



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA

**SIGNIFICADO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD DE DIRIGENTES VECINALES
DE FORESTAL BAJO Y FORESTAL ALTO DE VIÑA DEL MAR**

Tesis para optar al Grado de Magíster en Salud Pública.
Mención Gestión en Atención Primaria de Salud.

Autora:

EM. SONIA HAYDÉE GODOY ALIAGA

Tutor de Tesis:

Dr. Mario Parada Lezcano

Valparaíso, Julio 2015.

DEDICATORIA

Esta investigación está dedicada a todos los que creen
en un país que escucha, respeta, atiende
y decide con la opinión de todos.

Toda la grandeza comienza desde lo mínimo,
no existe un fin sin un comienzo,
no existe resultado sin esfuerzo.

AGRADECIMIENTOS

Gracias en primer lugar a Dios Padre quien me regaló esta vida en medio de personas tan maravillosas como mi hermosa familia y queridos amigos.

Todos han sido una parte fundamental para esta investigación entregándome su apoyo, su escucha atenta y su valioso tiempo.

Gracias a quienes han sido parte desde el trabajo de campo de esta investigación, principalmente a los profesionales de Enfermería y Trabajo Social de los CESFAM Brígida Zavala y CESFAM Amigable Las Torres.

Agradezco al profesor Tutor de esta investigación por su paciencia y motivación permanente, y muy especialmente gracias a mis protagonistas: dirigentes vecinales de Forestal que con generosidad infinita compartieron sus visiones y realidades de vida.

INDICE GENERAL

	Página
RESUMEN	7
I. INTRODUCCIÓN	8
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
• Aspectos Generales de formulación del problema	9
• Pregunta de Investigación	10
III. MARCO TEÓRICO - MARCO CONTEXTUAL	11
Marco Teórico	11
1. Evolución Concepto de PSS	11
2. Motivación para el desarrollo de PSS	14
3. Elementos que inhiben la PSS	16
4. Clasificaciones de PSS	19
5. Marco Regulatorio para la PSS en Chile	23
6. Compromisos necesarios para el desarrollo de la PSS	27
Marco Contextual	28
1. Características Demográficas Viña del Mar y Forestal	29
1.1 Población	29
1.2 Distribución etárea	30
1.3 Situación de Pobreza	32
2. Orígenes de Sector Forestal	33
2.1 Orígenes de Forestal Bajo	33
2.2 Orígenes de Forestal Alto	34
3. Organización Comunitaria	35
3.1 Organizaciones Comunitarias en Sector Forestal	37
4. Estrategias de Participación Social de Viña del Mar	40
4.1 Diagnóstico Local Participativo	40
IV. OBJETIVOS	41
• Objetivo General	41
• Objetivos Específicos	41

V. METODOLOGÍA	42
Tipo de estudio	42
Selección de Participantes	42
Categorías de Análisis	45
Sistemas de Categorías por Perfiles	48
Técnicas de Recolección de datos	49
Trabajo de Campo	49
Plan de Análisis	52
Limitaciones del estudio	52
Consideraciones éticas	53
VI. RESULTADOS	54
1. Significaciones de la Participación Social en Salud	54
1.1 Conceptualización de PSS	54
1.2 Elementos de Motivación para desarrollar PSS	56
1.3 Participación Toma Decisiones del CESFAM	58
2. Descripción Modalidades de PSS	60
2.1 Origen de PS en su Barrio	60
2.2 Instancias actuales de PSS en su Barrio	62
2.3 Elementos que inhiben la PSS	66
3. Impacto de la PS para el Desarrollo de la Salud a Nivel Local	69
3.1 Aporte a la Salud del Barrio de PSS	69
3.2 Proyección de los Procesos de PSS	70
VII. ANÁLISIS INTERPRETATIVO	74
Significaciones de la Participación Social en Salud	74
Descripción Modalidades de PSS	83
Impacto de la PS para el Desarrollo de la Salud a Nivel Local	87
VIII. CONCLUSIONES	89
IX. SUGERENCIAS	93
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
XI. ANEXOS	98
ANEXO 1: Spectrum IAP2	98
ANEXO 2: Consentimiento Informado	99

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Porcentaje de Población total de ambos sectores de Forestal, en relación a la comuna de Viña del Mar.	30
Tabla 2: Relación de Población de 20 a 64 años de Forestal Bajo y Forestal Alto con Comuna de Viña del Mar	31
Tabla 3: Relación de Población de 65 años y más de Forestal Bajo y Forestal Alto con Comuna de Viña del Mar	31
Tabla 4: Distribución de Población en Situación de Pobreza, Extrema Pobreza y Vulnerabilidad según CESFAM al que pertenece.	32
Tabla 5: Sectores de Viña del Mar y Unidades Vecinales	37
Tabla 6. Perfiles de Estudio.	43
Tabla 7: Categorías de Análisis desarrolladas en la investigación.	47
Tabla 8: Sistema De Categorías Por Perfiles	48
Tabla 9: Perfiles y Número de entrevistas correspondientes	50

INDICE DE ESQUEMAS

Esquema 1: Visiones del concepto de PSS	77
Esquema 2: Cómo motivar y qué esperar como resultado de ello.	80
Esquema 3: Aspectos que limitan la toma de decisiones en salud por parte de la comunidad.	82
Esquema 4: Representación del nivel de PSS que muestra Forestal, de acuerdo a diversas clasificaciones.	84
Esquema 5. Proceso autogenerativo de una situación de vulnerabilidad por instalación de droga.	86

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Histograma Población Inscrita Centros de Salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar 2014.	30
--	----

RESUMEN

La investigación aborda aspectos de la Participación Social de la Salud (PSS) en la mirada y el contexto de dirigentes vecinales del sector de Forestal de la Comuna de Viña del Mar, para los barrios de Forestal Alto y Forestal Bajo.

Tiene por objetivo central explorar las significaciones del concepto de Participación Social en Salud, así como los elementos que la posibilitan o le debilitan, y la narrativa de los inicios de la participación social en los barrios estudiados, de igual forma se espera dar a conocer instancias actuales y proyecciones del concepto.

El estudio se efectuó desde el paradigma interpretativo cualitativo, por lo que la autora debió posibilitar la subjetividad y describir e interpretar los relatos desde un enfoque fenomenológico que diera una mirada amplia de la Participación Social en Salud para ambos sectores de Viña del Mar.

Los perfiles de estudio contemplaron solo población adulta, dividida acorde a su sector geográfico y grupo étnico. La obtención de las personas participantes fue mediante diseño muestral teórico y se complementa con la metodología de Informantes Clave.

Este estudio agrupó el relato mediante categorías de análisis, por tanto los resultados se exponen desde el análisis descriptivo y análisis interpretativo, para cada una de ellas.

En la generalidad, se aprecian visiones distintas en cuanto al concepto en estudio, significaciones, comportamientos y proyecciones diferentes de la Participación Social en Salud por parte de los dirigentes vecinales de uno u otro sector, quizás producto de orígenes distintos de las comunidades, sociodemografías muy marcadas y disímiles, por lo que surge la inquietud de estudios de investigación en ciencias de salud que profundicen todas estas aristas.

La autora entrega su análisis a partir de los conceptos recabados para esta investigación, desde una mirada crítica de la situación que se explora, esperando finalmente abrir la discusión hacia nuevas interrogantes necesarias para generar un clima que promueva la participación social en Salud en el más amplio sentido de este concepto, en el que involucra al ser humano como motor para mejorar su estado de salud y comprender que la salud decanta de cada uno de los aspectos de la vida humana, y su entorno, que los Determinantes Sociales de la Salud definidos por la OMS, más allá de una teoría es una realidad que nos acerca a comprender la necesaria Producción Social de la Salud.

I. INTRODUCCIÓN

La Participación Social en Salud como concepto fue escogido para esta investigación, por la trascendencia en el curso actual de las políticas públicas en salud de Chile, sustentadas en el Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar y comunitario, actualmente vigente a partir de la última reforma de salud. Esta nueva mirada para la asistencialidad, reconoce la necesidad de potenciar la participación social como uno de los ejes de este modelo y como pilar de la Promoción en Salud. Desde el contexto de la legislación vigente, se proclama la importancia del concepto y se resalta su necesaria implementación desde la institucionalización.

Sin embargo, desde la perspectiva de quien presenta esta investigación, aún no se le ha dado el realce a quienes debieran ser los verdaderos artífices de la PSS, en cuanto a manifestación de opiniones y toma de decisiones de políticas públicas locales en materia de salud: los dirigentes vecinales, como representantes legítimos de sus comunidades. Es desconocido si los líderes vecinales consideran necesario y posible, potenciar la participación social en salud, si ha generado algún impacto en el propio estado de salud del barrio o no, y particularmente, la visión que estos líderes comunitarios tienen de su importancia en el contexto de las actuales políticas públicas.

Esta investigación será desarrollada con la participación de dirigentes vecinales que habitan en el Sector de Forestal Alto y Forestal Bajo. Barrios que se destacan en la Comuna de Viña del Mar, por la fortaleza en sus movimientos sociales. Contempla las significaciones del concepto de Participación Social en Salud, así como los elementos que la posibilitan o le debilitan, y la narrativa de los inicios de la participación social en los barrios estudiados, así como instancias actuales y proyecciones de implementación. El engranaje del contexto de la investigación, permitirá reconocer elementos comunes y opuestos de ambos barrios que enriquecerán el estudio.

El estudio se efectúa desde una perspectiva cualitativa, por tanto para el logro de los objetivos planteados, la autora deberá posibilitar la subjetividad y describir e interpretar los relatos de los entrevistados. Se palpa la circularidad propia de los estudios cualitativos en esta investigación, especialmente en el desarrollo de la metodología y en sus resultados finales.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

ASPECTOS GENERALES DE FORMULACIÓN DEL PROBLEMA: La investigación espera visibilizar como objeto de estudio, el significado atribuido al concepto de Participación Social en Salud (PSS) por parte de líderes vecinales de dos sectores emblemáticos de Viña del Mar: Forestal Bajo y Forestal Alto.

En particular estos sectores, porque si bien comprenden barrios muy cercanos geográficamente presentan diferencias estructurales, históricas y funcionales, que serán profundizadas en el marco contextual, que en lo general, se caracterizan por gran variedad de organizaciones sociales que de forma habitual dialogan con el sector salud, a través de la participación de sus dirigentes en el Consejo Local de Salud (CLS) implementados en los Centros de Salud Familiar: CESFAM Brígida Zavala y CESFAM Amigable Las Torres.

El problema de estudio se expresa porque, a pesar de este diálogo permanente, se desconoce cómo significan este concepto. Para estos efectos, se analizarán aspectos que aportan al significado, tales como: elementos que los motivan a desarrollar la PSS, reconocimiento de sentirse parte en la toma de decisiones en salud a través de su participación en el CLS de sus CESFAM, recuerdos de la gestación de participación social en sus barrios, instancias actuales de PSS, determinación de cuáles son los elementos o variables que producen que la PSS se inhiba en sus barrios, identificación de aporte de la PSS a los objetivos locales en salud, y por último si perciben que la PSS tiene proyección en sus comunidades.

La problemática se plantea desde una visión de reconocimiento histórico, ya que asumir una actitud participativa y deliberante, claramente no es tarea fácil para una población que se origina y constituye casi en igual década a la que se inicia un régimen de represión militar en el país. Los pobladores fueron obligados a acallar sus opiniones, acostumbrándose a no decidir, sino a dejar que decidan por ellos. El retorno a la Democracia hace ya varios años, al parecer aún no ha sembrado las ansias de participación social en las nuevas generaciones, ya que sigue destacando en todos los ámbitos la proactividad y compromiso por parte de la población adulta mayor, por sobre los más jóvenes (1).

El problema de investigación se apoya además en que el modelo de salud vigente, instaurado tras la Reforma en Salud de Chile y ratificado en “El Compromiso de Chile para

la Promoción de la Salud” (2) señala, que es prioritario y necesario: “Fortalecer la capacidad de la gestión municipal para formar comités intersectoriales, desarrollar planes de acción e implementar estrategias de promoción de la salud a corto y largo plazo con la participación de la sociedad civil”, como estrategias de implementación de la Medicina Familiar. La suma de la normativa vigente y del Modelo de Salud definido (3), propone comprometer la participación de la comunidad organizada para la toma de decisiones.

Por otra parte, desde el Interaccionismo Simbólico que plantea Blumer (4), se comprende a cabalidad la relevancia del título de la investigación. Este autor determina tres premisas para su teoría; exponiendo que es el significado el que determina la acción de los actores sociales; que los significados no son otra cosa que productos sociales que nacen desde la interacción de sus miembros; y que se asigna significados a través de un proceso de interpretación que varía en el tiempo.

Se quiere explorar lo que ellos significan, tras su experiencia de participación en el CLS, como forma de PSS, de forma comparativa en los dos sectores e identificar si es reflejo de lo que la literatura y normativa vigente (5) (6) plantea, o de alguna forma se aleja, tomando otras características.

Esta investigación constituye un reconocimiento a los líderes comunitarios de ambos sectores, quienes han mantenido redes de apoyo al interior de los grupos comunitarios, han sido la cara visible de las personas que los han elegido como representantes y por tanto, han sido el nexo entre la autoridad y los pobladores.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es el significado que le asignan a la Participación Social en Salud (PSS), los dirigentes vecinales de Forestal Alto y Forestal Bajo de Viña del Mar?

III. MARCO TEÓRICO

El sustento teórico de esta investigación, por esencia, es la Participación Social y sus implicancias en el Sector Salud. Para abordaje del tema, el marco teórico contempla elementos como definiciones de concepto, clasificaciones y reconocimiento actual del mismo.

1. Evolución del Concepto de PSS

La participación social en salud se posiciona en la mirada internacional, desde la Conferencia de Salud Alma Ata (7), en 1978. Instancia de post guerra convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la UNICEF (Fondo Internacional para la Infancia de las Naciones Unidas), en vista de la necesidad de establecer criterios solidarios para que los países con mayores recursos apoyaran a los más pobres en materias de salud, con el fin último de lograr “Salud para todos en el año 2000”. En esa oportunidad y con la presencia de 176 gobiernos representados, se declararon lineamientos que los países miembros se comprometían a aceptar y fomentar.

En el punto IV de la Declaración de Alma Ata se expresa: “El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud”.

El derecho a participar, reconoce la necesidad de hacer concreta la posibilidad de participación en salud, para los gobiernos que firman esta declaración.

El deber de participar exige a la comunidad, medidas de organización que le permitan ejercer este deber y la motivación para hacerlo.

Ante esto, es imperativo comprender que la comunidad tiene la posibilidad de desconocer sobre aspectos técnicos en materia de salud, por tanto, es deber del sector de salud informar cabalmente y ser un guía en la toma de decisiones para la comunidad.

Alma Ata entre otros aspectos, postula en su declaración VII, ítem 5: “La Atención Primaria exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y

nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar”, esto quiere decir, intensificar la entrega de conocimientos a través de la Educación para la Salud, para la toma de decisiones informada y representativa de la comunidad. Este último punto se especifica en esta misma declaración: “...así como la comunidad ha de estar dispuesta a aprender, el sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, así como dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas de las actividades propuestas y de sus costos relativos”.

Aun así el concepto de Participación de la comunidad, para el contexto histórico mundial y la visión biomédica predominante, resultaba bastante lejano en su implementación, especialmente porque solicitaba de forma explícita: cambios de políticas y de mentalidades.

En el contexto de Alma Ata, para aquellos países que habían quedado mermados postguerra, así como para aquellos que se habían enriquecido a raíz de la misma, las prioridades estaban centradas en la economía nacional y este llamado de atención se hacía urgente para motivar la solidaridad entre países miembros y definir una nueva visión de las políticas gubernamentales en cuanto a salud de cada uno de ellos.

A posterior, otras declaraciones internacionales han expuesto desde diversas miradas la participación social en salud y su repercusión para el logro de objetivos sanitarios.

La Carta de Ottawa (8) expresa: “La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos”, esto es comprensión de la necesidad de poder compartido en la toma de decisiones.

La Declaración de Adelaida, Australia en 1988 (9), hace un llamado a la OMS a ratificar y comprometerse con las estrategias establecidas en la Carta de Ottawa, propone se encuentren nuevas formas de colaboración entre quienes son responsables de la salud de un país.

A 20 años de Alma Ata, la 4ª Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Yakarta, Indonesia en 1997 (10), reconoce de forma enfática que “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”. Lo define como una de las prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI: “Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo: La promoción de la salud es realizada por y con la gente, sin que se le imponga ni se le dé. ...La ampliación de la capacidad de las comunidades para la promoción de la salud exige educación práctica, adiestramiento para el liderazgo y acceso a recursos. El empoderamiento de cada persona requiere acceso seguro y más constante al proceso decisorio y los conocimientos y aptitudes indispensables para efectuar cambios”

Las declaraciones internacionales de México en el año 2000 (11), Bangkok, Tailandia en el año 2005 (12) y Nairobi, Kenia (2009) (13) han reiterado la importancia de la PSS, desde un involucramiento real que aumente el control sobre la propia salud por parte de las comunidades. En la última convocatoria internacional sobre Promoción de la salud, realizada en Helsinki, Finlandia (2013) (14), se hace un llamado a los gobiernos a “incluir a las comunidades, los movimientos sociales y la sociedad civil en el desarrollo, implementación y monitorización de la Salud en Todas las Políticas, capacitando a la población en alfabetización en salud”. La Alfabetización en salud es un concepto nacido en la década del `70 con origen anglosajón, es reconocido y validado por la OMS al definirlo como: “las habilidades sociales y cognitivas que determinan el nivel de motivación y la capacidad de una persona para acceder, entender y utilizar la información de forma que le permita promover y mantener una buena salud” (14).

