corresponde a la segunda reunión del Consejo Local de salud, previo a su conformación como organización de base:

<p>REUNIÓN CONSEJO LOCAL DE SALUD PALMAS CHILENAS PARCELA 11 15 DE OCTUBRE 2008</p> <ol style="list-style-type: none">1. SEGURIDAD JARDÍN INFANTIL PIECESITOS DE NIÑO.<ol style="list-style-type: none">a. INVITADA: PATRICIA LEIVA DE DEPTO. GRUPOS PRIORITARIOS MUNICIPALIDAD DE VIÑA.2. INFORMACIÓN SOBRE TERRENOS DEL FUTURO JARDÍN JUNJI.<ol style="list-style-type: none">a. RESPONSABLE GONZALO GALLARDO.3. SEGURIDAD TENENCIA DE CARABINEROS.<ol style="list-style-type: none">a. RESPONSABLE OSCAR ARAYA4. PLANIFICACIÓN DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO DE SALUD.5. 2º BOLETÍN CONSEJO LOCAL DE SALUD.6. CONSTITUCIÓN CONSEJO LOCAL DE SALUD.
--

Cuadro 9: Copia de tabla de reunión del Consejo local de salud Palmas chilenas – Parcela 11 del 15 de octubre del 2008.

Del cuadro anterior sólo fueron abordados los primeros tres puntos que guardaban relación con el trabajo paralelo que lleva la Unificación de dirigentes con las autoridades, de hecho invitaron el representante Municipal de la de la DIDECO para hablar de estas problemáticas que se discuten en la cotidianidad de las reuniones de comités. De este modo los cuatro puntos siguientes quedaron pendientes por lo que en esta ocasión se recalcó la idea de que era necesario darle mayor énfasis a los temas que no estaban alcanzado a ser tocados en las reunión del Consejo y que se remitían precisamente a los elementos involucrados de manera más directa con la salud, o más bien con los asuntos del consultorio, pues hace dos jornadas que sólo se ha logrado avanzar hasta el punto n°3 de la tabla presentada. Esté énfasis lo ha instalado el equipo de salud presente:

“Es súper importante que para la próxima reunión nos evoquemos directamente a los temas que faltan porque necesitamos conversarlos con ustedes y no se nos ha dado el tiempo con eso de los problemas del jardín que nos preocupaba”

Médica, Apuntes de Consejo local de salud,

Vemos entonces como el equipo de salud se preocupa por instalar los temas que requieren de una participación de la comunidad precisamente por la capacidad que tienen

⁸² Para ver la tabla original ir a los anexos.

en conjunto de resolver temas que son urgentes, cuestión que ya vimos en las expectativas sobre la participación basado en la cooperación igualitaria, presentando la necesidad de generar una discusión que debe de sobreponerse a las discusiones permanentes sobre su situación como campamento y todo lo que esta conlleva, buscando así una manera más circular de entender las cosas, no como procesos lineales paralelos, lo que llevaría a una desvinculación de la salud con las condiciones de vida, disminuyéndolo sólo al nivel de la atención.

Sin embargo la descripción de la negociación a partir de sus condiciones operativas no es suficiente para caracterizar el papel de ésta como un elemento constitutivo de la participación en salud. Es fundamental conocer cuáles son los tópicos que se negocian y bajo que expectativas se levantan las discusiones desde los actores sociales e institucionales. De este modo y aproximándonos a esta necesidad cualitativa identificamos el respaldo institucional en situaciones coyunturales y la facilitación de los espacios de atención.

6.2.2. El respaldo institucional en situaciones coyunturales

El respaldo institucional se fundamenta principalmente en un acuerdo de apoyo basado en la responsabilidad de cada una de las partes (Dirigentes y Consultorio) de utilizar su presencia simbólica, política e institucional en el sector para fortalecer las peticiones realizadas a entidades pares o supremas. De tal modo los dirigentes prestan su respaldo a cualquier demanda emanada desde el Consultorio y del mismo modo este presta su apoyo para las peticiones nacida desde los dirigentes de Parcela 11.

“Nosotros aquí nos respaldamos en lo que más podemos, si hay que firmar una carta la firmamos el consultorio, los dirigentes... si hay que tomarse la carretera la tomamos, porque tenemos acuerdos de que tenemos que apoyarnos como parte de esta comunidad, aunque tengamos temas distintos”

Dirigente hombre, GD1: 525-528

Es así como se ha forjado una experiencia de respaldo vinculada a la inserción de manera más expedita a los procesos burocráticos que envuelven las demandas o peticiones de una institución de base y también en este caso de los servicios de atención de la salud primaria. Esta condición se ha dado precisamente por tener que lidiar continuamente con los mismos aparatos: Gobierno regional, Municipio, Policía, etc. Por lo que se va consolidando un bloque que actuando en comunión y desde una perspectiva oficial sobre los procesos y procedimientos para elaborar y presentar demandas figura con un peso mayor.

Es importante destacar como este punto coincide con la perspectiva del consultorio de la participación como cooperación igualitaria, existiendo un consenso sobre la importancia de la reciprocidad de las instituciones para generar acciones de conveniencia para una o ambas partes.

6.2.3. La facilitación de espacios de atención

La comunidad de Parcela 11, en especial sus dirigentes, reconocen la capacidad que tienen de ofrecerles un espacio físico de atención al Consultorio amigable para la realización de las visitas a terreno. Dan cuenta de la importancia de su acción para hacer posible el servicio de salud que emana desde la institución de atención primaria, afirmando que las gestiones desde su posición de dirigentes de los comités vecinales es fundamental para llevar a cabo dichas prestaciones, por lo que se produce una negociación basada en la cooperación propia de los atributos de las instituciones, cuestión que la comunidad realza de manera importante posicionando su acción en la esfera de la participación en salud.

“Tu vez del consultorio venían a atender aquí en la sede en Las Palmas, los montes y del Valle y nosotros y nosotros habilitamos una sala con biombos con frazadas con lo que fuese para que la Médica atendiera ahí y por eso nosotros queremos a la Laura porque la Laura también se la jugó por el territorio”.

Dirigente hombre, GD1: 295 – 299

De este modo se reconocen en una posición de poder dentro de la negociación a partir de la transformación del concepto de responsabilidad con el consultorio al de cooperación, resignificando así el papel que cumplen en la salud comunitaria.

“porque nos hace participativo y nos hace mas unidos con de... y de hecho la tenemos con (Médica) hay una buena afinidad con la (Asistente social), con la cual tenemos más contacto entonces el nexo es muy bueno”.

Dirigente mujer, GD1: 415 – 418

A partir de este elemento considerar que tienen una participación activa a partir de su posición comunitaria, generando así una relación de reciprocidad con el Consultorio cuestión que como vemos contiene una alta valoración.

Concluyendo, al analizar los dos niveles de participación, desde la acción individual y la colectiva basada en la negociación, vemos una relación bastante estrecha en cuanto a las expectativas que envuelven cada uno de los escenarios para la comunidad de Parcela 11. Si bien establecimos que la Participación es una subunidad de la promoción de salud y por lo tanto el nivel de análisis es bastante más específico, los intereses que recaen sobre la promoción de salud y sobre la participación son similares: La estrecha relación para trabajar en pos de la contingencia, invisibilizando la problemática comunitaria a nivel sanitario.

La ausencia de mecanismos participativos que atenúen los factores de riesgo o que derechamente den un giro en sus condiciones de vida es un elemento a considerar, pues no nos permiten avanzar en un concepto más profundo de la participación (Tercer nivel de la autogestión) cuestión que nuevamente decanta en la dicotomía entre las condiciones políticas con las que cuenta la comunidad y que debiesen ser un factor positivo para generar niveles complejos de democracia⁸³, sin embargo se configuran bajo el alero de una negociación estructural (también definida como lazos comunicativos o como prestaciones adicionales en el tema específico de la Promoción).

⁸³ Apelando al pacto social que plantea Hopenhayn (2001) como mecanismo para acceder a los espacios de intercambio simbólicos y materiales.

Lo aquí señalado se restringe solamente a una descripción, la cual nos interesa profundizar a partir del análisis de los procesos y objetivos que representan las acciones participativas en Parcela 11 la cual revisaremos desde algunos elementos de la teoría de los movimientos sociales.

6.3. LA RELACIÓN MEDIOS-FINES/TRANSFORMACIÓN-MOVILIDAD QUE ENVUELVE A LA PARTICIPACIÓN

Acercándonos a la problemática que nos convoca, y desde la perspectiva de una comunidad que vive en pobreza, podríamos decir que identificar no sólo su discurso sobre la participación, sino también sus expectativas frente a esta, cobra un valor especial. La importancia de conocer como la comunidad concibe a la participación social en salud en función de generar una movilidad desde su posición social en la estructura nos parece fundamental para reconocer el sustento real que posee la Promoción de salud. Según Weber “lo comprensible es, pues, su referencia a la acción humana, ya como ‘medio’ ya como el ‘fin’ imaginando por el actor o actores que orientan su acción” (Weber, 1994, p 9).

Consideramos que la participación es un recurso que permite una movilidad dentro del campo de la salud, pues trae consigo la posibilidad de acceder de manera elemental a los capitales simbólicos y materiales por medio del constante juego y de la presentación figurativa en este espacio de intercambio. Por su parte es la que permite la interacción en distintos campos con el fin de mejorar o bien cambiar la posición por medio de la obtención del poder, que puedan influir en ocupar una mejor posición en el campo de la salud. Sin embargo para que esto se concrete y pase de ser una perspectiva teórica a una material, el sentido mentado de la acción social debe ser analizado a partir de la relación instrumental medios /fines.

Es por esto que la teoría de los movimientos sociales es un buen apronte analítico para asentar las bases de la participación en relación a los intereses, procesos y objetivos que persigue la población en un tema específico. Ya hemos planteado que este análisis será vinculado sólo con ciertas características que recatamos de las distintas perspectivas de la participación desde los actores, las cuales estarán focalizadas en la comprensión de las acciones participativas como acciones de permanencia o acciones transformadoras en relación a su salud y su calidad de vida.

Desde esta perspectiva la relevancia de caracterizar a las acciones participativas que rescata Parcela 11 como un medio para la transformación o cómo un fin en sí misma basado en el valor por la democracia y el sentido de la agrupación, en un elemento de análisis fundamental para reconocer la concreción de los objetivos de La Promoción de salud.

De este modo retomaremos dos de los aspectos que hemos mencionado a lo largo de este capítulo para avanzar más allá del plano descriptivo y poder visualizarlos como elementos característicos o significativos para un análisis sobre la orientación de la participación en salud.

La negociación como representación de un capital social estructural:

La negociación es un ejemplo claro de la relación que existe entre la participación como una acción instrumental y la posibilidad de generar un cambio basado en la integración de las fuerzas para fines propios y en circunstancias vistos como comunes. Desde esta perspectiva nos encontramos con un reconocimiento, desde el consultorio y desde la comunidad, del capital social que se posee y que es utilizado para estar insertos en un proceso participativo caracterizado desde la institucionalidad y para fines institucionales, mostrándonos que nuevamente estamos frente al uso estructural del capital social, más que el uso de un capital cognitivo⁸⁴, considerando a este último como aquel que les permitiría avanzar en un tercer nivel de autogestión, que no necesariamente se define como el desprendimiento de la institución para cometer sus objetivos, sino más bien como el reconocimiento auténtico de la posibilidad de transformar, a partir de sus recursos comunitarios, su calidad de vida bajo acciones engendradas desde su concepción salud y de bienestar.

Desde esta perspectiva y bajo lo que hemos encontrado en los análisis de esta investigación la acción social orientada al cambio en su calidad de vida se ve

⁸⁴ Revisando nuevamente los tres tópicos descritos como fuentes de negociación visto desde la comunidad pero que comparte con el Consultorio: La contingencia comunitaria y la Promoción de salud, El respaldo institucional en situaciones coyunturales y la facilitación de los espacios de atención.

desvinculada de la acción social en materia sanitaria. Por lo tanto las figuras descritas en el primer capítulo como las determinantes para la conformación de su salud y de la cosmovisión de su salud comunitaria⁸⁵ no tendrían ningún papel en la materialización cotidiana de la participación, pero si en la contingencia que se narra desde la sobrevivencia y permanencia en el sector de Parcela 11.