Solo habrá participación social cuando se entienda que es indispensable capacitar en salud a la población, y no solo en cuanto a prevención de enfermedades, sino en relación a temas de políticas públicas e implementación de estrategias en salud.

En Chile, autores como Celedón, en el 2000 (15), plantea la participación “como mecanismo de control social, entendiendo como tal la capacidad de las personas de hacer valer sus derechos a la protección de la salud ante el sistema de salud”. Esta visión, de alguna forma enfrenta dos posiciones que no debiesen ser opuestas, sino complementarias. Las decisiones, especialmente en salud, debiesen ser logradas al alero del consenso, por el reconocimiento y el respeto de las realidades y de la importancia de dialogar entre la población y el estado, representado desde los niveles locales y operativos por instituciones como los Centros de Salud Familiar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la participación social en salud, como una meta: “es una dirección crucial para promover la equidad en salud, lo que implica participación de la sociedad civil y empoderamiento de las comunidades afectadas, para convertirse en protagonistas activos en la formación de su propia salud” (3).

El concepto de PSS es tan amplio en su esencia, que permite doble concepto en su definición: Celedón y Orellana (3) postulan que es medio y fin. Un medio porque se constituye como una “estrategia de promoción de la salud, al hacer llegar los programas de salud, a la población y obtener de ella la colaboración necesaria para la aplicación de los mismos, y a la movilización de los recursos de salud de la comunidad.” Y también es un fin, toda vez que se considera como tal dentro de los Determinantes Sociales de la Salud, en el que la persona que recibe prestaciones de salud, “es capaz de participar directamente en las decisiones de los sistemas que afectan su vida”, entendiéndose como “co-gestor de servicios públicos”. (16)

En este último sentido, es decir como un fin, se entenderá y discutirá el concepto para efectos de esta tesis, destacando la necesaria entrega de poder hacia la comunidad en la toma de decisiones en salud.

2. Motivación para el Desarrollo de la PSS

¿Se hace necesaria una motivación extra para el desarrollo de la Participación Social en la toma de decisiones en salud? Históricamente, hemos visto ejemplos de ello (17), y más allá de la admiración de las sociedades, en estas situaciones lo que trasciende es el legado que deja, un campo abierto a la acción al visualizar resultados que de otra forma hubiese sido imposible de obtener. Tal es el caso de las comunidades representadas en el libro de la autora Graciela Biagini “Sociedad Civil y VIH-SIDA. ¿De la acción colectiva a la fragmentación de intereses?” (18), en éste se analizan los cambios sociopolíticos de América Latina: la metamorfosis silenciosa de pasar de “ser personas” – sujetas de derecho- a ser llamados, gracias a la imposición del neoliberalismo, como “consumidores”. Este cambio conceptual fue más allá del simple título, trajo consigo un cambio de pensamiento, de ser receptores más que partícipes, de limitar nuestra relación con el estado a una mera transacción, de optar a recibir prestaciones en la medida que he pagado mediante impuestos, por ello.

La realidad de Chile no dista de lo que señala Biagini (18), aquí predomina una sensación de brecha inmensa entre el gobierno y la sociedad civil que solo lleva a la merma de iniciativas que denoten organización por parte de las personas, bajo la premisa de no contar con el respaldo de gobierno, se crea el escudo de la pasividad que nos mantiene errantes en los movimientos sociales, sin metas claras, sin objetivos comunes.

Como resultado de ello, se llega finalmente a la mal entendida “comodidad” de mercantilizar todos los bienes y servicios necesarios para la vida, entre ellos, la salud. En esto radica la dificultad de hacer sentir como un malestar de manejo público los temas de salud, se dificulta comprenderlos como tal, porque vivimos inmersos en una sociedad que potencia el individualismo, donde el concepto de bien común, igualdad, e incluso equidad aún se relaciona con posiciones políticas radicales de connotación negativa o al menos de difícil incorporación. La ley del más fuerte, de la escasa solidaridad, son líderes en el pensamiento popular y ponen de manifiesto que adquirir y vivir la participación social, no será una herramienta de fácil incorporación en la dinámica social chilena.

Otro antecedente que complementa los aspectos motivacionales de la PS en salud lo aportan declaraciones internacionales, como la carta que se plantea como medio de discusión para la VI Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en Bangkok, Tailandia, la que declara la importancia de Empoderar a las Comunidades. Se señala en el documento: “Está demostrado que el proceso por el cual las personas y las comunidades adquieren control sobre sus vidas y recursos es una herramienta eficaz para mejorar la salud y un objetivo legítimo de la salud pública por derecho propio. Las estrategias de promoción de la salud que fortalecen las acciones comunitarias y la participación en la planificación, en la elaboración de las políticas, en la aplicación y en la evaluación de los programas de promoción de la salud tiene mucha fuerza y éxito en todo el mundo” (12).

Variados son los postulados internacionales, como la Declaración de Adelaida en el 2010 (9) que han confirmado la importancia y el real aporte en la salud de los pueblos que significa la Participación Social en Salud, las ventajas son innumerables en el corto plazo, ya que no solo significan cambios positivos en indicadores de salud, sino un avance hacia la democratización de los procesos populares, hacia el entendimiento de los determinantes sociales de la salud y el necesario cambio en la visión biomédica que considera la salud como “problema y consecuencia”.

En una visión aún más amplia, Stocker en el año 2005 afirma “que las ventajas fundamentales que, según las autoridades locales, resultan de la participación ciudadana, abarcan: la participación redundante en decisiones más adecuadas, servicios más ajustados a las necesidades y ciudadanos más interesados” (19).

Por otra parte, la Participación Social se ve reconocida en su importancia desde la mirada de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) porque constituye un paso más hacia la equidad en salud, reconocida como tal en el documento de la OMS “Subsanar las desigualdades en una generación” (16). En el capítulo 16 se señala: “La participación de las comunidades locales es una parte integral del proceso general de vigilancia de la equidad sanitaria. Es especialmente importante porque, si se ha de evaluar con exactitud la realidad con respecto a la equidad, entonces son quienes están excluidos los que pueden proporcionar pruebas del cambio, si lo hubiera. Por ejemplo, el seguimiento realizado por la comunidad puede sacar a la luz varias condiciones locales, tales como la ausencia de servicios y recursos que son necesarios para tratar el VIH”. La Comisión de las DSS afirma que el hecho de hacer partícipes a las comunidades además de ser una fuente de datos confiable, le da a las comunidades la oportunidad de manejar información propia movilizar las capacidades organizativas y empoderarse en la toma de decisiones, facilitando así la operatividad de intervenciones que potencien los DSS. Las comunidades con información y observación de los resultados positivos, serán el mejor motivador para ellos mismos y otras comunidades.

3. Elementos que inhiben la PSS.

Variados son los autores que intentan enumerar los elementos que inhiben la participación social. Para efectos de esta investigación, se entregará en primera instancia una descripción de los descritos por Kliksberg (20) en el contexto del análisis para la Comisión de Determinantes de la Salud de la OMS, que este autor realizó.

Kliksberg señala como los obstáculos más influyentes para el desarrollo de la PSS:

- a) **Pragmatismo inmediatista:** En el entendido de nuestro país, muchas veces va de la mano con la implementación de medidas populistas, instaladas a la ligera; que no tuvieron un tiempo de reflexión previo a su ejecución, lo que no permitió entre otras cosas, la debida capacitación a quienes debían llevar las acciones de participación social que se proponen. Las motivaciones para instaurar procesos a la ligera son múltiples: abaratar costos, reducir los tiempos, cumplimiento de promesas de

gobierno; y en términos generales, es porque hay un error de base en el concepto de Participación Social: se le considera un gasto innecesario, en vez de lo que realmente significa: una inversión en salud, con un alto potencial para afectar de forma positiva todos los indicadores de un país.

- b) **Visión Tecnocrática por parte del sector salud**, lo que lleva a una barrera permanente de excusas para demorar la implementación de procesos de PSS. Es un impedimento que sesga a la ciencia por el poder del conocimiento mal entendido, la justificación en la instalación de tecnologías y la toma de decisiones solo por juicios técnico-profesionales.

El elemento compensatorio de esta visión lo constituirá la comprensión de los Determinantes Sociales de la Salud, del manejo adecuado de la cohesión social y el respeto por el contenido cultural de sus habitantes.

- c) **Predominio de la cultura burocrática** que se apoya en el punto anterior. Pero además refuerza el cierre a la retroalimentación con la persona que accede a los servicios públicos de salud. Se protegen tras pasos ineludibles, muchas veces sin fundamento.
- d) **Profecía autorrealizada**: El autor señala que este punto se expresa toda vez que desde los niveles centrales se descalifica a los sectores populares de nivel socioeconómico bajo como carentes de inteligencia o faltos de liderazgos, por lo que les será imposible una toma de decisión adecuada a las necesidades. “Frente a la actitud subestimadora y discriminativa, en participación, las comunidades reaccionan cerrándose a su vez. Se resisten a la participación, o simplemente simulan aceptarla pero no se involucran realmente en ella”. De tal manera, se cumple esta profecía, las autoridades refuerzan su argumento sobre las comunidades y su incapacidad de participar.
- e) **El tema del Poder**: La posibilidad de compartir el poder debe ser un hecho para el desarrollo de la PSS. Pero éste punto, sumado a toda la realidad que se establece y se presenta en nuestra cotidianeidad, nuevamente se constituye como obstáculo. Es sabido que el discurso propuesto desde líneas de gobierno se orienta hacia potenciar la participación, sin embargo esto o se expresa en la operatividad local, en la microgestión en salud. Porque no es necesario solo una ley que lo avale, sino la interpretación y comprensión de la misma por parte de quienes lo deben llevar a efecto. ¿Cómo se comparte el poder desde la asimetría actual? Volvemos al punto

de las concepciones mal entendidas del concepto de participación social, es imperativo considerarle una inversión, y que se capacite a los líderes, a los gestores y que se promueva a través de ejemplos exitosos de participación de otras comunidades.

En la revisión del estado del arte, se enumeran otros obstáculos, para la PSS (21), entre ellos:

1. La centralización excesiva: que de muchas formas imposibilita el actuar y las decisiones a nivel local en salud.
2. Políticas de salud desfavorables o no atingentes a las realidades de los barrios, que transgrede la equidad sanitaria.
3. El paternalismo que incluye una mirada discriminadora hacia las comunidades.
4. Carencia de un concepto claro de Participación Social: lo que necesariamente requiere de capacitación para orientar en una sola línea las definiciones y por tanto, las metas comunes que responden a esos conceptos.
5. Niveles mínimos de organización comunitaria, que responden a la necesidad de cumplir con una estructura emanada desde nivel central. De esta misma autoría, se definen 3 tipos de grupos: los grupos que crea la comunidad, los grupos que existen en la comunidad y los que se crean a iniciativa del sistema de salud. Habitualmente, los dos primeros, es decir los que surgen por necesidades de la comunidad fortalecen mucho más la participación social que los últimos descritos. Probablemente porque la necesidad sentida es más potente, por los sentimientos que involucra que otra que es impuesta desde niveles centrales.
6. La resistencia al cambio: en nuestro contexto post reforma de salud e implementación del Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, que refuerza la PS, este podría ser un obstáculo muy válido para los dos actores principales en esta nueva dinámica: personal de salud, acostumbrado a un enfoque asistencialista y vertical, y la comunidad, en un contexto de baja participación social, que se limitaba a compartir metas comunes solo entre los miembros del barrio, no en conjunto con el sector salud.

Otro elemento de la dinámica social actual chilena que puede constituir un obstáculo importante para la PS, son las condiciones adversas que generan falta de cohesión social, entre ellas el tráfico y consumo de drogas en los barrios.

La Organización de Estados Americanos, en su documento que aborda “El problema de las Drogas en América” (22) expone como hallazgos dos detrimentos que genera la instalación de la droga en las comunidades:

- El detrimento al tejido social: Refiere que el microtráfico se expresa continuamente en los barrios de nivel socioeconómico bajo, con la consecuente violencia y desestructuración social. Esto finalmente resulta en estigmatizaciones de los barrios pobres, que frenan las acciones de distintas instituciones por temor.
- El detrimento a la gobernabilidad democrática, por presencia de bandas organizadas que anulan o debilitan la presencia policial. “Al fomentar la “normalización” de la actividad criminal delictiva, la economía ilegal de las drogas erosiona la adhesión de la ciudadanía a normas e instituciones sociales.”

Además se resume que existen otros elementos que debilitan a la sociedad en relación al consumo y tráfico de drogas, éstas son:

- Deseo de obtención de bienes que den cuenta de mayor reconocimiento social, influencia del neoliberalismo y el individualismo que provoca.
- Alto índice de migración rural a urbano que genera pérdida de la conexión familiar y de los rituales propios de cada comunidad, esto lleva a buscar nuevas formas de expresión, de compañía y de sentido de pertenencia a un grupo, por ejemplo involucrándose en una pandilla.
- Afirmación en la exclusión: El sentirse discriminado por pertenecer a un sector social genera una rebeldía que se manifiesta en el tráfico ilegal “como una protesta contra la sociedad excluyente” (2).

4. Clasificaciones de PSS

Tras comprender el concepto en sí, las motivaciones y obstáculos para la PSS, se darán a conocer distintas formas de apreciación y clasificación de la Participación Social en Salud. El concepto de Participación Social admite múltiples clasificaciones históricamente, y desde las Ciencias Sociales. Entre estas clasificaciones destacan:

- La Escalera de la Participación de Arnestein (1969) y su adaptación por Hambleton y Hoggett (1994) (19).
- El Continuum de la participación de Brager y Specht (1973) y su adaptación por Shand-Arnberg (1996) (19).
- El Spectrum de IAP2 (2007) (19)

Algunos aspectos relevantes de cada una son: Arnestein (1969) sostiene que “la participación ciudadana, cuando no es pura cosmética, es poder ciudadano (...) aumentar la participación implica redistribuir el poder”. Gráficamente la describe como una escalera imaginaria de ocho peldaños, éstos a su vez fueron agrupados en tres áreas principales: la no participación, la participación simbólica y el poder ciudadano. Hambleton y Hoggett (1994), agregan elementos de las nuevas sociedades a la escala anterior, considerando por ejemplo, los mecanismos de pseudo-participación que los gobiernos intentan legitimar.

Brager y Specht (1973) y su adaptación por Shand-Arnberg, le da dinamismo a estos procesos, visualizándolos como procesos continuos de retroalimentación entre el Estado y la Sociedad Civil, para postular que la participación “va desde los niveles mínimos de la participación, en donde los ciudadanos únicamente reciben información, sin derecho de opinar, hasta la planificación conjunta, con derecho a ejercer influencia y decidir por delegación y, finalmente , ejercer el control desde la comunidad”, a través de Referendos y Parlamentos Comunitarios.

La Clasificación de Spectrum IAP2 (International Association for Public Participation) (ver anexo 1) diferencia claramente cinco niveles: Información, consulta, participación, colaboración y empoderamiento. Esta clasificación especifica objetivos en cada etapa que van en aumento acorde al impacto público que estas acciones generan. Describe las promesas que se realizan en forma habitual en cada etapa e incluso relaciona los instrumentos acordes a cada fase. De esta forma es muy simple identificar en qué etapa se encuentra una realidad país y orienta hacia dónde y cómo se debe avanzar si lo que se quiere conseguir es poner la decisión final en manos del público. De llegar a ese nivel final, estaríamos hablando de Participación Social en un marco democrático deliberante, en el que la comunidad organizada se constituye de forma sistemática como parte real en la

delegación de las decisiones políticas, a través de la existencia de jurados ciudadanos y votaciones constantes.

Para la contingencia país, en Chile, aún estamos lejanos del logro de este último nivel de participación. Incluso desde el nivel más básico, ya que periódicamente se informa sobre situaciones que en su mayoría son de prevención de presentación de patologías; muy escasamente se informa a la comunidad de cambios en el propio Modelo de Salud, modificaciones en políticas públicas en materia de salud u otros aspectos que les permitan acercarse siquiera a ser parte de la toma de decisiones, tras la comprensión de la gestión en salud.

En nuestra realidad nacional, se plantea una clasificación orientadora, postulada por la investigadora chilena Soledad Larraín Heiremans, psicóloga y consultora de UNICEF, en el marco de las Jornadas Participativas que impulsó en regiones del país, el Proyecto Equidad, Género y Reforma de la Salud de la OPS/OMS, en el año 2001. (23) En ella se señala que la participación en salud es posible definirla mediante cuatro etapas. Estas etapas son el reflejo de la participación social en aumento.

Se describen como:

- Participación/usuario
- Participación/movilización de recursos
- Participación/control
- Participación/poder.

En su primera etapa, va desde la participación individualista y reactiva a problemas puntuales de salud, más bien un uso de derechos personales que el sistema de salud valida y legitima promoviendo el uso de estos derechos.

La segunda etapa en adelante, muestra una comunidad que comprende la necesidad de organización para hacer uso de los recursos que posee, se comienzan a validar y potenciar los grupos sociales, pero aún el objetivo se mantiene en torno a utilizar lo que el sistema de salud ofrece.