La negociación, como es planteada en este capítulo, obedece a tres características principales:

- La necesidad de asociación de las figuras comunitarias e institucionales para el cumplimiento de objetivos colectivizados y vistas como un frente basado en la cooperación igualitaria⁸⁶.
- El constante reconocimiento de un conflicto, el cual les permite hacerse presente como un bloque agregativo que mantiene un sólo discurso, el cual se elabora desde el tema específico de discusión.
- La identificación de los actores como disímiles, es decir, con roles específicos que están definidos por el sentido de la institución y la posición que ocupan en el espacio de poder y en la figura estructural basada en los procesos que le corresponde a cada uno desarrollar.

Estos tres elementos nos acercan a la Teoría de la Movilización de recursos, pues comprenden características que se relacionan con la utilidad de las fuerzas a favor de ampliar las redes para enfrentar de mejor manera el conflicto. Poniendo a favor de la causa los recursos que se poseen, en este caso simbólicos, para actuar bajo un bloque de contingencia.

Sin nos referimos a la definición que la TMR acepta sobre los movimientos sociales⁸⁷: “Un movimiento social es un conjunto de opiniones y creencias en una población que representa preferencias para cambiar algunos elementos de la estructura social y/o la distribución de las recompensas de una sociedad”(Puricelli, 2005,p.3), nos damos cuenta

⁸⁵ El tema del sistema, la dignidad y la marginalidad como constructores de su salud.

⁸⁶ Como lo vemos en el discurso sobre la participación del Consultorio Amigable.

⁸⁷ Enfatizando en la idea que el objetivo de esta reseña no es responder si la comprensión de la participación en salud corresponde o no a un movimiento social.

que hay ciertos rasgos en los procesos participativos de Parcela 11 que descansan en la idea de transformar ciertas características que limitan sus condiciones de vida pero basadas en el acoplamiento estructural basada en mejorar su diario vivir más allá del cuestionamiento hacia su posición y del papel que cumplen dentro de lo que ellos califican como sistema.

La idea de la distribución de recompensas, en relación a la definición presentada de Movimientos sociales, nos parece similar a las consecuencias de una negociación en que ambas partes aportan con sus mejores atributos por un mismo objetivo el cual asimilan sus beneficios simbólicamente de manera distinta.

Sin embargo rescatamos cierta idea de Melucci que nos hace sentido al momento de comprender el ímpetu que rodea la forma y el sentido de la negociación, que se basa en la construcción social de la figura colectiva como una figura potente y que logra sus objetivos, de este modo se genera una valoración altamente positiva por la unión de fuerzas, que si bien no alcanza a poseer una identidad colectiva⁸⁸, si contiene atisbos que nacen de sus orientaciones culturales y las formas de relación socializadas.

El Consejo Local de Salud como un espacio social participativo en disputa

Como dijimos anteriormente el Consejo Local de Salud es la estrategia que institucionaliza la negociación a partir de encarnar un espacio que consolida legalmente la potencia de las acciones cooperativas en el marco de las continuas demandas que la Comunidad⁸⁹ de Parcela 11 genera en comunión con el consultorio.

Para las partes conformantes de este Consejo Local de Salud, este tiene un valor especial para la dirigencia, pues más que verlo como un espacio participativo constituyente y paralelo, es visto como una prolongación de las actividades comunes de la Unificación, precisamente porque quienes lo conforman son las mismas personalidades

⁸⁸ Refiriéndonos al concepto de identidad colectiva que para Melucci está basada en la solidaridad, el conflicto y la compatibilidad y es fundamental para comprender la figura de los Movimientos sociales. En ningún momento evocamos a la identidad colectiva vista desde Bajoit.

⁸⁹ Entendiendo bajo la lógica de una elite participante que cuando hablamos de comunidad no nos referimos a las voluntades de cada uno de los individuos de Parcela 11, sino más bien, de los que logran acceder a este espacio por medio de alguna organización de base o representación institucional.

que están al frente de las otras organizaciones configuradas bajo los comités de vivienda, lo que da como resultado el traspaso de temas contingentes y burocráticos al espacio del Consejo Local de Salud.

De este modo han salido propuestas disidentes sobre el sentido del Consejo Local de Salud en relación a la orientación de sus objetivos. En el marco de esta investigación recopilamos un importante manifiesto desde el Centro Cultural “Un mundo mejor”, que en busca de contrarrestar la importante palabra de la dirigencia dieron a conocer el sentido que ellos le otorgaba a este espacio y su contribución a la salud de Parcela 11:

**Principales conclusiones discutidas en torno a la salud
Asamblea Centro Cultural
3 de diciembre**

1. Que se fomente la inclusión en el Consejo Local de Salud de todos los actores existentes en Parcela 11, Jóvenes, adultos, dirigentes y pobladores no dirigentes, etc., con el fin de aunar en este consejo todas las voces posibles y que no sólo se reconozcan los problemas discutidos en las dirigencias de los comités, pues si esto no ocurre no se producirá una innovación en lo que ya se ha hecho en el sector.
2. Generar una visión y misión de trabajo en el Consejo Local para reconocer a la institución con un propósito claro y definido, de este modo abordar sólo las problemáticas que le conciernen para así llevar a cabo un trabajo focalizado en la calidad de vida.
3. Generar equipos de trabajo que se encarguen de reconocer las principales problemáticas sanitarias de la Toma, en busca de soluciones para enfrentarlas, como por ejemplo el establecimiento de normas básicas de convivencia que resguarden la salud de los pobladores.
4. Este es un espacio que interactúa con el servicio de salud, y que por lo tanto se presenta como una autoridad que debe ser tomada en cuenta para las decisiones futuras en materia sanitaria.

CUADRO 10: Principales conclusiones discutidas en torno a la salud; Asamblea Centro Cultural.

Estamos frente a cuatro puntos que buscan en un primer sentido darle una orientación clara a este espacio participativo desde la necesaria idea de la constitución diversa para establecer una nueva mirada frente a la problemática sanitaria de Parcela 11. De este modo vemos una intensa preocupación para que el Consejo Local de Salud cumpla un rol distinto al que ya poseen las organizaciones dirigenciales, relevando así el carácter que este puede tener como fuente de cambio en sus condiciones de vida, como lo vemos en el punto N°4, atravesando el umbral de la participación institucionalizada e instrumental apelando al cambio en cuestiones más generales que se relacionan con los valores de humanidad: Como la dignidad y la salubridad física, mental y comunitaria.