La tercera etapa llamada Participación/control, es la expresión de una comunidad organizada y empoderada, que exige se haga valer su opinión en especial hacia la mejora en la calidad de atención.

En la última etapa: Participación/Poder, “la comunidad organizada incide directamente en la toma de decisiones estratégicas respecto del sistema de salud”, señala la investigadora. Esta etapa tendría como resultado final la Producción Social de la Salud, si en paralelo se desarrollaran todas las instancias que apoyan a este fin: lineamientos de gobierno, políticas públicas que establecen cogestión.

S. Larraín, explicita que el problema actual en Chile radica en que los dos últimos niveles de participación no están contemplados como parte de las políticas al momento de la redacción del documento, y que se hace necesario una mejora en este aspecto. Pero también es enfática en resumir, que el problema más lógico de señalar es que existe “Baja capacidad participativa de la comunidad, expresada en dispersión organizacional, falta de información, de formación, de conocimiento, de solidaridad interna y de sensibilización acerca del tema de salud”.

La autora Larraín, señala la necesidad de vincular la participación con las necesidades y derechos de las personas por sobre las necesidades del sistema. Y recomienda entre otros aspectos:

- Potenciar la participación en las instancias colectivas instauradas, pero no siempre respetadas como diagnóstico y Desarrollo del Plan Comunal de Salud.
- Fortalecer las instancias que existen en la comunidad, creando grupos, no solo por conveniencia mediática sino por necesidad real y sentida de la comunidad.
- Incorporar la satisfacción usuaria como indicador del plan de gestión comunal y local.

El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) define, en su documento: “Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria”, del año 2012 (3), cinco etapas en el proceso de Participación Social: Informativo, Consultivo, Colaborativo, Toma de decisiones por objetivos y recursos y Control de eficacia.

En los dos primeros niveles el traspaso de información es referente a lo que se ha determinado desde nivel central, en ambas hay comunicación y apoyo mutuo, pero lo desarrollado obedece a tareas predefinidas.

El tercer nivel de Participación, se desarrolla en instancias formales consultivas con la comunidad organizada. Se evitan las decisiones predefinidas por instancias de poder.

En la toma de decisiones por objetivos y recursos, la sociedad se involucra activamente en la toma de decisiones, a través de voz y voto. Asumir este nivel de participación es asumir la responsabilidad que conlleva, para la comunidad y para el Estado. Al establecer la posibilidad de negociación y “crear conciencia sobre los derechos de las personas como sujeto de acción para resolver sus problemas”, se hace referencia a cogestión.

En el quinto nivel de Participación, se habla del pleno desarrollo de la autogestión, se establece la necesidad de supervisar el cumplimiento de gestión con derecho a opinar, intervenir y evaluar. Esta etapa es la forma más independiente de participación.

5. Marco Regulatorio en Salud para la PSS en Chile.

Muy diversos y opuestos han sido los escenarios políticos sociales que se han instaurado en Chile. Para efectos de esta investigación, se inicia el análisis desde la década de los años 70. A inicios de esta década, el gobierno imperante, de tendencia socialista, propiciaba la organización civil como forma de expresión válida de una sociedad deseosa de ser escuchada y empoderada en las políticas públicas. Es el mismo presidente Salvador Allende quien en Mayo de 1973 destaca: “Es motivo de orgullo para mí, y estoy seguro de que lo comparte la mayoría de los chilenos, comprobar que desde 1970 una nota dominante destaca en nuestra vida política: el vasto aumento de la participación popular en los asuntos públicos. En menos de tres años, nuestros ciudadanos han sido convocados a ejercer el sufragio universal en siete oportunidades. Han tenido lugar dos elecciones nacionales. El número de ciudadanos que ha participado directamente en la designación de sus representantes políticos ha pasado de 2.954.000 en 1970, a 3.660.000 en 1973” (24)

Desde el año 1973, tras el Golpe Militar, las condiciones cambiaron bruscamente a un régimen dictatorial que anulaba la opinión de la comunidad. Este período sin duda mermó las motivaciones de organización y acostumbró a todo un país a acatar, lo establecido desde nivel central de gobierno.

Con la vuelta al régimen democrático, desde el año 1990, fue necesario rearmar las instancias de participación. Pero no ha constituido una tarea sencilla, más aún si se considera que las generaciones que nacieron en la dictadura establecida por Augusto Pinochet, no conocieron formas de expresión popular.

En una línea de tiempo, otro hito que cambió la forma de expresión de la sociedad en salud fue la Reforma de la Salud Chilena, vigente a partir del año 2002, la que incluyó como Ejes: modificaciones de estructura y funciones del Ministerio de Salud para fortalecer la autoridad sanitaria, reevaluaciones de Objetivos Sanitarios, reingeniería de prestadores, formulación de planes de salud, otorgamiento de protección financiera, desarrollar un modelo de salud integral y fomento de la Participación Social.

Las leyes que avalan cada uno de estos cambios son: Ley 19.888 que establece el financiamiento (14 de Julio 2013) (25), la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria (24 Febrero 2004) (26), la Ley 19.966 de Acceso Universal Garantías Explícitas en Salud (03 Septiembre del 2004) (27), la Ley 20.015 de Regulación de ISAPRES (17 de Mayo del 2005) (28), la Ley 20.500 (16 de Febrero 2012) (29) y la Ley 20.584 de Derechos y Deberes de los Pacientes (01 de Octubre 2012) (30).

A partir de la inclusión en la Agenda Pro Participación Ciudadana 2006-2010, se desarrolla la Norma General De Participación Ciudadana en la Gestión Pública Del Sistema Nacional De Servicios De Salud (5)

En el documento se establece que para el logro de la Participación Ciudadana, al menos se deberá proceder hacia la ejecución de tres elementos básicos:

- 1° La rendición de cuentas públicas anuales, directamente a la ciudadanía por parte de los órganos públicos respectivos,
- 2° El establecimiento de Consejos de la Sociedad Civil con carácter consultivo, cuya integración obedezca a los principios de diversidad, representatividad y pluralismo y,
- 3° Acceso público a la información relevante sobre políticas, planes, programas, acciones y presupuestos.

La normativa se aplica a toda la institucionalidad pública de la Organización del Sistema de Salud Chileno.

Es necesario resaltar en este punto, que ninguno de los tres elementos básicos descritos, expresa la entrega de poder en la toma de decisiones en salud de la comunidad. Por lo que mantiene y potencia la verticalidad del sistema de salud público en nuestro país.

La Ley 20.500, (29) regula el Derecho de asociación y establece como deber del Estado “promover y apoyar las iniciativas asociativas de la sociedad civil”. La ley en su Título IV de la participación ciudadana en la gestión pública, artículo 69, señala:

“El Estado reconoce a las personas el derecho de participar en sus políticas, planes, programas y acciones. Es contraria a las normas establecidas en este Título toda conducta destinada a excluir o discriminar, sin razón justificada, el ejercicio del derecho de participación ciudadana”.

Y en el Artículo 70, del mismo título establece que “cada órgano de la Administración del Estado deberá establecer las modalidades formales y específicas de participación que tendrán las personas y organizaciones en el ámbito de su competencia”.

Esto, si bien abre las puertas a la PSS, tampoco delimita el porcentaje de decisión por parte de la comunidad, deja a criterio de los organismos de Estado y de sus representantes tomar en cuenta o no la opinión de quienes representen en comités consultivos a su comunidad. Por lo que tampoco constituye una señal clara de motivar la participación social, ni mucho menos deja ver la cogestión en materias de salud.

El modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria (3), ha sido fruto de las necesidades de renovación en cuanto al cambio desde un modelo biomédico hacia otro de lectura mucho más amplia del concepto salud-enfermedad. Este modelo refuerza la necesidad de la participación. El Ministerio de Salud de Chile, señala: “El fomento de la participación y de los mecanismos para instalar instancias en que los equipos de Atención Primaria de Salud y sus Direcciones, puedan iniciar diálogos con las comunidades de los territorios asignados, posibilita la interacción que promueve el desarrollo de estrategias de salud orientadas a la promoción, prevención y calidad de vida de ese entorno, y se orienta al logro de los grandes objetivos sanitarios de disminuir la desigualdad y proveer servicios acordes a las expectativas de la población; desde posicionamientos horizontales, en torno a objetivos comunes, con equipos de salud que trabajan junto a grupos humanos, en ejercicio de una ciudadanía plena, activa, consciente y responsable, con roles diferenciados, pero integrados, en metas de salud, elaboradas colectivamente” (3). Es así como se fundamenta la importancia de la PSS para el derecho a la salud, porque potencia la equidad, la transversalidad en la toma de decisiones, la oportunidad del diálogo, abierto y concreto.

En concreto, las estrategias actuales que el Ministerio de Salud ha definido para la participación en APS (26), son:

- Consejos Consultivos de usuarios de la salud (CCU) o Consejos de Desarrollo local (CDL), a nivel local también llamados Consejos Locales de Salud (CLS) que funcionan en cada CESFAM. “Principalmente desarrollan funciones de tipo informativo, propositivo, promotor, consultivo, evaluativo y decisorio. Se caracterizan por estar integrados por representantes del personal de salud (gremios y estamentos) y comunidad organizada (juntas de vecinos, organizaciones funcionales, organizaciones comunitarias de salud, voluntariados, organizaciones de trabajadores, ONG, iglesias, instituciones públicas y privadas, comercio u otras con asentamiento local)”

Estos Consejos, tienen por objetivos: “Crear estilos de gestión participativa que posibiliten la participación de la comunidad y los equipos de salud en el diseño, ejecución y evaluación de los planes y programas del sector. Fortalecer la acción comunitaria para facilitar que los usuarios y la comunidad participen en la toma de decisiones sobre los asuntos de salud que les afectan. Impulsar una efectiva acción intersectorial orientada a la promoción de salud, la calidad de vida y al fortalecimiento de una red de protección social”

- Diagnóstico Participativo: “Es el proceso conjunto, entre la comunidad y los equipos de salud, que permite identificar y explicar los problemas que afectan a la población de una realidad social, sea esta un territorio o localidad acotada, dentro de la jurisdicción del establecimiento de salud”
- Oficinas de Información, reclamos y sugerencias (OIRS) y Satisfacción usuaria: “Estas oficinas se encuentran ubicadas en todos los establecimientos de la red asistencial de salud. La Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias, OIRS, se encuentra presente en todos los servicios públicos, reciben y canalizan las solicitudes, reclamos y sugerencias de todos los usuarios y usuarias. Su propósito es contribuir al mejoramiento de la atención de los usuarios y las usuarias en los establecimientos de salud, facilitando el acceso a la información sobre el funcionamiento y los servicios otorgados por el sistema de salud y otros órganos, servicios o empresas del Estado, resguardando los derechos en salud de los ciudadanos y ciudadanas”
- Mapas Epidemiológicos y de recursos comunitarios.

Todas las estrategias descritas para potenciar la PSS están actualmente siendo aplicadas en los establecimientos que son parte del Sistema de salud público en Chile. El problema de no potenciar la PSS no es el hecho de no contar con ellas, sino en la baja intensidad que cada uno de estas estrategias posee, ya sea por escaso número de participantes, o por desconocimiento y/o empoderamiento de los equipos de salud locales.

6. Compromisos Necesarios para el Desarrollo de la PSS.

Bernardo Kliksberg, economista argentino, plantea en su documento “Estrategias y Metodologías para promover la Participación Social en la definición e implantación de Políticas Públicas de Combate a las inequidades en salud” (20) preparado para la Conferencia Mundial Sobre Determinantes Sociales De La Salud, el año 2011, una serie de estrategias que se deben llevar a efecto para potenciar la Participación Social:

1. Un Estado que dé la cara.
2. Establecer y desarrollar una institucionalidad para la participación en salud.
3. Sensibilización y capacitación de los principales actores.
4. Reexaminar la misión organizacional de las agencias ejecutoras de proyectos de salud comunitaria.
5. Capacitación de las comunidades.
6. El respeto a la cultura.
7. Invertir en Participación.
8. Fortalecer las estrategias de comunicación.
9. Movilizar y potenciar las organizaciones sociales.
10. Establecer metodologías para la participación.
11. Un activador fundamental de la participación, es la experiencia misma de participación.
12. Impulsar la investigación y la gerencia del conocimiento.

Kliksberg señala además que: “Para que la participación comunitaria opere efectivamente, tiene que haber una real disposición de quienes tienen poderes de decisión a compartirlos con la comunidad. Ello tiene que llevar a hechos concretos. La situación de partida es usualmente la de una pronunciada “asimetría de poder”. La comunidad suele tener serios déficits en cuestiones básicas como los niveles de información, y educación, y poca experiencia en participar. Se debe hacer un esfuerzo deliberado para motivarla, y calificarla para la participación. Ello significa invertir en su promoción para la participación, entre otros

medios a través, de asignar recursos a la capacitación de sus líderes, circular ampliamente información, mostrarle experiencias exitosas en comunidades similares. Para reparar la asimetría de poder no basta con crear las instancias legales. Se debe invertir”

Las experiencias internacionales de desarrollo de la PSS, señalan resultados positivos que trascienden al sector salud y se engloban en la Producción Social de la Salud, algunos de ellos son: se posiciona como base de los modelos gerenciales más avanzados y productivos, porque aumenta la eficiencia del sector público, crea capital social y fortalece los procesos democráticos.

Salud como producto social, no es resultado exclusivo de las acciones del sector salud, sino de lo que la sociedad en su conjunto puede hacer; las consecuencias de ello, por tanto, tampoco afectan de forma única a los resultados en indicadores epidemiológicos, sino que también pueden provocar cambios en indicadores económicos productivos, y sociales.

Es imperativo ampliar la mirada hacia las políticas en curso, desde la incorporación de la propuesta de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, hacia una nueva legislación, más consciente de la pluridimensionalidad del ser humano y de la influencia del entorno en él, en el grupo familiar y en la comunidad. La comprensión del cómo se produce la salud, desde la multiplicidad de factores, redundará en la necesaria incorporación de salud en todas las políticas, y con ello un avance hacia la participación activa de todos los actores sociales.

MARCO CONTEXTUAL

El contexto de esta investigación estará formulado en base a aspectos de la descripción actual comunal y de los sectores a investigar, desde la conformación demográfica, epidemiológica y social de ellos. Además se expresarán los orígenes de asentamiento de Forestal Bajo y Forestal Alto, para entregar una visión completa de los barrios escogidos como centro de la investigación.

Límites geográficos

La comuna de Viña del Mar está ubicada en la V Región, en la provincia de Valparaíso, cuenta con una extensión geográfica de 121.6 km², limita al sur con la comuna de Valparaíso, al norte con la comuna de Concón, al este con la comuna de Quilpué y al oeste con el Océano Pacífico. Posee una conformación 100% de población urbana. (31)

Los límites actuales del Sector de Forestal son: por el Oriente con Chorrillos, por el Sur con Ruta 68 por el Camino las Palmas, por el Norte con el Par Vial Viana-Alvares y Poniente Quinta Vergara.

1. Características Demográficas de Viña del Mar y Sector Forestal

Se presentan a continuación algunos indicadores biométricos de la comuna en la que está inserta la población a estudiar y de ambos barrios de Forestal:

1.1 Población: Según la Población inscrita y validada por FONASA 2015 (32), en números absolutos:

La comuna de Viña del Mar posee una población total de 241.368 habitantes, de los cuales 131.243 son mujeres y 110.125 son hombres.

En el sector de Forestal en tanto se mantiene una proporción similar entre géneros:

Forestal Bajo: Con una población total de 15.749 personas, de las cuales 8.248 son mujeres y 7.501 son hombres.

Forestal Alto: Con una población total de 14.849 personas, de las cuales 7.746 son mujeres y 7.103 son hombres.

Para efectos de este estudio solo se quiere dar una apreciación general de la distribución según género, ya que no constituye un factor diferenciador para efectos del mismo. Ver Tabla 1

Tabla 1: Porcentaje de Población total de ambos sectores de Forestal, en relación a la comuna de Viña del Mar.

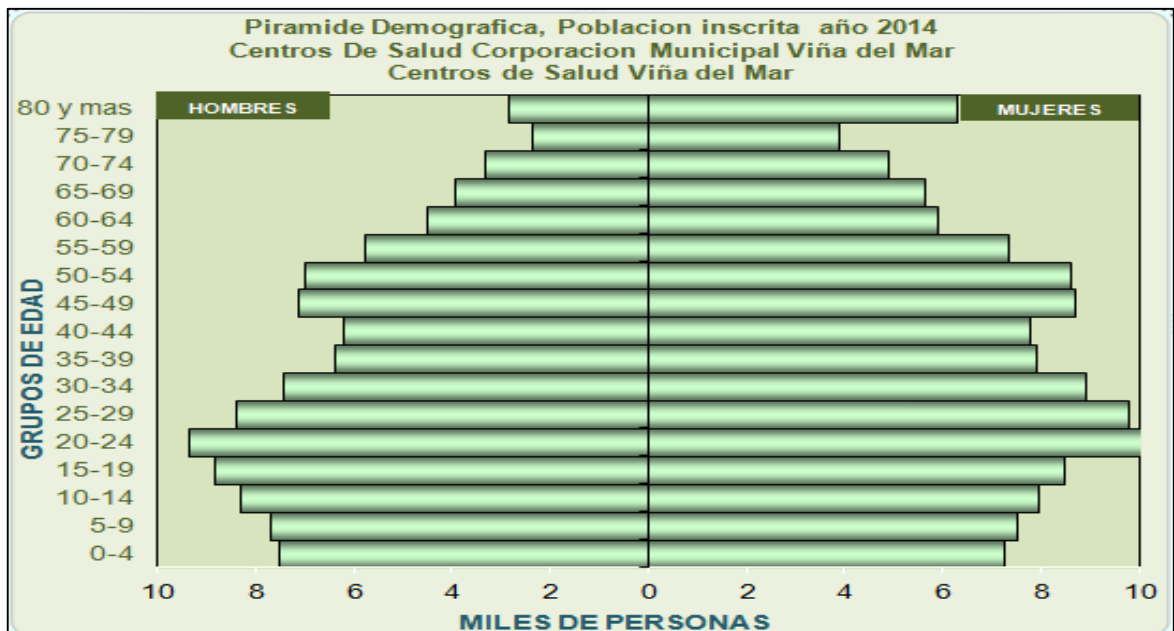
SECTOR DE FORESTAL Y COMUNA DE VIÑA DEL MAR	
Porcentaje de población total de Forestal Alto en relación al total de la comuna de Viña del Mar	Porcentaje de población total de Forestal Bajo en relación al total de la comuna de Viña del Mar
6,15%	6,52 %

Fuente: Población inscrita y validada por FONASA 2015 (grupos etáreos y sexo)

La diferencia porcentual entre ambos sectores grafica un predominio de población en el sector de Forestal Bajo de solo 4 puntos entre ellos. Lo que los hace muy similares en este aspecto, no constituye un elemento diferenciador entre ambos barrios. El sector de Forestal completo conforma el 12,68% de la población total de la comuna de Viña del Mar.

1.2 Distribución etárea: La comuna muestra una tendencia al envejecimiento, que se grafica en su pirámide poblacional. Gráfico 1

Gráfico 1: Histograma Población Inscrita Centros de Salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar 2014.



Fuente: PLADECOS 2015 Corporación Municipal de Viña del Mar

Mediante la lectura de la pirámide se observa un crecimiento menor de las poblaciones menores de 15 años, una verticalidad cada vez más notoria hacia el grupo de adultos y adultos mayores y una tendencia clara de mayor sobrevivencia de las mujeres.

La descripción demográfica etárea comparativa de las poblaciones a estudiar, se expresa en las siguientes tablas, mediante cifras porcentuales, que relacionan los dos barrios en estudio, con la comuna de Viña del Mar, según información entregada por FONASA para el año 2015.

Tabla 2: Relación de Población de 20 a 64 años de Forestal Bajo y Forestal Alto con Comuna de Viña del Mar

SECTOR FORESTAL Y COMUNA DE VIÑA DEL MAR		
Porcentaje de población 20-64 años de Forestal Alto en relación a la población total del mismo sector	Porcentaje de población 20-64 años de Forestal Bajo en relación a la población total del mismo sector	Porcentaje de población 20-64 años de la comuna de Viña del Mar
60 %	60,4 %	58,6 %

Fuente: Población inscrita y validada por FONASA 2015 (grupos etáreos y sexo)

Se aprecia la superación en dos puntos porcentuales de ambos sectores en relación a la comuna, por lo que hay mayor cantidad de población de potencialidad económica productiva.

Tabla 3: Relación de Población de 65 años y más de Forestal Bajo y Forestal Alto con Comuna de Viña del Mar

SECTOR FORESTAL Y COMUNA DE VIÑA DEL MAR		
Porcentaje de población 65 y más años de Forestal Alto en relación a la población total del mismo sector	Porcentaje de población 65 y más años de Forestal Bajo en relación a la población total del mismo sector	Porcentaje de población 65 y más años de la comuna de Viña del Mar
9,2 %	12,5 %	14,4 %

Fuente: Población inscrita y validada por FONASA 2015 (grupos etáreos y sexo)

La comparación de los grupos poblacionales, expresa:

- En ambos sectores, los porcentajes de población adulta mayor (65 años y más), es menor al de la comuna.
- Entre ambos sectores destaca el sector de Forestal Bajo con 3,3% más de adultos mayores que Forestal Alto.

1.3 Situación de Pobreza: En cuanto a la Población en Situación de Pobreza, Extrema Pobreza y Vulnerabilidad según Jurisdicción de CESFAM, un estudio del SECPLA Viña del Mar 2009 (33), reveló que la población adscrita al CESFAM Las Torres, presenta el mayor porcentaje comunal de personas en condición de indigencia, esto es un 13%, en cambio en este misma condición del CESFAM Brígida Zavala, solo se encuentra un 7,7%.

Condiciones en porcentajes bastante dispares hacia los extremos en relación a un promedio comunal de 10,9% de personas indigentes.

Tabla 4: Distribución de Población en Situación de Pobreza, Extrema Pobreza y Vulnerabilidad según CESFAM al que pertenece.

CESFAM	Personas en situación de Pobreza	Población No Vulnerable	Encuestados	% Indigentes	% Extrema Pobreza	% Vulnerables	No Vulnerables
Las Torres	11439	4624	16063	13,0	27,4	30,8	28,8
B. Zavala	4.882	3.814	8.696	7,7	18,6	29,8	43,9
Viña del Mar	83817	54827	138644	10,9	22,2	27,3	39,5

Fuente: SECPLA Viña del Mar 2009

- Es interesante observar además que el porcentaje de vulnerabilidad casi se iguala en ambas poblaciones, sin embargo la cantidad de personas no vulnerables nuevamente presenta importantes diferencias, destacando el 43,9% en CESFAM Brígida Zavala (Forestal Bajo) por sobre el promedio comunal y muy superior al porcentaje de CESFAM Las Torres (Forestal Alto).

Lo anterior entrega la visión de dos poblaciones muy disímiles en su estructura económica y social a pesar de la cercanía geográfica que presentan.

2. Orígenes del Sector de Forestal

El asentamiento data desde las primeras décadas del 1900. En particular después del terremoto de 1906 y en los sectores que se constituyen como asentamientos permanentes de trabajadores, entre ellos Forestal Bajo, Santa Inés, Chorrillos Bajo y Recreo Alto. (34)

Los orígenes de Forestal como cerro habitado de Viña del Mar, se encuentran en la década del 50, cuando grupos de trabajadores de distintas fábricas de la zona, comenzaron a buscar terrenos para construir sus viviendas (35).

El sector era propiedad de la Familia Vergara, por lo que las compras iniciales de los terrenos eran directamente a la Sra. Blanca Vergara, hija de Don Francisco Vergara, fundador de Viña del Mar (36).

2.1 Orígenes de Forestal Bajo

Los primeros pobladores describen el esfuerzo que debieron realizar, ya que el cerro inicialmente no contaba con ninguna posibilidad de acceder a servicios básicos y en general el terreno eran bosques de eucaliptus. Describen el terreno con muchas bajadas de agua, que resultaban intransitables en días de lluvia (34).

La construcción fue poco a poco avanzando gracias a la unión de los primeros vecinos y al empuje de las Unidades vecinales.

Los Adultos Mayores del sector recuerdan de esta manera la ubicación y el acceso al hospital en los orígenes de Forestal:

“La micro llegaba solo hasta la plaza de Forestal. Los pobladores bajábamos por la escala B, que en esos tiempos no existía como escala, era una bajada de tierra, y cuando llovía parecía resbalín con el barro. Nosotras, las madres, teníamos que ir con nuestros hijos al control al Hospital G. Fricke, lo que significaba un gran sacrificio, pues teníamos que subir y bajar con nuestros hijos y a veces con un niño en brazos, uno de la mano y otro en el vientre, eran tiempos muy sacrificados. Los maridos tenían que hacer todos los días ese recorrido para ir a trabajar” (Sra. Silvia Durán- Forestal)

Relatan los primeros habitantes de Forestal que fue en el gobierno de Salvador Allende cuando obtuvieron mayores beneficios para la instalación de saneamiento básico. Y que todo el movimiento social que se había formado al momento del golpe militar se anuló.

Los logros de transporte fueron paulatinos pero muy importantes para el sector, pues les permitió un acceso expedito, aunque solo fuera con el recorrido de un microbús al día.

La autoconstrucción les ha dado a los forestalinos una identidad difícil de igualar, el tener que emparejar sus terrenos, derribar árboles, y crear los caminos en un cerro les ha proporcionado un orgullo único y un sentido de pertenencia que traspasa generaciones.

“El ser forestalino es amar la tierra que estamos pisando. No cambiaríamos nuestro barrio por nada. Han intentado comprarnos los terrenos pero no los venderíamos, porque los hicieron nuestros padres y abuelos” (34)

La mayoría de las familias que se consideran fundadoras de Forestal se mantienen en el sector a través de sus hijos, nietos o bisnietos, rescatando con orgullo las historias de sus antecesores que crearon palmo a palmo sus viviendas.

Describen el origen de poblaciones desde el año 1953, con la población de los empleados de la Compañía Refinera de Azúcar de Valparaíso (CRAV). El año 1960 se empezó a poblar Tranque Sur, la población de Siete Hermanas se construyó a posterior, en los años 70. De ahí en adelante, el cerro comienza a expandirse rápidamente hacia Forestal Alto.

2.2 Orígenes de Forestal Alto

“Forestal (Alto) en la década de los 60s fue una de las zonas de crecimiento poblacional de la ciudad a través de tomas de terreno. No obstante, su historia anterior tuvo las mismas condiciones: pobladores sin acceso al agua potable, alcantarillado ni a servicios secundarios, la única diferencia es que fueron propietarios de sus terrenos a través de las inmobiliarias formadas por ellos mismos” (37). Se construyó por tanto como historia paralela a la de Forestal Bajo, casi simultánea, pero las condiciones de origen fueron aún más difíciles, pues debieron luchar por conseguir igualdad de condiciones que tenían los trabajadores de las empresas de la zona que habían empezado a habitar las zonas más bajas del cerro desde la década de los años 50.

Forestal Alto surge del asentamiento por apropiación por pobladores en busca de terrenos para la construcción de viviendas, desde la década de los 60 hasta el año 1973. Se configuró a partir del asentamiento del Campamento Elmo Catalán, el cual fue rebautizado por las autoridades militares con el nombre de Puerto Aysén.

La historia de estos asentamientos ilegales, constituye una historia repetida a partir de las necesidades de vivienda para un grupo familiar, es una necesidad prioritaria que muchas veces tiene cabida en la posibilidad que ven los particulares de ventas de terreno (37) a bajo costo y sin tener la necesidad de urbanizar. La historia de las regularizaciones de terreno de las décadas de los años ochenta da cuenta de esta situación, según relata un miembro de Quiscal S.A., sociedad propietaria de los terrenos de la sucesión Blanca Vergara, Sergio Bernal, en el documento de investigación de Arellano (37): “SERVIU compró y empezó directamente todo el trámite. Después con el tiempo se dieron cuenta que habían hecho una expropiación de islas y se perfeccionó con una nueva expropiación, ya menor, de todo lo que era la parte vial, todos los caminos, Las Palmeras, Puerto Aysén, Puerto Montt, que se perfeccionó mucho más adelante, el año 94 y se entregó a dominio público la calle que está en el sector Las Torres, entre la Gabriela Mistral y Las Palmeras, entre la cancha y la iglesia que están actualmente...Eso se perfeccionó el año 86 más o menos, en que se transfirieron el campo deportivo, la escuela... El policlínico que se iba a construir se loteó: se hizo un lote que compraron los mormones: otro lote que se donó y otro lote que transfirió a la iglesia católica. Ya después el `94 se entregó a dominio público la calle propiamente tal”. En Viña del Mar a diferencia de lo que pasaba en Santiago, las tomas de terreno se dieron como “tomas silenciosas”, su instalación fue paulatina y se produjo un aumento explosivo de la población en tomas tras el terremoto de 1985. Quien completa la historia de formación de los barrios en Forestal Alto es el “trabajador social Carlos Valdebenito que, en ese entonces laboraba en la ONG RUKAN, nos cuenta: La Buena Esperanza, fundamentalmente, se empieza a construir en el imaginario de los dirigentes de la población Puerto Montt; es un asentamiento bien interesante porque se construye para los hijos de los antiguos habitantes de la Puerto Montt que, hasta en ese momento, estaban viviendo como allegados en las casas de sus padres, buscaban una solución y esto estaba al frente...”. (37). Se describe en la historia de Forestal Alto entonces toma de terrenos silenciosa, paulatinas que fueron generando asentamientos que se han ido regularizando, con el paso del tiempo y el progreso en las políticas habitacionales.

3. Organización Comunitaria

A nivel nacional, la Encuesta Nacional Calidad de Vida y Salud (38), describe como antecedente de participación en Juntas de Vecinos u otras organizaciones territoriales, solo un 9,6% de personas participantes.

La misma encuesta, consulta sobre las razones o motivaciones para participar en alguna organización social, de allí se desprende que un 46,6% participa porque le gusta hacerlo y no media otra motivación, 17,1% lo hace para contribuir a la sociedad de alguna forma, 13% participa porque le distrae y un 7,1% participa para mejorar su estado de salud. Es decir, podemos contar con una motivación personal y de sentido social que favorece el trabajo comunitario.

Un punto importante a considerar es que la motivación de “contribuir a la sociedad” separada por grupos etáreos, se relaciona directamente con los criterios de inclusión que se han definido para efectos de esta tesis. En los rangos de edad de 15 a 19 años, es porcentualmente un 6,9%, muy lejano a los porcentajes de grupos etáreos mayores: de 20 a 44 años es de 16,1%, de 45 a 64 años es de 23%, de 65 a 74 años es de 16%, y de 75 y más años es de 17,4%, entre quienes los porcentajes son más constantes, con un aumento de 7 puntos aproximado en el rango etáreo que habitualmente conforma la población activa de un país como Chile.

Evidentemente, esto se relaciona con el ciclo vital individual, las metas o tareas a cumplir en cada etapa y el contexto sociocultural que vivimos:

Los jóvenes, se sienten lejanos al sistema de salud, por estar recién definiendo su futuro laboral ó ingreso al sistema educacional superior, esto es no contar con los medios de subsistencia definidos aún o estar cesantes sin posibilidad de acceder a fuentes laborales estables. Bajo este contexto, plantear la motivación de contribuir a la sociedad, se visualiza al menos confuso. Posiblemente, sea lo opuesto en el caso de los jóvenes que si pueden contar con un futuro más certero lo que se relaciona con un nivel socioeconómico medio, medio alto. Según Encuesta CASEN 2011(8), los índices de pobreza tienden a ser “cada vez más joven”.

Los adultos jóvenes y adultos medios, representan a la población que tiene más alto grado de motivación por ser una contribución a la sociedad, quizás dado en parte por constituir la población mayoritariamente “activa” en términos laborales y verse involucrados o afectados directamente por las decisiones gubernamentales en cuanto a la agenda social.

Los adultos mayores desde los 65 años en adelante pueden presentar una disminución en esta motivación por el enfrentamiento con la jubilación, pero de igual forma mantienen el interés por hacer parte a la sociedad de la experiencia adquirida.

3.1 Organizaciones Comunitarias en Sector Forestal

A continuación serán descritas las instancias de Organización Vecinal de la Comuna y de ambos sectores de Forestal (39).

a) Unidades Vecinales: Viña del Mar posee doce sectores descritos para definir las Unidades Vecinales que lo componen.

Tabla 5: Sectores de Viña del Mar y Unidades Vecinales

Sector	Número de Unidades Vecinales que contiene
Forestal	26
Recreo	17
Achupallas	16
Nueva Aurora	14
Gómez Carreño	14
Reñaca Alto	13
Sector Plan	13
Miraflores	13
Viña Oriente	12
Chorrillos	6
Santa Inés	5
Reñaca	4

Fuente: Registro Unión Comunal Juntas de Vecinos de Viña del Mar.

Forestal cuenta con 26 Unidades Vecinales (9) que pertenecen a la Unión Comunal de Juntas de Vecinos de Viña del Mar, según registros de esta institución, destacando como el sector de Viña del Mar que posee el más alto número de estas organizaciones, el sector que le sigue es Recreo con solo 17 Unidades. Este es otro fundamento importante de la elección de este Sector para el desarrollo de esta tesis.

b) Unidades Vecinales de Forestal: Para efectos de la investigación se dividirán los sectores de acuerdo a la división de Unidades Vecinales asignadas a los CESFAM (33). Así la población inscrita en el CESFAM Brígida Zavala, se considera Forestal Bajo, y la población inscrita en el CESFAM Amigable Las Torres, se considera Forestal Alto.

Forestal Bajo está delimitado entonces por los límites de las Unidades Vecinales:

- 32 Mackena
- 33 Fátima
- 34 Forestal Bajo
- 35 Forestal Titus
- 36 Forestal Sur
- 37 Tranque Sur
- 38 Monte Verde
- 39 La Unidad
- 40 Buenos Amigos Sur
- 41 Tranque Vergara
- 42 Arsenio Olguín
- 43 Manuel Rodríguez
- 46 El Esfuerzo
- 119 Siete Hermanas

Forestal Alto está delimitado por los límites de las Unidades Vecinales:

- 44 Buenos Amigos Norte
- 45 Nieto
- 47 El Gran Esfuerzo
- 48 Gabriela Mistral
- 49 Central
- 50 Loma Sur
- 113 Las Palmeras
- 121 Puerto Aysén
- 129 Puerto Montt
- 150 Río Blanco
- 163 Las Palmas Chilenas
- 165 San Expedito

Establecimientos de Salud de Forestal: Otro aspecto de la Organización Comunitaria dice relación con el acceso a salud, Forestal cuenta en total con tres establecimientos que otorgan Atención Primaria en Salud:

- CESFAM Brígida Zavala, instalado cercano al tranque, en el Paradero 6 de Forestal.
- CESFAM Amigable Las Torres, que funciona en el sector de Forestal Alto y cuenta con SAPU con horario de funcionamiento denominado como “SAPU corto”, esto es de Lunes a Viernes de 17:00 a 00:00 horas y Sábados, Domingos y Festivos de 08:00 a 00:00 horas.
- Como anexo y parte del CESFAM Las Torres, está el Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF) Las Palmas Chilenas, instalado y actualmente en funcionamiento a un costado de la Parcela 11.