Esta caracterización en un ejemplo sobre la mirada que se tiene dentro de la misma comunidad frente a los procesos participativos basados en la constante negociación, precisamente por el carácter acoplador que este tiene y que se relaciona estrechamente con la capacidad de insertarse en los procesos permitidos, dejando de lado una discusión de carácter macrosocial que dé cuenta de su calidad de vida como intrínseca de su posición social. De este modo la dificultad de ver al Consejo de Salud como un espacio de Transformación está dada por la permeabilidad que este tiene sobre los procesos de Parcela 11, invisibilizando sus objetivos individuales como un espacio distinto.

Desde la configuración del Consejo Local de salud y la perspectiva revisada ante la negociación nos acercamos a aquello que plantea Hopenhayn sobre la importancia de un pacto social basado en la interrelación de los individuos que asegure la redistribución de los recursos simbólicos más allá de los materiales. De este modo no bastan con abrir puertas que permitan la libre circulación, sino más bien asegurar que estas puertas y estos espacios hagan posible un intercambio que avance sobre el diálogo. Es así como este pacto social que habla el autor supera la visión tradicional de la democracia, si no que la materializa no sólo desde una consigna, si no, de la apertura y consolidación de derechos que responden al valor del debate por estos.

Melucci se refiere a algo similar señalando que la apertura de espacios genera un mantenimiento de acciones consolidada bajo un modelo de relaciones de accionar colectivo, lo que no significa necesariamente la posibilidad de transformación. Por lo que es necesario que esta apertura sea orientada de lo que denomina “democracia de la complejidad” que significa la consolidación de espacios públicos que garanticen la comunicación de las diferencias desde una rigurosidad en la practicidad de la participación inclusiva.

De este modo si volvemos al objetivo de la Participación en salud: «participación como el proceso activo por el que se establece una relación de colaboración entre el gobierno y la población en la planificación, implementación y utilización de los servicios

de salud, con el objetivo de conseguir una mayor autonomía local y control sobre la infraestructura y tecnología de la atención primaria de salud» (Vázquez et al., 2000, p.32). Nos encontramos que en su mayoría cumple con las expectativas que se buscan en relación a potenciar los recursos disponibles en salud, sin embargo si nos trasladamos a un Plano más general de la Promoción de salud: “La promoción de la salud va más allá de los sistemas de cuidado médico de la educación en salud, o de la prevención de enfermedad, ella constituye una respuesta social organizada, multisectorial y multidisciplinaria para mejorar la salud y el bienestar de la sociedad (...) (García, 2000). Nos damos cuenta de la imposibilidad de asociar los elementos médicos vinculados a la salud con los temas políticos participativos que se ajustan a la calidad de vida en general, remitiéndonos a la noción de salud construida por la comunidad de Parcela 11, viendo imposibilitada la acción en todos los frentes que pretende la Promoción de salud, si no que se enfatiza en la mejora en cuestiones materiales o de infraestructura, pero no avanza a una transformación que se vincule con conseguir una calidad de vida que derrote los conceptos de la salud como problema, la indignidad con que se enfrentan a la salud y por último el sentido de marginalidad.



7. CONCLUSIONES

Abordar a la salud como concepto universal, el sistema de salud y las políticas públicas en salud en Chile desde una perspectiva sociológica, es sin duda un tema complejo desde distintas aristas que nos aproximan a generar conclusiones presentadas como experiencias para futuros estudios sobre el tema.

Desde un contexto global nos encontramos con el diseño e implementación de políticas públicas cuyo modelo sufre de una estandarización propia de lo que corresponde a países que buscan insertarse en el escenario económico mundial, cuestión que ocurre en la salud en Chile bajo el alero de la OMS. Es cierto, las condiciones sanitarias en nuestro país han cambiado notablemente, el razonamiento hacia la importancia de la salud pública ha sido el corazón de este siglo, y se ha forjado a la luz de los problemas sociales que esta implica. Sin embargo el diagnóstico no puede superar a la capacidad que tenemos como sociedad, institución y profesionales de la salud de responder a este. Con esto me refiero a la importancia que tiene el desarrollar estrategias que hagan posible de manera tangencial una mejora en la calidad de vida. Las estrategias en la actualidad son parte de un modelo de estado y sociedad civil que poco opera en términos de resultados, basándonos en esta investigación esto ocurriría debido al poco sustento que tienen los canales comunicativos y pactantes, siendo al final de cuentas el resultado de un proceso educativo tecnificado y poco irreverente que ha conseguido la reproducción de actitudes que limitan la reflexión sobre la relevancia de la salud como sinónimo de vitalidad individual, solidaria y colectiva.

El concepto de integración e intervención comunitaria nos habla de escuchar más allá de profesar, nos habla de reconocer las capacidades políticas con las que nos encontramos actualmente en los barrios, poblaciones y campamentos que existen en nuestro país, de este modo poder vincularlos con las lógicas de intercambio, de necesidades y de intereses en que estas se sustentan, siendo el sustrato cultural que cada localidad posee el que dibuje la estrategia a implementar. Sin embargo desde la comprensión holística de los procesos debemos ser capaces de reconocer los nichos donde

las relaciones de reciprocidad se pierden, como por ejemplo el trabajo flexibilizado, la segregación de los espacios sociales, el individualismo, etc. Pues esta será la posibilidad *real* de iniciar un trabajo multisectorial que se nutra de Promoción de Salud.

Consideraciones metodológicas y del proceso investigativo.

El insertarse en comunidades mermadas por la pobreza para discutir sobre la promoción de estilos de vida saludable requiere de la necesidad de superar la problemática nacional que envuelve a la salud y que es tan cotidiana para los pobladores de estas comunidades: La falta de infraestructura hospitalaria, de recursos humanos, la ausencia de medicamentos y la concepción de la relación médico – paciente como una relación conflictiva. Son estos los temas que están continuamente en los discursos de los pobladores y para los cuales están preparados para expresarse.

En esta investigación no desconocemos la existencia de este panorama en Chile, sin embargo, nos interesaba profundizar si desde la Promoción de Salud se generaba un posible cambio en todas las esferas descritas como problemáticas, comprendidas desde un contexto microsocial, por lo tanto necesitábamos avanzar en el discurso hasta llegar a temas más específicos y menos reconocidos para la población.