Otros establecimientos de Participación Comunitaria en Forestal

Forestal cuenta con numerosos tipos de organizaciones reconocidas en el Registro de Organizaciones Vecinales de Viña del Mar 2014 (33), dentro de las cuales se incluyen: Clubes deportivos, Centros de Madres, Comités de Adelanto, Centros Generales de Padres y Apoderados, Clubes del Adulto Mayor, Agrupaciones Culturales, Centros Comunitarios, Bibliotecas, Centros de apoyo a la familia y a la infancia, entre otras.

- Forestal Bajo posee 84 organizaciones vecinales inscritas.
- Forestal Alto, tiene inscritas 296 organizaciones vecinales.

Destaca Forestal Alto en especial, por la alta cantidad de Comités de Adelanto, organizaciones que congregan a los vecinos de tomas de terreno, para regularización de sus viviendas ante los municipios.

4. Estrategias de Participación Social de Viña del Mar

El Plan de Salud Comunal de la Corporación Municipal de Viña del Mar (CMVM) (31), en cuanto al Diagnóstico Local en Salud para este año 2015, define:

4.1 Diagnóstico Local Participativo: La participación Social se ve reflejada a través del Diagnóstico Local Participativo de la comuna. En éste se han establecido, como los dos primeros problemas priorizados:

- 1. Concepto biomédico de la población que minimiza los aspectos psicosociales,** y para el cual se plantea como principales estrategias comunales a implementar:
 - Definición comunal clara con énfasis en el modelo de atención con el modelo de salud familiar y enfoque biopsicosocial.
 - Fortalecimiento del trabajo de las 5 mesas territoriales.
 - Mejorar la difusión del modelo de Salud Familiar y Comunitario.

- 2. Baja participación social,** y para ello se utilizarán como estrategias comunales:
 - Fortalecer los Consejos Locales de Salud
 - Fortalecer trabajo intersectorial
 - Cambiar el modelo de acercamiento con la comunidad con enfoque de corresponsabilidad

La priorización en Participación Social y en lineamientos que apoyan el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, dan pie al fortalecimiento de las instancias sociales que se presentan en Forestal Alto y Forestal Bajo.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- o Explorar desde una perspectiva fenomenológica el significado que le otorgan a la Participación Social en Salud, los líderes vecinales de Forestal Alto y Forestal Bajo de Viña del Mar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar las significaciones del concepto de Participación Social en Salud, que tienen los dirigentes vecinales de Forestal Bajo y Forestal Alto, Viña del Mar.
- Conocer las modalidades de Participación Social, utilizadas por los dirigentes vecinales de Forestal Bajo y Forestal Alto, Viña del Mar.
- Conocer las percepciones acerca del impacto de la Participación Social sobre los objetivos en salud de la comunidad que lideran, de los dirigentes de ambos barrios.

V. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

- o PARADIGMA INTERPRETATIVO CUALITATIVO: Se escogió este paradigma por la necesidad sentida de potenciar las significaciones desde las bases con mayor profundidad. Este tipo de estudio, según declara Paredes (4) demuestra la importancia radical de la consideración de la cultura para potenciar el estudio de las movilizaciones sociales. Al ser interpretativo se enfoca en la existencia y reconocimiento de múltiples realidades, con visión holística y llevado a efecto mediante un proceso de investigación inductivo, circular, reflexivo y flexible, abierto a los cambios que el desarrollo de la propia investigación produzca. La tesis se enfoca en dos realidades globales y en cada una de ellas dará el contexto histórico, cultural y político que engloba, para dar respuesta a los objetivos de la investigación.
- o DE ENFOQUE FENOMENOLÓGICO, porque se describe un fenómeno, en este caso la PSS, pues constituye un proceso vivido por los dirigentes vecinales, a través de la participación de sus barrios en cuanto a salud, en algunos aspectos proceso invisible que se intentará sacar a la luz para dar forma a los significados que se le otorga, haciéndolo visible y colocando este tema en el centro de las discusiones del barrio. Si se llega a una mínima comprensión del significado que este concepto tiene para ellos, en el contexto natural de las personas, en su entorno, será más factible comprender la acción que desarrollan en torno al mismo.

SELECCIÓN DE PARTICIPANTES

Se realizó mediante **diseño muestral teórico**. Considerando contar con una población con representatividad del discurso, se utilizó la metodología de **Informantes clave**.

Contempla dentro de sus Criterios de Inclusión:

- o Población adulta, desde los 20 años en adelante, incluidos.
- o Dirigentes Vecinales de Forestal, participantes actualmente de los respectivos Consejos Locales de Salud de los CESFAM Brígida Zavala y CESFAM Amigable Las Torres, ambos centros de salud del sector de Forestal, Viña del Mar.

Se consideran Criterios de Exclusión para efectos de esta tesis:

- o Personas que tengan discapacidad de cualquier índole para responder a las preguntas

Si bien en primera instancia se pensó en utilizar el enfoque de género para hacer más completo en el estudio en su análisis, esta línea fue descartada al iniciar el trabajo de campo y decidir que se trabajaría con los CLS, debido a la baja proporción de hombres en relación a las mujeres participantes en los CLS, éste último dato de acuerdo a información entregada por los encargados de participación social en los respectivos CESFAM: por cada 6 mujeres participa un hombre en promedio. Al cotejar esta información con la recabada en la II Encuesta de Calidad de Vida (40) se apreciaron que además no existían diferencias importantes en cuanto a la participación en organizaciones comunitarias en lo referente por ejemplo, a las motivaciones para su desarrollo. Por lo que se optó por trabajar de forma indiferente en cuanto al género.

Perfiles

Los perfiles definidos para esta investigación se establecen a través de la siguiente tabla:

Tabla 6. Perfiles de Estudio.

SECTOR DE FORESTAL	RANGO ETÁREO	PERFILES
FORESTAL ALTO (FA)	20 a 64 Años – Adultos (AD)	P 1 FA AD
	65 Años y más - Adultos Mayores (AM)	P 2 FA AM
FORESTAL BAJO (FB)	20 a 64 Años – Adultos (AD)	P 3 FB AD
	65 Años y más - Adultos Mayores (AM)	P 4 FB AM

Justificación elección de perfiles

La primera clasificación de perfiles: Forestal Alto- Forestal Bajo, obedece a la necesidad de comparación de ambos barrios que surge como principio motivador de la investigación; para ello, se dividieron las 26 unidades vecinales, identificándolas por los sectores de Forestal Bajo, para las Unidades Vecinales asignadas a CESFAM Brígida Zavala, y como Forestal Alto, para las Unidades Vecinales asignadas a CESFAM Las Torres. De ellos se

seleccionaron a los dirigentes vecinales que participan en los Consejos Locales de Salud de ambos CESFAM.

La segunda clasificación tiene por objetivo delimitar por grupos etáreos, para observar si existen diferencias en el discurso entre quienes por ciclo vital se encuentran en la etapa de Adulthood (20 a 64 años) y en la Adulthood Mayor (65 años y más). La diferenciación se determinó para comparar visiones sobre la PSS en estas dos etapas del ciclo vital. Principalmente basado en las diferencias observadas en la II Encuesta de Calidad de Vida, realizada en Chile, que señala que las personas como las organizaciones en las que más participan: organizaciones religiosas en un 32,1%, en clubes deportivos en un 24,3 % y solo un 12,5% participa en juntas de vecinos. El mayor porcentaje en cuanto a motivos de participación en ambos grupos etáreos es “porque le gusta”. La II encuesta de calidad de vida, deja varias interrogantes al limitar las posibilidades de respuesta para cumplir con las características de estudio cuantitativo. La presente investigación permitirá ampliar las respuestas sobre participación en estos dos principales rangos etáreos, que presentan diferencias comparables.

Otro aspecto importante que llevó a determinar estos rangos etáreos y no otros, lo fue el hecho de considerar los entornos políticos en las historias de vida de quienes participan en esta investigación, lo que puede ser un factor importante en la elaboración de significados de conceptos.

Y por último pero no menor lo constituyó el hecho de conocer el rango etáreo habitual de los grupos a estudiar. En ambos CLS la edad promedio de las personas que participaban en ellos estaba alrededor de los 58 años, habiendo casi nula participación bajo los 40 años y sobre los 90 años.

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Las categorías de análisis preliminares que se desarrollaron a partir del trabajo presentado en el Proyecto de Tesis fueron predefinidas y modificadas en relación al avance de la investigación y al aporte del Tutor de Tesis para orientarlas hacia conceptos más amplios que dieran cuenta de la magnitud del significado de PSS para los dirigentes.

El primer cambio fue consensuar de forma definitiva el concepto de estudio, debido a que existen muchos conceptos que parecen definir el mismo ítem pero ello dependerá del autor y de su intencionalidad al definir. Se pueden encontrar conceptos como Participación Ciudadana (41) desde la década del 90 que intentan dar respuesta a conceptos modernos de la relación entre el Estado y sus habitantes, definiendo por ejemplo como “intervención de los particulares en actividades públicas en tanto portadores de intereses sociales”, obviamente este concepto no se acerca a lo que la investigación actual espera significar, no se trata solo del describir acciones de los “particulares”, este concepto fue descartado de la investigación como tal, a pesar de que definiciones más recientes (23) se inclinan a definirla en relación a las necesidades presentes de la comunidad “Es necesario vincular la participación con las necesidades de las personas (y no con las necesidades del sistema)”, el término de Participación Ciudadana siempre le resta sentido al hecho de ser humano y relacionarse con su entorno que no siempre es un medio urbano o limitado por una geografía en particular, sino persona unida su historia y a su cultura, independiente del sector geográfico.

El siguiente término que se descartó en su uso fue el de Participación Comunitaria, porque diversos autores (5) (42) asimilan este concepto al actuar de las personas de un barrio, como las actividades sociales de convivencia o similares que tienen repercusión en salud, dejando de lado la connotación que involucra la asignación de poder, se asemeja a los primeros niveles de PSS en donde la personas es un “usuario” de los servicios de salud que asiste a recibir prestaciones preestablecidas y para lo cual debe “comportarse bien” (asistir a controles, retirar medicamentos) o es retirada del sistema.

Se define finalmente el concepto de PSS como el más consensuado por su relación directa en relación a la entrega de poder hacia la comunidad organizada con tales fines, habla de estructura y función que tiene claridad en un fin (15) (20). Necesariamente abre el espacio para comprender que estamos hablando de la participación de todos los actores

involucrados: salud y barrios y establece que el concepto de PSS, contiene la toma de decisiones compartidas.

En cuanto a las categorías de análisis, en la primera categoría, originalmente se había establecido como categoría la opinión sobre participación comunitaria en salud (PCS), y las subcategorías eran solo dos: opiniones positivas y negativas. Esta categoría fue eliminada pues no se quería evaluar por parte de la investigadora si el concepto tenía connotación negativa o positiva, o mucho menos evaluar si estaba adecuado a marco teórico o no las percepciones, sino indagar lo que cada dirigente significaba, a través de la construcción propia del concepto. Se contempla además del concepto en sí de PSS, como parte de la nueva categoría que habla de las Significaciones, otras dos subcategorías: las motivaciones y la posibilidad de participación en la tomas de decisiones de sus respectivos CESFAM, mediante la participación en los Consejos Locales de Salud a los que pertenecen.

La segunda categoría preliminar de los relatos de los dirigentes que se había establecido como “Relatos sobre actividades comunitarias que evidencian la PCS”, fue modificada hacia las Modalidades de PSS, para ampliar el abordaje más allá de lo descriptivo puro hacia lo interpretativo, igualmente se contempló como una de las subcategorías las instancias actuales de PSS en su barrio, pero no como categoría global. Al ampliar la visión hacia modalidades, permitió también abordar en la misma categoría elementos de la historia de los barrios y de la contingencia, en cuanto se incorpora la categoría de elementos que inhiben la PSS.

La última categoría de análisis preliminar que se había establecido como “Percepciones de desarrollo futuro de participación”, se modificó también porque limitaba demasiado el discurso, al encasillar la opinión del dirigente en categorías muy cerradas, éstas eran: Percepciones de desarrollo futuro factible y exitoso, o factible pero incierto, o futuro nulo. De haber desarrollado esta categoría hubiese sido imposible obtener materia de análisis interpretativo.

Las categorías finales son tres, todas en relación al concepto de estudio y centradas en el discurso que será recopilado en entrevista directa con los dirigentes vecinales de Forestal Alto y Forestal Bajo.

Estas categorías a juicio de la autora, permiten el diálogo a través de elementos concretos que podrán perfilar el significado e impacto que los dirigentes consideran que tiene la PSS para sus barrios.

Tabla 7: Categorías de Análisis desarrolladas en la investigación

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	SUBCATEGORÍAS
1. Significaciones del concepto de Participación Social en Salud	1.1 Conceptualización de PSS 1.2 Elementos de motivación para el desarrollo de la PSS en sus barrios 1.3 Participación en la toma de decisiones del CESFAM
2. Descripción de modalidades de PSS	2.1 Origen de la PSS en su barrio 2.2 Instancias actuales de participación social en salud en su barrio 2.3 Elementos de inhibición de la PSS
3. Impacto de PSS para el desarrollo de la salud a nivel local	3.1 Aporte a la salud del barrio de PSS 3.2 Proyección de los procesos de PSS

SISTEMA DE CATEGORÍAS POR PERFILES

La siguiente tabla, resume el sistema de categorías por perfiles, de la forma en que está descrito en los resultados de esta tesis, como una herramienta más de la investigación cualitativa que permite orientar la comprensión en la entrega de resultados.

Tabla 8: Sistema De Categorías Por Perfiles

CÓDIGOS DE PERFILES	SUBCATEGORÍAS DE ANÁLISIS							
	Conceptualización de PSS	Elementos de automotivación para el desarrollo de la PSS en sus barrios	Participación en la toma de decisiones del CESFAM	Origen de la PS en su barrio	Instancias actuales de participación social en salud en su barrio	Elementos de inhibición de la PSS	Aporte a la salud del barrio de PSS	Proyección de los procesos de PSS
P1 FA AD	1.1	1.2	1.3	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2
P2 FA AM	1.1	1.2	1.3	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2
P3 FB AD	1.1	1.2	1.3	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2
P4 FB AM	1.1	1.2	1.3	2.1	2.2	2.3	3.1	3.2

TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS

Fuentes de información:

- Entrevistas semiestructuradas a Informantes claves: Dirigentes Vecinales (Juntas de Vecinos, Comités Locales de Salud). Esta técnica se realizó para dirigir adecuadamente el enfoque fenomenológico cualitativo.
- Entrevistas con los Trabajadores Sociales encargados de Participación Social de ambos CESFAM, para contacto con dirigentes vecinales.
- Entrevistas con las Direcciones de los CESFAM Brígida Zavala y CESFAM amigable Las Torres, para informar el contexto de la investigación.

TRABAJO DE CAMPO

La investigación se desarrolló inicialmente desde la comunicación directa con los dirigentes, en las Unidades Vecinales, sin ningún tipo de intermediario formal, más que la propia presentación como profesional que desarrolla una investigación con fines académicos.

Pero el tiempo disponible para las entrevistas era escaso por parte de los dirigentes y concertar una entrevista tardaba al menos un mes, para finalmente resultar en que no sería posible realizarla, o simplemente no asistir a entrevistas fijadas. Se percibió, que al no relacionar directamente lo que se les proponía con una institución, los dirigentes no otorgaron importancia al proyecto o a su participación en ellos.

Este hecho hizo que la investigadora decidiera tomar como punto de partida los CESFAM que determinaban los sectores a estudiar e iniciara contacto con ellos.

La autorización para dar curso a esta investigación, fue otorgada por la Encargada de Campos Clínicos de la Corporación Municipal de Viña del Mar, Sra. Fernanda Bohle Basso.

A partir de esta autorización, se convirtieron en guía y apoyo para el contacto con los dirigentes los encargados de Participación Social de ambos CESFAM. Ellos otorgaron además de los contactos, sus propias percepciones de las personas más idóneas para participar.

Se realizó con todos los entrevistados una conversación telefónica para presentación y concertar entrevista.

En la primera nómina de posibles participantes se obtuvieron un total de 17 personas, entre ellos se incluían a los dirigentes del sector de la Parcela 11. Estos últimos fueron

descartados de la investigación porque representaba una tercera visión que ya estaba siendo expuesta en entrevistas por los vecinos de Forestal Alto, ya que correspondía a un similar origen de los asentamientos (a tomas de terreno) y a características poblacionales, por tanto, no ofrecía opciones de tener visión comparativa, además de contar con una historia muy reciente que le restaba la visión del tiempo que se quería abordar para el establecimiento de significado de la PSS. A diferencia de lo que si ocurre entre los barrios en estudio, según se expresará en esta investigación.

Las entrevistas finalmente se realizaron desde Junio del año 2014 hasta Febrero 2015, con un tiempo promedio de 1 hora y 15 minutos por entrevistado.

Fueron llevadas a cabo en diversos ambientes, se evitaron lugares como pasillos o escaleras, incluso para explicar o introducir la entrevista:

En el caso de Forestal Bajo, principalmente en dependencias del propio CESFAM, en box de atención facilitado por la profesional de Trabajo Social o en Sala de reuniones. Las condiciones de privacidad fueron las óptimas, ofreciendo un ambiente seguro y en su mayoría libre de intervenciones externas.

En el caso de Forestal Alto, no se realizó ninguna entrevista en dependencias del CESFAM, sino en el domicilio de los dirigentes, en las sedes de Unidades Vecinales y en la Unión Comunal de Juntas de Vecinos. En todos los lugares, igualmente se contempló la privacidad necesaria para el desarrollo de la entrevista, para otorgar un ambiente que permitiera el diálogo abierto.

Todas las entrevistas fueron grabadas, transcritas por la investigadora y luego incorporadas al programa Atlas Ti versión 7.

Las entrevistas que respondieron a los perfiles se expresan en la siguiente tabla:

Tabla 9: Perfiles y Número de entrevistas correspondientes

Perfiles	Número/s de entrevista/s que responde/n a este perfil
P1 FA AD	Entrevistas N4 y N5
P2 FA AM	Entrevistas N3 (Informante Clave) y N6
P3 FB AD	Entrevistas N1 y N8
P4 FB AM	Entrevistas N2 y N4

Como instrumento guía para cada una de las entrevistas se utilizó un guion de entrevista que básicamente da respuesta a los objetivos y categorías de análisis de la investigación.

Guion de entrevista:

Tras presentación de entrevistador, entrega de objetivos de la entrevista y firma de consentimiento informado, la entrevista era guiada para obtener la información que se detalla en los siguientes puntos:

- Nombre de pila del entrevistado: se omite apellidos.
- Edad: en años cumplidos.
- Lugar de residencia.
- Datos de contacto: correo electrónico, teléfonos.
- Junta vecinal a la que pertenece.
- Tiempo en el cargo de dirigente vecinal: en años.

Los ítem anteriormente nombrados, quedaron registrados en las entrevistas, ya que permitieron al entrevistador obtener una visión general de cada persona, y guiar de mejor forma la entrevista; pero por efectos de confidencialidad y por no dar respuesta a categorías de análisis, se omite en la investigación final.

La serie de preguntas guía estuvo conformada por:

1. ¿Qué entiende usted por Participación Social?
2. ¿Cree que tiene relación con el estado de salud de su comunidad? ¿por qué?
3. En el contexto país, ¿cree que han aumentado o disminuido las instancias de participación social en salud? ¿de qué forma?
4. La comunidad que lidera, ¿ha demostrado históricamente predisposición a la PSS? Dé ejemplos.
5. ¿Usted percibe que la comunidad que lidera, muestra predisposición actualmente a la PSS? ¿en qué instancias lo percibe como tal?
6. ¿Considera que la PSS es un elemento que se fortalecerá con el paso del tiempo en su barrio? ¿por qué?
7. ¿Siente que es parte de la toma de decisiones de salud de su barrio? ¿Cómo o cuándo lo percibió como tal?
8. ¿Cree que la PSS ha ayudado al logro de los Objetivos en Salud de su barrio? ¿por qué?

A esta serie de preguntas se sumaron aquellas que espontáneamente surgían en la entrevista y las que en general, eran acordes al contexto de cada entrevistado.

La saturación se expresó claramente en profundidad, debido a la redundancia en los temas a estudiar expresados en las entrevistas. La entrevistadora percibió redundancia de contenidos por lo que definió finalizar el número de entrevistados al cumplirse el requisito de la obtención de perfiles lo que finalmente ocurrió con un total de 8 entrevistados.

Los 8 entrevistados, de acuerdo a la asesoría docente, fueron categorizados por la potencia del discurso de uno de ellos como Informante Clave (N 3) (por la profundidad de sus conocimientos y la experiencia como dirigente vecinal), los 7 restantes fueron incluidos como dentro de las entrevistas por perfil.

PLAN DE ANÁLISIS:

Se desarrolló ANÁLISIS DE CONTENIDOS, porque es un método de análisis cualitativo que se centra en los contenidos expresados en las entrevistas. Se aplicará el software Atlas Ti 7 como herramienta de apoyo en el procesamiento de la información.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente estudio encontró dos limitantes metodológicas en su desarrollo:

- Un posible sesgo de opiniones por parte de los dirigentes, ya que ellos fueron citados desde la institucionalidad del CESFAM al que pertenecen. Para disminuir este sesgo, se procuró un lugar privado para las grabaciones de sus discursos, que permitiera la expresión holgada de sus opiniones, además de no contar con la presencia de profesionales de los respectivos CESFAM.
- La segunda limitante se tradujo en la entrevista a una sola persona de uno de los perfiles, no saturándose este perfil en número. Sin embargo, la intensidad de discurso del dirigente que respondió la entrevista, dio el contrapeso necesario para dar por cerrado el perfil. La imposibilidad de una nueva entrevista además fue por la consideración del tiempo disponible de la autora-investigadora.

CONSIDERACIONES ETICAS

Este estudio, no contempla aspectos experimentales, pero si define la necesaria y reconocida intervención de la investigadora, la que se expresa en el Consentimiento Informado (43), aceptado con la firma de los participantes, siendo anónima la intervención de los líderes vecinales. (Ver Anexo 2). Se resguardará por tanto la confidencialidad en las opiniones, así como cualquier información que pueda dar cuenta de la relación entre la persona y sus respuestas.

Independiente de ello, la entrevistadora se ha comprometido con cada entrevistado a dar cuenta de los resultados de la investigación con la presencia de ellos, y todos accedieron al respecto.

VI. RESULTADOS

A continuación serán expuestos los resultados en su etapa analítica descriptiva de acuerdo al Sistema de Categorías por Perfiles, que expone la descripción para cada Categoría de Análisis, y por cada subcategoría que ella contempla.

El análisis descriptivo está compuesto por las observaciones de la autora y los verbatim o discurso directo de los dirigentes, obtenidos en las entrevistas.

Los verbatims se describen entre comillas, en párrafos alineados a la derecha, y al término de cada uno de ellos se expresará: N y un número que indica a que entrevista corresponde (Ejemplo: N3, corresponde a la entrevista número 3). A continuación, entre paréntesis se expresan dos cifras, separadas por dos puntos: la primera corresponde a la línea de inicio de la entrevista que se está citando y la segunda cifra, a la línea en que finaliza el relato (Ejemplo (8:10) corresponde a lo descrito desde la línea 8 hasta la línea 10).

1. SIGNIFICACIONES DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD.

Esta categoría describe e identifica como significan el concepto de PSS los dirigentes vecinales de Forestal Alto y Forestal Bajo.

Para lograr la comprensión del significado se contemplan en esta categoría, tres subcategorías:

Subcategoría de definición del concepto de PSS, sumado a la motivación para el desarrollo de la PSS, y la subcategoría que describe la percepción de los dirigentes sobre su participación en la toma de decisiones en salud, esto porque se cuenta como factor común, el hecho que cada uno de los entrevistados o entrevistadas, son integrantes del Consejo Local de Salud de su CESFAM.

1.1 Conceptualización de PSS

Los entrevistados del perfil 1 (P1 FA AD: Dirigentes de Forestal Alto, edades entre 20 a 64 años) definen la PSS en relación a la ayuda al otro, a través de la comunicación expedita entre los vecinos y el CESFAM, que ellos como dirigentes pueden desarrollar, expresan la importancia que tiene para ellos la Oficina de OIRS.

“por las reuniones que voy, he podido informar de cosas que la gente no sabe, ahora

tenemos el OIRS que es fuente de gran información para uno, porque he logrado aprender, saber mucho más y poder instruir un poco más a la gente...” N 4.docx (24:26)

Los dirigentes del perfil 2 (P2 FA AM: Dirigentes de Forestal Alto, de 65 años y más de edad) describen el concepto en cuanto a la necesidad de comunicación desde y hacia el CESFAM por parte de los vecinos:

“Yo lo veo con la participación del vecino de la población que lleva las inquietudes y ve las necesidades que hay en salud.” N 6.docx – (140:141)

Los dirigentes del perfil 3 (P3 FB AD: Dirigentes de Forestal Bajo, edades entre 20 a 64 años), describen la PSS como propio del sector salud gubernamental.

“Es lo de la ciudadanía (...) el gobierno es el que tiene que dar la pauta”. N 1.Docx – (11:11)

En el perfil 4 (P4 FB AM: Dirigentes de Forestal Alto, de 65 años y más de edad), los dirigentes establecen la definición del concepto en relación a aspectos de bien social e involucran directamente este concepto con la salud y el papel del CESFAM en ello.

“Lo entiendo como que hay una operación mancomunada entre la población y el área salud, en este caso el CESFAM de aquí, donde el CESFAM se preocupa por el bienestar social, por cómo vive la gente, de la salud misma si tiene problemas con el entorno”. N 2.docx – (97:100)

Además, se mantiene el concepto en relación a la comunicación entre la comunidad y el CESFAM.

“Yo creo que la Participación tiene que no solo considerarse la atención médica, de cada persona, sino que también interesarse por las actividades que suceden acá lo que cuesta realmente mucho”. N 7.docx – (2:4)

Para la subcategoría de Conceptualización de PSS, la dirigente definida para efectos de esta investigación como informante clave, define la Participación actual como:

“una coartación de las metas sanitarias por parte de la Corporación Municipal de la Comuna”, N 3.docx (9:10)

Ella menciona que solo se han informado algunos aspectos sobre salud, pero que no se les informa todo y lo que se entrega, no es comprensible por parte de la comunidad, pues se

utiliza lenguaje técnico que no es aclarado. Lo ejemplifica al expresar las últimas actividades del CLS, como lo fue visitar un CESFAM para reconocer las instalaciones:

“es una forma de motivar a la población para que sepa que vamos a tener un CESFAM nuevo, pero... de ahí a que sepamos qué es acreditación, (...), eso como que no es para la gente, como que a la gente lo único no más es que hay que mostrarles esta situación pero no el paquete entero, se les muestra una parte” N 3.docx (83:91)

1.2 Elementos de Motivación para desarrollar PSS El significado de la PSS también se describe desde la motivación personal para ser líder en su comunidad, los dirigentes del perfil 1 lo expresan en relación a tener la oportunidad de dar soluciones a los problemas que afectan al sector donde viven.

“Un dirigente es para traer adelanto a una comunidad es más que ayuda social misma individualmente, yo tengo que ver si las calles están bien” N 4.docx – (33:35)

Estas motivaciones para el desarrollo de la PSS, son las que les llevan a aceptar cargos de dirigentes vecinales y a asumir un compromiso extra para el bienestar de todos, dedicando horas de su tiempo a escuchar a los vecinos y a llevar las consultas o reclamos de su comunidad al CLS.

“Mi motivación es ayudar a la gente, lo frustrado en mi vida es que yo quería ser asistente social, porque yo quería ayudar, yo dejo lo mío de lado por ayudar, sin esperar nada”.
N4.docx - (19:21)

En el perfil 2, las motivaciones se describen desde las historias de vida y la forma en que fueron criados, el modelo parental principalmente:

“Esto lo vi yo en mi padre, él era dirigente. Mi papá andaba siempre metido en cosas así. Acá me motivó el ver que había tanto que hacer, y yo también quería vivir un poco mejor”
N 6.docx – (205:207)

La necesidad de ayudar sigue teniendo un papel importante en la motivación para continuar desarrollando la PSS, así como la necesidad de vida en mejores condiciones.

“fue el deseo de salir adelante, el deseo de progresar, porque si cada uno, de nosotros

hemos ido a través de los años, mejorando nuestras viviendas, falta mucho que hacer todavía” N 6.docx – (238:240)

En el caso del perfil 3, la motivación surgió por las circunstancias, de alguna forma u otra “llegaron” al cargo, pero la motivación para continuar en él, se define por el deseo de ayudar a los vecinos.

“Porque me eligieron, antes tenía siempre 1 o 2 votos, después saqué como 7 u 8, entonces nunca antes me elegían y ahora me eligieron. Me dijeron que era para completar la lista no más”. N 1.docx – (7:9)

A los dirigentes del perfil 4, les motivan varios aspectos de la PSS, principalmente la posibilidad de ayudar en su barrio, reconocen que tienen vocación para ello y les motiva el hecho de sentirse validados y de obtener logros comunitarios.

“Para esto también hay que tener vocación y debe gustarle a uno. A mí me gusta y me entretiene bastante. Voy para allá para acá uno conversa con diferentes gentes. Compartiendo con otras personas, en la municipalidad, aquí en el consultorio”. N 2.docx – (80:83)

En cuanto a la relación que han establecido con los diferentes Directores de los CESFAM y como los han validado, expresan:

“incluso diría una cierta deferencia con ella, y eso me ha motivado a seguir participando. Muchas de las opiniones que nosotros hemos dado se han considerado, se han tomado en cuenta, y eso ha hecho que nosotros queramos seguir participando en lo que nosotros podamos”. N 7.docx – (8:12)

A la informante clave, le motiva el hecho de formar nuevos dirigentes, con todo lo que ella ha aprendido, lo describe como el cambio en relación a la necesidad de comprender la dinámica y realidad actual de la salud en Chile:

“Me motiva el hecho de formar nuevos dirigentes, con todo lo que he descubierto, como colaborar con el cambio, poder dejar algo” N 3.docx (67:68),

La informante clave asume su compromiso social como fuente de motivación, de inspiración para desarrollo de ideas, pero también le genera cierto grado de temor el hecho de no saber

cómo va a incorporar la comunidad las ideas que quisiese implementar a través de una escuela comunitaria que aborde temas como participación y control social:

“Yo creo que estoy viva y tengo la energía que tengo porque esto me lo da (...) yo veo a los profesores que tienen habilidad como para explicar las cosas y tengo miedo, porque puede ser que a ellos no le guste, y lo vamos a tener que trabajar al inicio de la escuela de que no lo vean como una cosas partidaria sino que es una cosa de política pública que hay que conocer para poder opinar” N 3.docx (202:209)

1.3 Participación Toma de Decisiones del CESFAM

En términos generales en el perfil 1, los dirigentes relatan que no se sienten con la facultad de decidir, sienten la necesidad de apoyo constante de profesionales de salud del CESFAM.

“Hasta este momento no se ha logrado mucho, porque se habla mucho pero no se cumplen las metas”. N 5.docx – (65:66)

Expresan que han sido un apoyo importante en el CLS, porque han comunicado en esta instancia, los temas de salud sobre los que las personas de su barrio quieren conocer.

“Siento que por la participación que he tenido, por los temas que he planteado he sido una buena representante de mi comunidad, porque he pedido sobre enfermedades poco conocidas que nunca se hablan del tema, por ejemplo el Chagas, nunca ha habido charlas”. N 4.docx – (82:85)

Los dirigentes del perfil 2 expresan que tienen la oportunidad de aportar las demandas de su comunidad en relación al funcionamiento del CESFAM, pero queda sin acogida, por lo que el dirigente siente que finalmente su aporte es poco oficioso:

“no se ven respuestas concretas, no he recibido respuestas satisfactorias, no se ve la solución”. N 6.docx – (161:162)

Los dirigentes del perfil 3 relatan que hay algunos momentos en los que se han sentido parte de la toma de decisiones en salud:

“Me sentí parte de las decisiones del CESFAM, cuando me invitaron a participar acá hace 2 años”, N 8.docx – (120:121)

Así mismo, consideran que hay líderes de la comunidad que tienen mucho poder de intervenir en el CESFAM, aun no siendo parte del CLS:

“Hay un caballero... que siempre anda moviéndose con los remedios, él junta firmas, va a la municipalidad y nuevamente a la gente les dan sus remedios. N 1.docx – (22:24)

Los dirigentes del perfil 4, describen su participación en el CLS como una ayuda necesaria al CESFAM, pero a la vez como poco influyente en las decisiones:

“No sé si ha influido en cuanto a las personas que lo componen, pero nosotros hemos colaborado con el consultorio en infraestructura”. N 2.docx – (103:104)

Respecto de ser parte de las decisiones, la informante clave lo percibe como muy lejano a la realidad actual, no por la falta de instancias, sino por falta de conocimiento de quienes pudiesen desarrollarlo:

“Hay mucha falta de información, que no permite establecer control ciudadano. Cuando uno habla de este tópico es mal mirado. Es un gran desafío, por eso hay que hacer formación de dirigentes que no solo asistan a la reunión, sino que vayan a opinar informadamente”. N 3.docx - (136:139)

Además expresa que la instancia dada: Consejo Local de Salud (CLS), no está siendo utilizada acorde a lo que ella espera, se establece con claridad una jerarquía mal entendida que dificulta la comunicación interna y deja ver el poco respeto hacia los dirigentes y a sus opiniones:

“En el CLS no se trabaja de a par, porque no es malo por ejemplo dar a conocer la OIRS, pero no en esa forma, no puedes mirar al otro para abajo. No hay ninguna política que permita al CLS no ser coartado por las políticas de las corporaciones municipales. (...) No se puede imponer, se debe trabajar con respeto” N 3.docx - (140:144)

2. DESCRIPCIÓN MODALIDADES DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD.

2.1 Origen de Participación Social en Salud en su Barrio

En primera instancia esta subcategoría se consideraba solo desde el origen de la PS en Salud, pero tras cada entrevista fue necesario ampliar al origen de la PS en general, ya que el inicio de la PSS en sus respectivos CESFAM fue muy similar y paralela, y no ofrecía un aporte importante al tema de esta tesis.