Para lograr lo anterior fue necesario reforzar los procesos investigativos basados en los antecedentes teóricos y en la construcción metodológica, pues por la inexperiencia personal en investigaciones ligadas a la salud no contaba con antecedentes que validaran ciertas técnicas como las más adecuadas. Lo anterior generó que nos encontráramos con entrevistas que derivaban continuamente en una presentación de las experiencias personales con el sistema de salud, impidiendo la posibilidad de expresarse sobre el contexto comunitario, pues el mundo de referencia de los entrevistados estaba condicionado por un primer nivel de relación con el sistema de salud, impidiendo otorgar un discurso sobre el sentido y la práctica desde una perspectiva holística.

Sin embargo la información necesaria fue obtenida gracias a la posibilidad que entregan los grupos de discusión de conocer las valoraciones, ideales y apreciaciones subjetivas pero ideológicamente colectivizadas, pues nos permitieron situar a la comunidad a partir de cuestiones con un nivel mayor de elementalidad, pero discursivamente poco trabajadas o socializadas. Desde esta perspectiva es que consideramos como determinante la apertura a generar decisiones metodológicas en el momento adecuado, siendo cruciales y definitivas para encausar la investigación en relación permanente con los objetivos propuestos. Convirtiéndose, lo anterior, en una relevancia metodológica importante de esta investigación.

Otro aspecto importante que nos parece destacar del proceso investigativo se vincula con el posicionamiento de la sociología en la intervención comunitaria. Tradicionalmente la relación comunidad y salud primaria en Chile ha sido abordada principalmente por trabajadores sociales y psicólogos, generando así importantes mecanismos de trabajo, de vínculos y de expectativas mutuas validadas e institucionalizadas. De este modo, la población identifica ciertas capacidades de los profesionales vinculadas principalmente a la intervención basada en talleres o ayuda asistencial, por lo que iniciar un proceso en el cual los resultados no serán ni inmediatos ni tangibles se torna más complejo. Dada esta situación relevamos el papel que cumplen los informantes claves, y sujetos en posición estratégicas en esta investigación, pues al ser sujetos conocidos y legitimados por la comunidad nos permitieron, desde un primer aspecto empaparnos del contexto comunitario, para en un segundo aspecto de mayor relevancia, ser un nexo constante entre la investigadora y la población.

Conclusiones sobre los supuestos de la investigación

Me parece importante concluir lo expuesto en esta investigación desde lo presentado en la problematización de este estudio, sintetizando los resultados más relevantes a partir del análisis de nuestros objetivos.

1. Las valoraciones sociales de la comunidad de Parcela 11 a la salud comunitaria están determinadas por dos aspectos principales: Su valoraciones hacia la salud y la concepción y utilización de sus recursos comunitarios para la comprensión del concepto de salud comunitaria.

La concepción de salud será construida base a la salud como un problema que está determinado por su posición estructural que se personifica según Parcela 11 bajo tres elementos principales: El sistema, la dignidad y la marginalidad. A su vez los recursos comunitarios que se acoplan a esta problemática son identificados según los valores, la protección y la identidad que otorgan a la frase salud comunitaria la posibilidad de presentarse de manera simbólica como un ideal y de manera práctica como la operatividad y gestión.

La salud como concepto es un constructo que emerge y se valora desde la posición social del individuo en la estructura, encarnándose a partir desde dos aspectos principales: Desde una manera simbólica: Como un atributo humano primordial, otorgando la posibilidad de ser el pilar de la capacidad de desarrollo en todas las esferas sociales, consolidándose en la vida humana con un poder especial por el sentido holístico que esta posee; Y desde una manera material: Como un servicio dado por el estado altamente deficiente y que está determinado por su condición de pobreza, pues se presenta como la atención que les corresponde al pertenecer a cierto grupo social dado por su posición estructural, realzando gracias a la inequidad del sistema, una desigualdad valorada como inherente.

La noción de salud caracterizada anteriormente es un antecedente general que nos permite introducirnos a las acciones emprendidas en nombre de la salud comunitaria. En primer orden debemos establecer que este es un término innovador dentro de la comunidad, no se asocia a una práctica o aun trabajo establecido e institucionalizado, si no como un concepto basado en el ideal, aquello con lo que no se cuenta, y que bajo en contexto del caso de nuestra investigación, se condice con los servicios básicos y las carencias asociadas a la pobreza. Dado lo anterior, establecemos la poca relación que se da desde los atributos comunitarios y la acción social enmarcada en las valoraciones sociales, cuestión que se consolida como un antecedente importante al momento de analizar los alcances del capital social y los esfuerzos por generar un empoderamiento en la población, planteando la importancia de vincular las características comunitarias con una expectativa por el cambio social. De este modo este empoderamiento está basado en

un mejor uso de las instancias para usos instrumentales, desalojando la posibilidad de que la salud comunitaria se consolide como un espacio social en donde confluyan acciones para mejorar la calidad de vida en nombre la de economía de recursos basados en una lógica de cambio e intercambio a partir de su composición identitaria.

Consideramos que lo descrito anteriormente no tiene una raíz netamente estructural y perspectivada sólo desde un nivel macro social, si no que validamos a la mitificación como un concepto que se sustenta en el *relato identitario* basado en una creencia constante por el funcionamiento ideal y la reproducción de las acciones, disminuye las posibilidades de avanzar por una transformación mayor.

De este modo, reconocemos la importancia del capital social en su sentido estructural como un elemento que posibilita la sobrevivencia, sin embargo la posibilidad que este se transforme en un sentido cognitivo va a depender de la formación de la comunidad y de la experiencia empírica que desarrolle en relación a la inclusión de elementos políticos e ideológicos en su trabajo por una reivindicación social desde la salud.

2. La promoción de salud en Parcela 11 envuelve dos elementos que son fundamentales: Existe una importante identificación de sus factores de riesgo y una abierta preocupación por la constancia de las afecciones que traen consigo la precaria calidad de vida. Pero a su vez reconocen a la Promoción de salud como un espacio en donde se fortalecen los lazos comunicativos y se potencia la información con la institución de atención primaria, procesos carentes de relación con la problemática sanitaria de la cual son partes.