En cambio, como se originaron sus barrios, y cómo fue la PS, si constituía elemento de base para la investigación, pues da cuenta de la historia del movimiento social en cada comunidad, como han reaccionado a eventos de formación de sus barrios, a destrucciones parciales de los mismos y como han sabido salir adelante frente a metas comunes.

Los dos relatos expuestos para el perfil 1 mencionan el grado de unión entre vecinos que se dio de manera espontánea al iniciar las primeras construcciones por tomas de terreno.

“Cuando la población recién se inició toda la gente trabajaba por todo” N 5.docx – (27:28)

Quedan en el recuerdo colectivo claramente todos los logros conseguidos desde empezar sin recursos, hasta establecerse como comunidad.

“Cuando llegué a vivir a este sector no había agua ni luz. En ese tiempo, empezaron actividades para que llegara todo. Fuimos pagando nuestros terrenos, dejamos de ser tomas y pasamos a ser propietarios. Bueno, y tuvimos agua, luz, vino el alcantarillado, los pavimentos participativos, mi calle fue la primera en pavimentarse y ahora ya tenemos solo 1 o máximo 2 sin pavimentarse, y solo una sin alcantarillado. Desde ese tiempo hasta ahora han habido muchos avances.”

N 4.docx – (3:8)

El relato da cuenta del origen de Forestal Alto para los dirigentes del perfil 2, ellos vieron iniciar la comunidad y que aún viven ahí. Relatan las precarias condiciones con las que contaban en la sede vecinal, a la vez que destacan el alto grado de unión de los vecinos.

“Si, antiguamente cuando carecíamos de todo, entonces todos estaban. Esta sede se llenaba, esto era puras maderas viejas y parchadas, construidas con pedazos de cajones

de tomates, lo que fuera le poníamos a los hoyos.” N 6.docx – (64:66)

Se describe un alto grado de dificultad en el origen de esta comunidad. El relato que sigue da cuenta de algunos aspectos individuales que hicieron necesario aunar fuerzas para disminuir las dificultades el acceso al sector por falta de medios de locomoción colectiva y la instalación de servicios básicos:

“En un principio nos costó mucho avanzar en algo, la movilización de ese tiempo eran los Pegaso, eran unos buses grandes parecidos a los tranvías de Valparaíso, a los troles. Éramos la última población acá. No teníamos agua, no teníamos luz, nada, íbamos a un chorringuito abajo, donde convergían dos quebradas y de arriba corría un hilito de agua, y empezamos a limpiar para arriba, para arriba, hasta que el chorringuito se hizo más grande y le poníamos latita, y ahí poníamos una ollita y lo íbamos echando a un baldecito más grande.”. N 6.docx – (17:23)

Los relatos descritos en el perfil 3, solo se refieren al otorgamiento del nuevo consultorio Brígida Zavala a la comunidad y como ello les permitió tener más a mano la salud, sin tener que bajar al plan. No expresan reconocimiento de la unión entre vecinos para el logro de objetivos comunes.

“Cuando llegue a los 12 años de edad al sector, no había consultorio en el sector la comunidad tenía que ir al Consultorio Marcos Maldonado, y de ahí la gente se quedó conforme que se hiciera este consultorio que quedaba más cerca, pero ahí no más se quedó, no se hizo nada más, por la comunidad o para que la comunidad participe”.

N8.docx – (53:56)

Los dirigentes de Forestal Bajo (perfil 4) relatan que los terrenos contaban con algunos abastecimientos de servicios cuando llegaron por compra de terrenos a la Familia Vergara, mediante cooperativas. Los dirigentes manifiestan que antes participaban más sus vecinos y que paulatinamente la participación fue decayendo:

“esta población se formó de la nada, se hizo una inversión inmobiliaria, se compraron los terrenos y cada uno fue haciendo su casa por autoconstrucción, entonces hubo que hacer harto trabajo comunitario en esos tiempos, abrir calles, poner postes para la luz provisoria, hacer trabajos de alcantarillados, para el agua potable. Había harta participación en las

asambleas, se juntaba harta gente. A pesar de que a veces no había donde juntarse, teníamos una ramada como sede, y así ha ido avanzando la población.” N 2.docx – (15:22)

Otro dirigente del perfil 4, en cuanto a la PS en el origen de su barrio, expresa que en su comunidad nunca ha visualizado ningún grado de unión vecinal para sacar proyectos adelante:

“Llegué al sector el año 1978, cuando asignaron departamentos por la Caja de Compensación. En ese momento recibimos los departamentos con todos los servicios básicos ya instalados, esto lo marcó a esta comunidad para no esforzarse por conseguir más logros y no hemos podido nunca ser unidos como comunidad” N 7.docx – (80:83)

La informante clave reconoce diferencias de los orígenes de los barrios “abajo”, Forestal Bajo, y “arriba” Forestal Alto:

“abajo fueron grupos de trabajadores que organizadamente armaron sus casas, arriba fue todo autoconstrucción, entonces es una diversidad de actores más arriba” N 3.docx - (61:63)

2.2 Instancias Actuales de PSS en su Barrio

Esta subcategoría describe las instancias actuales que los dirigentes vecinales asimilan como espacios para el desarrollo de la PSS en sus barrios, la diversidad de opiniones al respecto, expresa las distintas miradas sobre el concepto y como lo grafican.

Al solicitar a los dirigentes del perfil 1 que enumeren cuál o cuáles son las instancias que tienen para desarrollar la PSS en sus barrios, los dirigentes ejemplifican en:

“Hacemos clases nocturnas para adultos y jóvenes, hace 20 años para que terminen su cuarto medio”. N 4.docx – (10:11)

Respecto a si en estas instancias hay participación de toda la comunidad ellos relatan:

“Cuando hay que unirse para algo, son muy cooperadores, todos remamos para el mismo lado”. N 4.docx – (74:75)

Respecto de cuál es la visión que sus vecinos y ellos mismos tienen para el desarrollo de instancias de PSS a través específicamente del CLS, responden:

“La primera vez que me llegó la carta de invitación, hice una encuesta para saber opiniones del policlínico, y hay mucha gente que está en desacuerdo con el policlínico por mala atención... Está mal diseñado, mal atendido. (...) no por atender en un policlínico tienen que atender mal, tienen que dirigirse bien a las personas”. N 5.docx – (40:45)

Los discursos dan cuenta de disconformidad, principalmente en lo referente al trato que se recibe por parte del CESFAM y a la poca valoración que perciben de la resolución de sus reclamos:

“En la primera reunión yo les dije todas las opiniones, que son muy pesados para atender, dijeron que lo iban a arreglar. Lo mismo, de que sirve tener un libro de reclamos si no lo estudian, no lo ven y no solucionan nada de lo que está escrito ahí”. N 5.docx – (68:72)

En el perfil 2 los vecinos identifican hechos propiciados por la propia comunidad como instancias donde se demuestra la PSS:

“Tenemos un jardín infantil desde hace muchos años, hay un comedor abierto que era para los niñitos, pero ahora, ya hace cosa de dos años, se eliminó para los niños porque se había convertido en un círculo vicioso (...) Ahora la atención la tienen los adultos mayores. N6.docx – (73:77)

Y describen solo una instancia como propia del CLS:

“Hay una Feria de la Salud, que se hace anualmente, se exponen los proyectos, lo logrado por parte del CLS”. N 6.docx – (373:374)

Los vecinos de Forestal Bajo (perfil 3) visualizan que han mejorado las instancias de PSS en sus barrios, y mencionan que ha habido cambios positivos respecto de ello, como la formación del CLS.

“Ahora hay más llegada, se puede participar más que antes, en el mismo consultorio se ve que ha cambiado todo”. N 1.docx – (26:27)

Reconocen el protagonismo de la salud en la asesoría a los organismos comunitarios:

“Una sola vez fueron a pedir que en los meses más lluviosos, no expusiéramos a los niños a la humedad y a jugar afuera. Entonces nosotros como asociación, lo valorizamos eso, lo acogimos y se dejó de jugar en los meses lluviosos”. N 8.docx – (38:41)

Destacan las actividades que el CESFAM desarrolla en la comunidad como instancias de participación, pero les gustaría más continuidad de ellas:

“Dentro del año se hace una vez Feria de la salud, se cierra la calle principal del paradero 8 y eso no más y van una vez al año, o menos, a los colegios de acá a dar charlas de Virus Sincicial cuando empieza la temporada y todas esas cosas. Pero es una vez, y dentro de una comunidad tan grande, pienso que debiese ser más seguido, hacer más actividades, más continuado”. N 8.docx – (58:63)

También describen los esfuerzos del CESFAM, y expresan que lo que falta es motivar a la comunidad a participar:

“Se han desarrollado actividades para los niños, pero la comunidad no responde de forma continua. Por ejemplo: clases de yoga para niños en edad escolar. Partieron 6 niños y después dejaron de ir”. N 8.docx – (101:103)

En el perfil 4 destaca la activa participación de los integrantes del CLS, describen de forma muy detallada la actuación de los vecinos respecto de la PSS, en relación a grupos etáreos predominantes, actividades que demuestran logros obtenidos en conjunto con el CESFAM.

“El Comité ha hecho cursos de yoga dos veces, hemos implementado cosas como sillas, hemos comprado equipos de amplificación, un telón, la oficina de OIRS....Yo estoy desde que se formó el CLS, la principal meta del CLS era conseguir la construcción de un CECOSF, acá en la parte del tranque, como subsidiaria de esto, porque como hay tanta gente adulta mayor, para llegar acá hay que caminar o tomar dos movilizaciones. (...) han habido hartas promesas, pero estamos medio estancados en esta parte. (...) Estamos estancados con los fondos, aparte que dicen que la municipalidad está un poco pobretona, estamos un poco desilusionados por ese asunto.”. N 2.docx – (107:119)

Los dirigentes también resaltan el bajo grado de involucramiento de los vecinos que no están en cargos directivos de las Unidades Vecinales.

“Yo he notado que bien poco se preocupan por los temas de salud, yo les llevo información a la asamblea de las cosas que pasan acá, pero las reciben no más, se quedan ahí no más, no hacen consultas nada”. N 2.docx – (85:87)

La PSS se mantiene en el sector de Forestal Bajo, principalmente gracias a la presencia de las mujeres adultos mayores, quienes lideran además unidades vecinales y llevan a efecto proyectos comunitarios.

“En toda esta participación, siempre la que ha participado más es la gente de más edad, no mucho la juventud. Aparte la población ha ido avanzando en su infraestructura, ha ido pavimentando calles, se ha ido solucionando ese problema.

Y la gente que veía todo este tipo de cosas se ha ido muriendo. Los jóvenes no se interesan. Han fallecido muchos de los que partieron acá, se mantienen las familias de ellos, pero sin participación, viven ahí no más, hacen sus cosas, van a sus trabajos, pero como independientes en el fondo.”. N 2.docx – (24:32)

Las instancias actuales de PSS, la informante clave las califica como dificultosas, porque se ha establecido un tipo de comunicación jerarquizada que limita el actuar apropiado del CLS:

“Tenemos una hora de reunión y (...) se toma 50 minutos de la reunión para explicar lo que ella viene a explicar, en este caso la OIRS, y luego de ahí está apurada y se tiene que ir (...) Entonces es difícil porque nosotros en el sector hemos hecho una escuela anteriormente y tenemos un diario mural, entonces la idea es que nosotros podamos sacar esa información para llevar. (...) Pero esto mismo que te hablé muestra lo difícil que es” N 3.docx - (14:24)

En la continuación del relato, relaciona lo anterior con la posibilidad de generar desánimo a raíz de la actitud de una persona, que es representante del CESFAM. Esto frena la oportunidad de llevar a efecto nuevos encuentros, porque no quieren repetir lo que ya han vivido. La informante clave relata una instancia de escuela comunitaria:

“nosotros ya tuvimos la experiencia de una escuela, en que vino (...) no hubo ni tiempo para preguntas, horrible yo me sentí muy defraudada, que ya no quería seguir más.

Sin embargo, hubo gente que participó en la escuela que me dijo que había sido muy buena, que allí había adquirido conocimientos, entonces ahí uno deja de ver todo en blanco y negro y me di cuenta que había sido un aporte. Pero la metodología para nada, porque la gente que participó hoy día no participa. La gente no enganchó”. N 3.docx - (47:53)

Respecto de si han aumentado o disminuido las instancias de PSS, la informante responde que todo finalmente depende de la motivación y las posibilidades de acción real de los dirigentes, que se enfrentan a limitantes de todo tipo ante la posibilidad de nuevas instancias de PSS:

“Yo creo que han habido más posibilidades de armar organizaciones, pero de participación no lo veo como mayor número, creo que muchas veces la motivación por un proyecto “X” hace que la gente se junte y arme algún cuento, pero después para seguir participando y todo no es así (...). Pero tiene que ver con los dirigentes, ellos han sido coartados a situaciones muy particulares”. N 3.docx - (162:168)

2.3 Elementos que inhiben la PSS

Esta subcategoría emergió desde el propio discurso de los entrevistados, debiendo agregarse para analizar de qué forma algunos elementos, opacan las posibilidades de desarrollo de la PSS en sus barrios.

Como elementos que inhiben la participación los dirigentes del perfil 1, expresan que la actitud actual es ser mucho menos participativos que antes, dejan la responsabilidad de decidir a las directivas de las unidades vecinales y muchas veces a pesar de no estar conformes con las decisiones, no se postulan a los cargos. Destacan la necesidad de convocatoria en las asambleas:

“Años anteriores la gente tenía más participación, es como que ellos eligen a su directiva y se afirma en la directiva no más, es como que uno les tiene que solucionar todo, en bandeja.... La asamblea es la fuerza, además que para todo se necesita la opinión de la asamblea”. N 4.docx – (40:45)

Los dirigentes creen que al no tener grandes metas comunes como al inicio de los barrios, los lleva a pensar que ya no hay nada por lo que trabajar juntos.

“...Si bien es cierto la gente está como muy de acuerdo conmigo, a las reuniones va muy poca gente, pero no es solo a este nivel, es en todos los lugares.”. N 5.docx – (38:39)

Otro elemento de inhibición es la falta de cumplimiento en los compromisos por parte del CESFAM. Esto desmotiva a quienes ponen a disposición del equipo de salud el tiempo y las energías necesarias para el desarrollo de proyectos en conjunto.

“Y lo otro que reclamo en el policlínico, es que por ejemplo se dicen muchas cosas pero no se llevan a efecto, entonces la gente se va yendo, porque ya no cree. Porque si en un mes no fue capaz de conseguir el móvil para ir a hacer la visita que teníamos en agenda, la gente empieza a no creer. Se pueden ir asignando tareas a cada uno, poniendo compromisos. No podemos decir y no hacer. No se puede trabajar sin plan de trabajo”. N 5.docx – (34:39)

Y un último elemento de inhibición de la PSS que se describe en el discurso es la presencia constante del tráfico de droga en el sector. Tema que ha sido una preocupación permanente para la comunidad, porque además implica la violencia que va de la mano con el consumo de drogas:

“a raíz de la droga la violencia ha invadido muchas cosas, no se puede ni ir a ver un partido de fútbol porque se agarran a balazos” N 5.docx – (56:58)

En el perfil 2 se observa un elemento inhibitor principal: falta de objetivos comunes:

“Cuando ya tienen de todo, ahí quedan, no sé qué les pasa, se olvidan que las cosas se van deteriorando, que el poste se le apagó la lámpara y hay que ir abajo a exigir que vengan a reponerla, que tal vez una escala está en muy malas condiciones y alguien puede tropezar, caer y accidentarse”. N 6.docx – (333:336)

Los dirigentes del perfil 3, informan poco movimiento social a partir de la falta de objetivos comunes:

“nosotros citamos a reunión y van muy pocos, máximo 3 personas, (...) Y como la gente ya tiene alcantarillado, tiene luz, no les interesa” N 1.docx – (51:53)

Por otra parte, mencionan como elemento inhibitor el hecho de la falta de flexibilidad en educación para la salud que se percibe desde el CESFAM:

“La gente participa muy poco es que no hay mucha difusión, por ejemplo de decir saben

que en tal fecha vamos a buscar un horario como indicado para la dueña de casa, y juntarnos en una sede y vamos a enseñar esto. No hay mucho..., yo sé que igual acá en el consultorio hay mucho que hacer pero igual, yo creo que de repente deberían formar un grupito así que hicieran ese trabajo y se fueran rotando en diferentes unidades vecinales”

N 8.docx – (19:25)

Refieren que la falta de información desmotiva el hecho de participar y apoyar las acciones de salud que propone el CESFAM a la comunidad:

“Yo creo que la gente quiere soluciones al tiro y si no es así se desmotiva, porque tampoco nos explicaron nada, de que tenía que ser constante y que había que ir varias veces, sino que nos mandaron para allá y punto. Entonces esa parte también falló de acá, (señala el CESFAM) y la gente como no tenía otra referencia de lo que se estaba haciendo, no fue”.