Lo anterior se ve validado desde el consultorio quienes identifican la importancia de los determinantes sociales en la conformación del estado de salud de Parcela 11, pero se ven enfrentados a la institucionalidad y la necesidad de proyectar las tareas encomendadas que provienen desde el nivel central en materia promocional, para lo cual se han diseñado estrategias que se basan en los elementos componentes de la visión y la implementación. De este modo la Promoción de salud instaurada es de tipo progresista.

La inmersión de los sujetos dentro de un contexto determinado por la pobreza y caracterizado como vulnerable, logra que la identificación y percepción sobre los factores de riesgo que amenazan su salud se realice desde lo que aprecien como tangible y constantemente presente. Es por esto que el proceso de integrar a la comunidad en los procesos promocionales se vuelve complejo, pues no se genera una valoración por el

trabajo que se está llevando a cabo ya que no existe una apropiación del mensaje de prevención hacia factores de riesgo establecidos a nivel comunal.

Consideramos que con la unificación de un Plan de Promoción se trata de dar probidad a la equidad atendiendo a todas las comunidades bajos los mismos criterios de implementación, sin embargo, con esta acción se omite nuestra distribución desigual en la estructura y por lo tanto se desconocen los factores de riesgo únicos de una comunidad determinada, los cuales se significan y valoran con mayor apropiación dado por la cotidianidad con la que son vividos.

Así mismo, establecimos que la promoción de salud es un proceso educativo, el cual debe ser implementado acorde al contexto comunitario en el cual se intenta intervenir, apelando a generar un trabajo paralelo que se construya de las problemáticas microlocales; para otorgar validez a su intervención desde los ámbitos de la salud primaria, y de las líneas nacionales de prevención; pues de este modo, se podrá asegurar el trabajo por una salud más equitativa.

Dado lo anterior buscamos generar que la Promoción de salud realmente sea una respuesta comunitaria y multisectorial, tal como lo plantea su definición, apelando a su constitución como proceso educativo el cual debe ser resguardado por instituciones fundamentales, como por ejemplo la Escuela. Con esto no estamos diciendo solamente que en estos espacios se refuerce el trabajo por la prevención, sino más bien, que se eduque en base a un enfoque liberador, cimentado en un empoderamiento crítico, una conciencia social y sobre todo por reivindicar la dignidad humana, de este modo logrando ejercer esta definición: “La promoción de la salud va más allá de los sistemas de cuidado médico, de la educación en salud, o de la prevención de enfermedad. Ella constituye una respuesta social organizada, multisectorial y multidisciplinaria para mejorar la salud y el bienestar de la sociedad” (García, 2000, p.27).

3. Respecto a la Participación en salud podemos decir que nos vemos frente a dos escenarios: Los espacios de participación como niveles primarios de participación en cuales se desarrollan prácticas y debates basados en la contingencia. Y la negociación (Cooperación e integración) como el elemento central del espacio social, el cual se desenvuelve como en un nivel secundario de participación dado por las características

agregativas para el enfrentamiento del conflicto a cual sólo puede acceder un grupo construido bajo la perspectiva de la elite de Parcela 11.

Consideramos a la participación, en su sentido ontológico, como la vía principal y el mecanismo más adecuado que permite generar instancias de relación, comunicación y trabajo en conjunto para problematizar sobre la Promoción de salud.

Sin embargo, desde esta investigación apreciamos que la participación como concepto valorado y practicado se concibe como un fin en sí mismo, apelando a la ocupación de estos espacios en busca de la presencia lo que permitiría una inclusión sólo a nivel de las subjetividades. Con lo anterior planteamos la inoperancia de un trabajo con objetivos concretos y transformadores que permitan una movilidad dentro del campo de la salud, y por lo tanto una transformación en la calidad de vida, mereciendo relevar tres aspectos que fundamentan esta proposición.

- La participación es un estado en el cual el individuo se involucra con el espacio social en donde confluye como sujeto, sin embargo se aprecia como un vector carente de reciprocidad, lo que nos lleva a considerar que la cultura participativa que tiene la comunidad analizada, genera que éste estado se vuelva permanente, no existe una valoración de la participación como la posibilidad de acceder a otra posición, que en el caso de la salud, estaría fundando en la obtención del estado de completo bienestar.
- Las acciones participativas en salud, concibiéndolas como acciones inmediatas y poco duraderas, son producto de esta nueva concepción de ciudadano y sujeto democrático, en donde se despolitiza la sociedad civil a partir de instruirla como un ente cooperador que hace buen uso de las instancias, no como un sujeto político capaz de generar transformaciones, de este modo se apela por la participación de la comunidad como una participación gremialista.

Lo anterior lo vemos argumentado en la dicotomía que existe entre el sujeto como usuario y el sujeto como participante: En la misma política pública se realiza a partir del concepto de *usuario*, la calidad de *servicio* que tiene la salud, sin embargo desde la apertura de la participación, se exige que este *usuario* se comporte también como

contribuyente, cuestión que sólo es conciliable desde la perspectiva del sujeto despolitizado, por lo que queda abierta la pregunta de ¿Qué ciudadano queremos?

- La incorporación de los espacios de participación como diagnósticos participativos y consejos locales de salud son valorados positivamente por la comunidad, los ven como provechosas y asertivos en relación a su inquietud por el trabajo con las instituciones comunitarias, sin embargo debe ser fortalecido a partir de este ímpetu de un ciudadano más que consciente de sus derechos, valentes de estos mismos, lo que consigue, desde nuestro punto de vista, a partir de la materialización de fines específicos en relación con la posibilidad de un cambio social.

Desde las conclusiones de los tres ejes temáticos que han envuelto esta investigación, nos parece relevante considerar la importancia de algunos que han salido a la luz producto de los resultados:

- La relación entre comunidad y consultorio debe considerarse no sólo a nivel de la cercanía, si no también, en un nivel de responsabilidad compartida por un determinado grupo, incorporando las acciones generales en relación con la promoción de salud, pero asumiendo las problemáticas que trae consigo la comunidad, y en este asumir lleva de la mano un solucionar, que va a depender de la capacidad de aprovechar los recursos comunitarios en post de un trabajo largoplazista, que por supuesto se debe complementar con la mejor utilización de recursos humanos y espacios materiales.
- La importancia de comparar discursos y prácticas como un ejercicio evaluativo, pues esto permite generar estimaciones del impacto de la política pública en la comunidad y en el equipo de salud de manera directa.

Conclusiones en torno a la política pública

Los aportes que realiza esta investigación van de acuerdo a los resultados y se enmarcan dentro de las conclusiones de los supuestos de investigación, sin embargo nos interesa presentar algunos elementos complementarios desde una perspectiva más general.

- La importancia de generar políticas públicas desde las líneas ministeriales que se sustenten en un panorama real sobre la subjetivación de los procesos y de las problemáticas comunitarias, de este modo la convergencia de temas se hará desde un piso establecido e internalizado por la comunidad.
- Releva el valor del trabajo multisectorial, no solamente de la implementación de prácticas y temas vinculados a la promoción de salud, si no una discusión multisectorial del papel que cumplen en Chile no sólo los servicios, si no, los modos de relaciones que impone la flexibilidad laboral y el sistema escolar. Pues de este modo se podrá despejar la dicotomía entre la urgencia por trabajar colectiva y comunitariamente con las consignas individualizantes.
- En la misma línea del trabajo multisectorial, la importancia de generar un desarrollo institucional acorde con la optimización de los recursos no sólo a nivel material, si no hacer parte del proceso promocional a las redes que confluyan en un territorio determinado, de este modo estar preparado para la interdisciplinariedad.

La región de Valparaíso, por ejemplo, al ser una Región Universitaria, debería hacer mejor uso de las instancias como prácticas, investigaciones y voluntariado. Sabemos que en el caso de las carreras asociadas a la salud esto se genera, pero debe ser urgentemente incorporado otro tipo de profesionales de las ciencias sociales para encargarse de procesos como caracterizaciones comunitarias, diagnósticos participativos o sobre importancia de preparar a los profesionales de la salud para asumir el cambio institucional y los modos de vinculación con la comunidad atendida.

Propuestas para un futuro desarrollo investigativo.

Esta investigación descriptiva deja abierta distintas posibilidades para profundizar desde una perspectiva sociológica.

- Desde una perspectiva metodológica sería importante complementar este estudio con la elaboración de una técnica de análisis de discurso, a modo de generar resultados más completos y con mayor posibilidad de análisis, sobre todo en un elemento reiterativo al momento de estudiar la Promoción de salud y que se relaciona con la comunicación.
- Si bien esta investigación trataba todos los componentes de las estrategias de Promoción de salud, situarse en alguno de ellos para ahondar en los elementos descritos en este estudio podría ser bastante provechoso para ampliar la relación entre sociología y salud, por ejemplo la participación social es un tema bastante analizado, sin embargo podría abordarse desde los espacios de participación en salud, como los diagnósticos participativos o Los consejos locales de salud, principalmente desde una revisión socio histórica de su formación y el proceso de transformación que ha generado a partir del contexto de la nueva construcción del ciudadano.
- Si bien esta investigación se situaba en un contexto de pobreza, conocer como se lleva a cabo la Promoción de salud en otras esferas sociales se vuelve bastante relevante, pues se podría generar una comparación dada por las valoraciones desde la posición social en la estructura de oportunidades.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Libros

Admetlla, I, Battle, E, Hernández, F, Mercadé, F (1982), *Psicología, sociología y psiquiatría: un manual de ciencias de la conducta para profesionales de la salud*, Barcelona: Teide.

Aguilar, M. (2001), *La participación comunitaria en salud ¿Mito o realidad?*, España: Universidad de Castilla - La Mancha.

Alonso, L (1998), *La mirada cualitativa en sociología: una aproximación interpretativa*, (1a. ed.), Madrid: Fundamentos.

Bajoit, G. (2003), *Todo cambia: análisis sociológico del cambio social y cultural en las sociedades contemporáneas*, (1a ed.), Santiago: LOM.

Bandura, A (1987), *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*, Barcelona: Martínez Roca.

Bauman, Z (2003), *Comunidad, En busca de seguridad en un mundo hostil*, (1ed.). Argentina: SIGLO XXI.

Beck, U (1998), *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*: Barcelona: Paidós.

Beck, U (1999), *Hijos de la libertad*, (1 ed.), México: Fondo de cultura económica.

Bourdieu, P (1983), “*Las formas del capital*”, En Bourdieu Poder derechos y Clases sociales (pp. 131-164).

Bourdieu, P (2002), *Razones prácticas: Sobre la teoría de la acción* (3a ed.), Barcelona: Anagrama.

Canales, M (2006), *Metodologías de investigación social*, (1a ed.) Santiago: LOM.

Centro de Investigación Social Un techo para Chile (2004), *Historias de campamentos*.

Cunill, N (1991) “*Participación Ciudadana*” Venezuela: CLAD

Cunill, N. (1991), *Participación ciudadana, dilemas y perspectivas para la democratización de los Estados Latinoamericanos*, Venezuela: CLAD

Díaz- Albertini, J, (2001) *Capital social, organizaciones de base y el estado: recuperando los eslabones perdidos de la sociabilidad*, (1.ed) Santiago: CEPAL

Durkheim, E (1995), *La división del trabajo*, (3a ed.) Madrid: Akal.

Durkheim, E (1999), *El suicidio*, (5a. ed.) Madrid: Akal.

- Esposito, R, (1950), *Comunitas: Origen y destino de la comunidad*, (1a ed.) Buenos Aires: Amorrortu.
- Flores, G (2009), *¿Perfil Funcionario APS?* Chile: CONFUSAM
- Foucault, M (1976), *Historia de la locura en la época clásica*. (1a ed.)Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Forni, P, Siles, P, Barreiro, L (2004), *¿Qué es el capital social y como analizarlo en contextos de exclusión y pobreza?*, Buenas Aires: Julian Samora Institute.
- García, M , *Salud comunitaria y promoción de salud*, Tomo 1, Canarias: ICEPSS
- Garzón, R (2009). *Aprendizaje social*, Universidad surcolombiana. Neiva. Facultad de salud programa de psicología aprendizaje social.
- Hopenhayn, M. (1998) *Integración y desintegración social en América Latina: Una lectura finisecular* (1ª ed.), Buenos aires: Espacio.
- Hernández, R, Fernández, C, Baptista, P (1996), (2003), (2006) *Metodologías de la investigación* (4a. ed.), México: Mc Graw –Hill.
- Marx, C, Engels, F (1999) *La ideología alemana*, Buenos Aires: NEED
- MINSAL (1998), *Promoción de la salud para Chile: Plan nacional de promoción de la salud*, Chile: Unidad de promoción de la salud.
- Parsons (1999), *El sistema social*, Madrid: Alianza.
- Pérez Adán, J (2005), *El comunitarismo del Quijote*, Santiago: Universidad Miguel de Cervantes
- Pérez Adán, J (1999), *La salud social: de la socioeconomía al comunitarismo*, Madrid: Trotta.
- Polanyi, K (2003) *La gran transformación, los orígenes políticos y económicos de nuestro tiempo*, (2a. ed.), México: Fondo de cultura económica.
- Pourtois, P., Desmet, H. (1992). *Epistemología e instrumentación en ciencias humanas*. Barcelona: Herder.
- Putman, R (2005), *Avances, políticas públicas y Agenda de Investigación en la teoría del capital social*, (1ª ed.), México: Universidad Iberoamericana.
- Paz, MF (2004), *Entre el interés público y los intereses colectivos: Obstáculos y oportunidades de la participación ciudadana en el Corredor Biológico Chichinautzin, Morelos*, México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Suárez, M (2005) *El grupo de discusión: una herramienta para la investigación cualitativa*, (1a ed.). Barcelona: Laertes.
- Tönnies, F (1947), *Comunidad y Sociedad*, (1ª ed.) Argentina: Losada.

Valles, M (1997), *Técnicas cualitativas de investigación social*, Madrid: Síntesis.

Weber, M (1944), *Economía y sociedad*, México: Fondo de cultura económica.

Werner, D, Bower, B, (2007), *Aprendiendo a promover la salud*, California: HealthWrights.

Artículos de revistas por autor

Albornoz, M. (2007) “Los problemas de la ciencia y el poder”. *Rev. Cienc. Tecnol. Soc.*, vol.3, no.8, p.47-65.

Briceño- León, R (1988), “El contexto político de la participación comunitaria en América Latina”, *Rev. Salud pública*.

Cruz, A (2001), Reseña de “Acción colectiva, vida cotidiana y democracia” de Alberto Melucci, *Rev. Estudios sociológicos*, vol.xix, no 00, p.256-262.

Delgado, M, Vasquez, L. (2006) “Barriers and opportunities for social participation in health: the main social actors’ perceptions”. *Rev. Salud pública*, vol.8, no.2, p.128-140.

Durston, J (1999), “Construyendo capital social comunitario”. *Rev. CEPAL*, vol. 69, p. 103-117.

Durston, J (2000), “¿Qué es el capital social comunitario?” *Santiago: Serie Políticas sociales CEPAL*.

Eslava, JC (2007), “Public health in a society at risk”. *Rev. Salud pública*, vol.9, no.2, p.165-165.

Granda, E (2004), “¿A qué llamamos salud colectiva, hoy?,” *Rev. Salud pública*, Vol. 30, no.002.

Guillen, A, Sáenz, K, Badii, M y Castillo, J, (2009), “Origen, espacio y niveles de participación ciudadana”, *Rev. Daena: International Journal of Good Conscience*, Vol. 4, no.1, p. 179-193.

Hausberger, M, Wacsman, R (2000), “Participación de la comunidad en la problemática de salud. Un modelo interdisciplinario de investigación acción”. *Rev.Latino-Am. Enfermagem* vol.8, no.1 Ribeirão Preto.

Hopenhayn, M (2001), “Viejas y nuevas formas de la ciudadanía”, *Rev. CEPAL*, Vol. 73, p.117-127

Mettifogo, D, “Desarrollo de un modelo de detección, prevención y tratamiento del maltrato infantil”, *Rev. Psicología*, vol. VIII, n°1.

Puricelli, S (2005), “La teoría de la movilización de recursos desnuda en América Latina”, *Rev. Theomai*, no 12.

Rojo, N, García, R (2000), "Sociología y salud: Reflexiones para la acción". *Rev. Salud pública Vol. 124*, p.91-100.

Salinas, J, Vio, F (2002) "Promoción de la salud en Chile", *Rev. chil. nutr.* oct. 2002, vol.29 supl.1, p.164-173

Salovey, P. y Rothman, J (2003) "Análisis de cuatro teorías sobre el comportamiento de protección de la salud", *Psychology Press* p.396.

Sapag, J, Kawashi, I (2007), "Capital social y promoción de la salud en América Latina", *Rev. Salud pública*, v.41, 139-149.

Sanabria, G (2004) Participación social en el campo de la salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, vol.30, n. 3.

Vásquez, M, Siqueria, E, Kruze, I, Da Silva, A, Leite, L, (2002), *Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina*, (1 ed.), Brasil: Gaceta Sanitaria

Referencias electrónicas

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata (1978) URSS Recuperado el 20 de julio de http://www.paho.org/Spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

Declaración de Yakarta (1997), Sobre la Promoción de la salud en el siglo XXI, Adoptado en la cuarta conferencia Internacional sobre la Promoción de la salud, Yakarta, República de Indonesia, Recuperado el 3 de julio del 2008 de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf

Instituto nacional de estadísticas (2004) Enfoque estadístico nº 21. Recuperado el 15 de Julio del 2008 de http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/home.php.

Molinas, José R. (2002), *Innovaciones en la política social: el papel del capital social*, Instituto desarrollo, recuperado en noviembre 2009 en <http://www.paraguayglobal.com/investigaciones.php?ID=1013>

Nisbet (1988), *Historia del análisis sociológico*, recuperado el 26 de abril del 2008, del sitio web <http://seguro.dipalicante.es/gestformweb/docs/recursos/205/I%20DINAMIZACION%20COMUNITARIA.pdf>

Sojo, A (2006), Objetivos sanitarios 2000-2010 en Chile: Las desigualdades en salud a medio periodo, en DDS CEPAL, Exposición en Evaluación a mitad del periodo de los Objetivos sanitarios para la década 2000-2010 convocada por Ministerio de Salud de Chile, Centro Cultural La Moneda. Recuperado el 2 de julio del 2008 en <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/OS/OS%20Presentacion%20Dra.Soj.pdf>

Vélez, H, *La teoría de la motivación a la protección como fundamento de la estrategia comunicacional y el ejercicio de consulta*. Recuperado el 20 de noviembre de http://74.125.113.132/search?q=cache:jbrsdf1g_KsJ:www.descentralizadrogas.gov.co/