N 8.docx – (105:109)

Los dirigentes del perfil 4 destacan la propia decisión de no participar de la comunidad:

“La gente no participa mucho, la gente que más participa es la gente de edad. Y ya hay mucha gente de edad que no sale de sus casas, las que más participan en realidad son las mujeres”. N 2.docx – (153:156)

Además relacionan el origen de la comunidad como un elemento inhibitor, ya que en un principio no existió la real necesidad de agrupación de los vecinos:

“el origen de esta comunidad ha influido en la forma de comportarse actualmente, se nos dio todo hecho”

N 7.docx – (90:91)

Se describen desde el discurso de la Informante Clave, como uno de los elementos que inhiben la participación: el interés por desarrollar metas individuales por sobre las comunitarias:

“Esta es la participación social hoy día, la gente no llega, y cada vez va menos gente. Y cuando va, porque esto ya es algo institucionalizado, va la gente (...), a plantear todos sus problemas personales, y se pierde la visión de proyecto que tenemos. Porque tenemos un

plan de trabajo que no sé cuándo los vamos a poder cumplir” N 3.docx - (31:35)

Otro factor que ella describe como inhibidor de la PSS es la instalación de la droga en el sector, instalado de forma intencional por el régimen militar para desarmar toda opción de agrupaciones vecinales. Los terribles efectos de ello, aún se dejan ver: la población desde temprana edad es motivada e inducida al consumo. Hay una gran cantidad de jóvenes adictos, ahora inducidos por fines económicos de potentados que manejan el tráfico ilícito en Forestal. Es una situación tan intrínseca en el sector que constituye una problemática social de difícil erradicación.

“instalaron la droga para desmovilizar a Forestal. Si toda la gente estaba permaneciendo peleando porque volviera la democracia. Es tan fuerte que nosotros en el año 93-94 hicimos un taller de drogas que fue propiciado por la casa de la mujer de Valparaíso, en la población Las Palmeras y ahí descubrimos con gran dolor que se propiciaban fiestas para que los jóvenes consumieran drogas y se hicieran adictos. Ahí se vio, fue atroz, una chica que participaba en el taller no quería hablar pero finalmente dio a conocer la situación, nos dimos cuenta que para nuestros hijos la droga era muy asequible (...), estaba ahí. En Forestal hoy día es una situación muy compleja”. N 3.docx - (181:190)

3. IMPACTO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA EL DESARROLLO DE LA SALUD A NIVEL LOCAL.

Esta categoría describe fragmentos de discurso de los dirigentes vecinales que relatan, respecto de la PPP: el aporte para la salud de sus barrios y la proyección de desarrollo en sus barrios de la misma.

3.1 Aporte a la Salud del Barrio de PSS

Frente a la pregunta de la investigadora: ¿Cree que la PSS influye en el estado de salud de una comunidad? las respuestas de los dirigentes del perfil 1 fueron en general que sí influye y de forma positiva, al haber PSS desarrollada en un barrio; porque quiere decir que hay una buena comunicación entre el CESFAM y la comunidad:

“Yo creo que sí, obviamente que todo se refleja mejor, en el sentido de saber de estar más informada, pienso que es bueno” N 4.docx – (67:68)

En el perfil 2, también se responde de manera positiva al efecto que tiene que una comunidad desarrolle la PSS, y que esa es la labor del CLS:

“De la participación hay mucho que hacer a nivel poblacional, a nivel de la comunidad, en lo que está el Consejo Local de Salud está en eso”. N 6.docx – (355:356)

Frente a la consulta que responde a esta categoría, los dirigentes del perfil 3 sí observan que la PSS tiene un efecto positivo, a través del CLS en cuanto a mejora en la comunicación principalmente:

“Sirve para enterarse de todo lo que es salud, incluso para mejorar la comunicación con la gente del área salud”. N 8.docx – (85:86)

En el perfil 4, los dirigentes responden en relación a los aportes concretos que se han observado desde la participación de ellos en el CLS, ellos refieren sentirse reconocidos en su función y valoran la instancia de participación que se les ofrece desde el CESFAM.

“Sí, porque por ejemplo se han logrado asistencias a los adultos mayores donde nosotros vivimos, a los dismovilizados, se han hecho charlas de parte de varios profesionales, y no una sola vez sino como un taller con varias sesiones. Eso gracias a las gestiones de nosotros. N 7.docx – (14:17)

Ante la pregunta: ¿Tiene relación el estado de salud de su comunidad con la participación social de su barrio?, la informante clave responde de forma afirmativa, pero que su comunidad al parecer no lo percibe como tal.

“La gente no hace conexión con eso, no lo ve, no sé por qué no lo ve. Yo creo que sí, si lográramos motivar la participación, se haría mucho, pero falla la convocatoria, creo que muchas cosas se hacen por cumplir” N 3.docx - (158:160)

3.2 Proyección de los Procesos de PSS

En cuanto a la proyección de la PSS, los dirigentes del perfil 1 destacan la necesidad de mantener las oportunidades de desarrollo, y el funcionamiento de agrupaciones locales, así como abrir espacios a nuevas personas e instituciones que puedan sumarse a potenciar los objetivos del barrio.

Respecto de si cree que se mantendrá en el tiempo la PSS responde:

“Sí, porque si no, no se lograría nada, no vamos a ir surgiendo nada”. N 4.docx – (80:80)

Los dirigentes del perfil 2 destacan la necesidad de potenciar la PSS para que se siga

desarrollando su barrio:

“Eso es lo que me lleva a mí, salir adelante, lo que quiero en este momento, lo que anhelo es ver a la población que ya no hayan calles que no tengan su pavimentación, que no hayan vecinos que tengan que andar resbalando porque no tienen escala de acceso, que estén todas iluminadas las calles, pero sobretodo que haya una entidad que se preocupe de ayudar a la juventud que está metida en las drogas.

Hay mucha drogadicción en esta población, una va pasando y están pasándose los papelillos”. N 6.docx – (255:261)

Ellos evidencian una baja en la PSS que les preocupa, pues significa la pérdida del legado que han construido con tanto esfuerzo, expresan sentir que no hay personas que quieran asumir el desafío y la responsabilidad que significa ser la cara visible de su barrio:

“La participación cada vez es menos, mientras más adelantos se logran, menos participación.

Lamentablemente, para los dirigentes, porque quisiéramos nosotros la mayor participación poblacional para que se enteren de los pasos que los dirigentes damos y lo otro es que ellos también tienen que participar con sus ideas, porque los pobladores tienen derechos y deberes (derecho a participar y deber de pagar sus cuotas)” N 6.docx – (78:84)

Los dirigentes del perfil 3 creen que la proyección de la PSS en sus barrios, depende en gran parte de lo que el CESFAM pueda desarrollar y demostrar hacia la comunidad:

“Si la gente ve que mejora el consultorio, la gente va a acudir allá. La gente acude también por el tema económico., porque si no, significa sacar un bono y ya significan 10 lucas, que hay que pagarlo”. N 1.docx – (45:47)

Expresan que es necesario para que la PSS se proyecte, que el CESFAM tenga mejoras de la atención de salud, que demuestren que habrá más Educación para la Salud:

“Mi comunidad participa muy poco y me gustaría que ustedes (profesionales y técnicos del CESFAM) como referentes de Salud hicieran más comunicación de salud, como cuando la gente va al consultorio o cuando van a ver a los enfermos a sus casas, que se les enseñara más”. N 8.docx – (3:6)

Los vecinos del perfil 4, observan que la proyección de la PSS dependerá en gran medida de la mejora en la comunicación, no tan solo desde y hacia el CESFAM, sino que entregan una responsabilidad importante a los pobladores.

“Lo que pasa es que nosotros siempre hemos tenido el ofrecimiento del consultorio, ahora que están trabajando en la parte social de la comunidad, de salir hacia afuera, de reunir a gente que fueran de aquí a hacer actividades allá pero eso no lo hemos logrado. La gente no lo ha pedido mucho, pasa más en las vacunas, ahí llega gente.

Yo creo que han aumentado las oportunidades de participar, porque aquí mismo en Viña casi todos los consultorios tienen ya estos comités”. N 2.docx – (128:135)

Los dirigentes esperan que haya una proyección positiva de la PSS, pero reconocen que falta abrir la comunicación no solo hacia y desde el CESFAM, sino también entre los vecinos:

“Espero que la participación sí se fortalezca, que la gente vaya cambiando un poco esa visión que tiene de cerrarse mucho, de que vienen aquí se ponen la inyección y se van.

Porque la verdad es que nosotros informamos cuando va gente a la asamblea, por ejemplo, que va poca gente, pero esa gente tampoco conversa con sus vecinos, oye en tal parte están haciendo esto, como que no se comunican. Hay falta de comunicación, no tan solo en salud en varias otras cosas, que la gente debiera conversar y no las conversan”. N 2.docx – (140:146)

Tras la consulta de si creen que la salud es un tema que los vecinos de su barrio consideran relevante, los dirigentes responden, nuevamente en relación a la importancia de la comunicación:

“A todos nos interesa saber de salud porque la salud nos afecta a todos. Sí que se necesita una buena motivación, y eso se puede lograr con reuniones, porque la mejor motivación es la comunicación personal”. N 7.docx – (67:69)

Además reconocen que las nuevas generaciones debiesen tener un rol importante en la continuidad de las actividades comunitarias, y les preocupa el poco involucramiento de los jóvenes en los objetivos comunes y proyectos del barrio:

“Creo que son los jóvenes ahora quienes tienen que tomar participación. Pero no solo para pasarlo bien y hacer fiestas, sino tomarlo con responsabilidad”. N 7.docx – (93:94)

Ante la pregunta: ¿Usted cree que la PSS se puede fortalecer en el tiempo?, la dirigente responde:

“Si yo creo que sí, yo creo que uno está metida en esto porque piensa que puede haber frutos y pone energía tiempo esfuerzo, sus pocos recursos que tienes para que esto

funcione, aquí nadie te paga, todo es voluntariado”. N 3.docx - (197:199)

En concreto, la dirigente expone pasos a seguir para promover la PSS en su barrio. La alianza que han desarrollado con ALAMES (Asociación Latinoamericana de Medicina Social) y la Universidad de Valparaíso, es un eje vital para el apoyo en la capacitación a los dirigentes del sector, en cuanto a participación social, políticas públicas, y desafíos en salud:

“El plan contempla hacer una escuela con el Mario Parada (sic), el gran desafío, es una escuela que tiene que ver con los indicadores sociales, la salud, el derecho a la salud, todas esas cosas que son conocimientos para que tu actúes empoderada y no te sigan diciendo lo que tienes que hacer, más con los profesores que vendrían a esa escuela tienen otra dinámica”. N 3.docx – (42:46)

Sobre las cosas que los dirigentes supieran o se dieran cuenta en cuanto a la PSS, ella expresa como primordial:

“Que haya nuevos dirigentes que reconozcan que hoy día nosotros tenemos el acceso a la salud, según cuánta plata tu tengas en el bolsillo es cuanto tu puedes adquirir en salud y no es un derecho” N 3.docx - (70:72)

Si los procesos actuales de PSS tienen alguna proyección, dependerá (en palabras de la informante), en gran medida del auto convencimiento de los dirigentes del beneficio de participar. Esto se debiese trabajar con información completa, tangible y comprensible al interior del CLS:

“En mi caso, yo fui dirigente dos años anterior, adonde aprendí más menos a como esto funciona, con esta nueva forma, porque es una nueva forma, entonces ahora estamos tratando de hacerlo, yo no sé hasta dónde vamos a poder lograr, porque de alguna manera los dirigentes también sienten una presión, que no es algo tangible. Ellos sienten que no van a tener buen reconocimiento en positivo el que ellos hagan algo distinto” N 3.docx – (36:41)

VII. ANÁLISIS INTERPRETATIVO

El análisis que da vida a esta investigación, desde la hermenéutica, genera expectativas acerca de la expresión de los significados que están en el discurso de los dirigentes vecinales. Así, se espera dar respuesta a estas expectativas desde la interpretación de estos significados, mediante una actitud empática con los relatos y asumiendo la subjetividad propia en las percepciones de la investigadora.

SIGNIFICACIONES DEL CONCEPTO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD DE DIRIGENTES VECINALES DE FORESTAL BAJO Y FORESTAL ALTO.

El concepto definido desde OMS (3), hace hincapié al empoderamiento de las comunidades y en como debiesen llegar a ser “protagonistas activos en la formación de su propia salud”. Desde la lectura de los relatos de los dirigentes vecinales se expresa otra realidad, muy distante: el concepto se establece en relación a la comunicación que posibilita la PSS entre la comunidad y el CESFAM.

Además los dirigentes asumen la PSS como una responsabilidad que es de ellos por el hecho de aceptar el cargo de dirigentes vecinales. Así como a razón de vivir en comunidad, han asumido dirigir en sus barrios nuevas iniciativas de asociación, que se orientan hacia el bien común: pavimentación de calles, alcantarillados, proyectos ecológicos, entre otros; y significan ello como participación social.

Sin embargo, cuando la participación social se plantea en relación a salud, lo perciben como algo externo, que se debe cumplir, pero no lo integran necesariamente como un proceso de resolución en el barrio, sino como una meta propia del CESFAM en la que ellos cooperan a través de comunicar a sus vecinos los avances del establecimiento de salud, o incluso aportando ideas de infraestructura u operativos en salud desarrollados en las unidades vecinales.

La dirigente escogida como informante clave es tajante al señalar que la PSS es para ella:

“una coartación de las metas sanitarias por parte de la Corporación Municipal de la Comuna de Viña del Mar”, N 3.docx (9:10)

Ella relata que es sesgada la información que reciben, que claramente no depende de las personas que trabajan directamente en el CESFAM o de quienes dirigen, sino del proceso instaurado como norma. Es decir, que la normativa vigente no da lugar a la PSS efectiva,

sino a una instancia de menor desarrollo que no aporta al empoderamiento de las comunidades, sino a mantener la verticalidad clásica del sistema de salud, en donde el representante de Salud asume una posición superior, profundizando las asimetrías de poder que clásicamente se han impuesto en los modelos de salud chilenos.

Se reconoce todo lo anterior como un problema, como un impedimento para la PSS, pero la comunidad no sabe qué hacer para revertirlo.

Otros dirigentes en cambio, están conformes y satisfechos con la relación establecida con el CESFAM, pues lo perciben como orientada hacia el bienestar social. (44) En este caso el prestador de salud podría asumir una postura paternalista, y que dé como resultado una comunidad dependiente de los cuidados en salud, con falta de autocontrol en las decisiones de salud.

La construcción del significado obedece a experiencias, a la interacción de los actores sociales y al dinamismo que el tiempo otorga a un mismo concepto (4) En este contexto se puede asociar el relato de los dirigentes a sus propias experiencias de PSS, a las capacitaciones recibidas en esa área, por ejemplo, por parte de la Unión Comunal de Juntas de Vecinos, que se menciona como uno de las organizaciones que fomenta el empoderamiento de las comunidades.

La visión del concepto de PSS varía en cuanto cada barrio ha construido su relación con el CESFAM en el tiempo. Mientras que un CLS adopta una actitud sumisa y colaboradora, con poca capacidad al rechazo o al cuestionamiento de las decisiones tomadas por los profesionales del CESFAM; el otro CLS muestra una actitud que exige más por parte del sector salud, en cuanto a compromiso, a entrega de saberes y al respeto a la identidad de la comunidad.

Tal como se expresó en los resultados se denota una importante diferencia al comparar los tiempos y las formas de organización vecinal hacia la salud: en gran parte lo que significan hoy como concepto de PSS, difiere y contrasta a lo que ellos vivieron de manera previa y posterior al golpe militar. Destacan que se están abriendo instancias que se mantuvieron por mucho tiempo cerradas y resaltan y valoran como positivo el rol que cumple el Consejo Local de Salud en este aspecto, según se expresa en el relato de los dirigentes del perfil 2.

En términos generales, en nuestro país, se han alineado dos posturas que limitan el avance hacia una PSS efectiva, sólida y con proyecciones:

Por una parte el marco regulatorio de la PSS: La Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública del SNSS (5) que determina como uno de sus elementos básicos el establecimiento de Consejos de la Sociedad Civil con carácter consultivo; y la Ley de Autoridad Sanitaria N° 19937 que en su artículo 25-D señala que existirá un Consejo Consultivo de los usuarios, que tendrá la función de asesorar al Director del establecimiento en la fijación de las políticas de éste y en la definición y evaluación de los planes institucionales.

Y por otra, la clásica verticalidad en la que se forman los profesionales de la salud (20). Esta estructura de pensamiento es difícil de vencer, de manera inconsciente se asume la superioridad de los conocimientos científicos por sobre los populares, y se avala la baja capacidad de la toma de decisiones en salud de las comunidades en consonancia con el marco regulador chileno en esta área.

Las distintas formas de liderazgo y de comunicación del equipo de salud de los CESFAM, también influyen directamente en lo que el concepto de PSS significa para los dirigentes.

En uno de los CESFAM el concepto se orienta hacia considerarlo como un fin. Toda vez que los vecinos interpretan la PSS como una participación real y democrática, con oportunidad de participación y opinión.

En el otro CESFAM, el concepto se asimila interpretándolo como un medio de cumplimiento de objetivos por parte del CESFAM. Los vecinos de este barrio han encontrado refugio a sus opiniones y un liderazgo efectivo y que permite la opinión, en los profesionales de salud del Centro de Salud, logrando asumir la PSS como algo propio a través de la gestión de ellos.

En ambos barrios la participación se asume por parte de los dirigentes como un compromiso real que satisface a cada uno en su necesidad de ayuda al otro y de desarrollo de liderazgo individual para cumplimiento de objetivos de salud de la comunidad en la que viven.

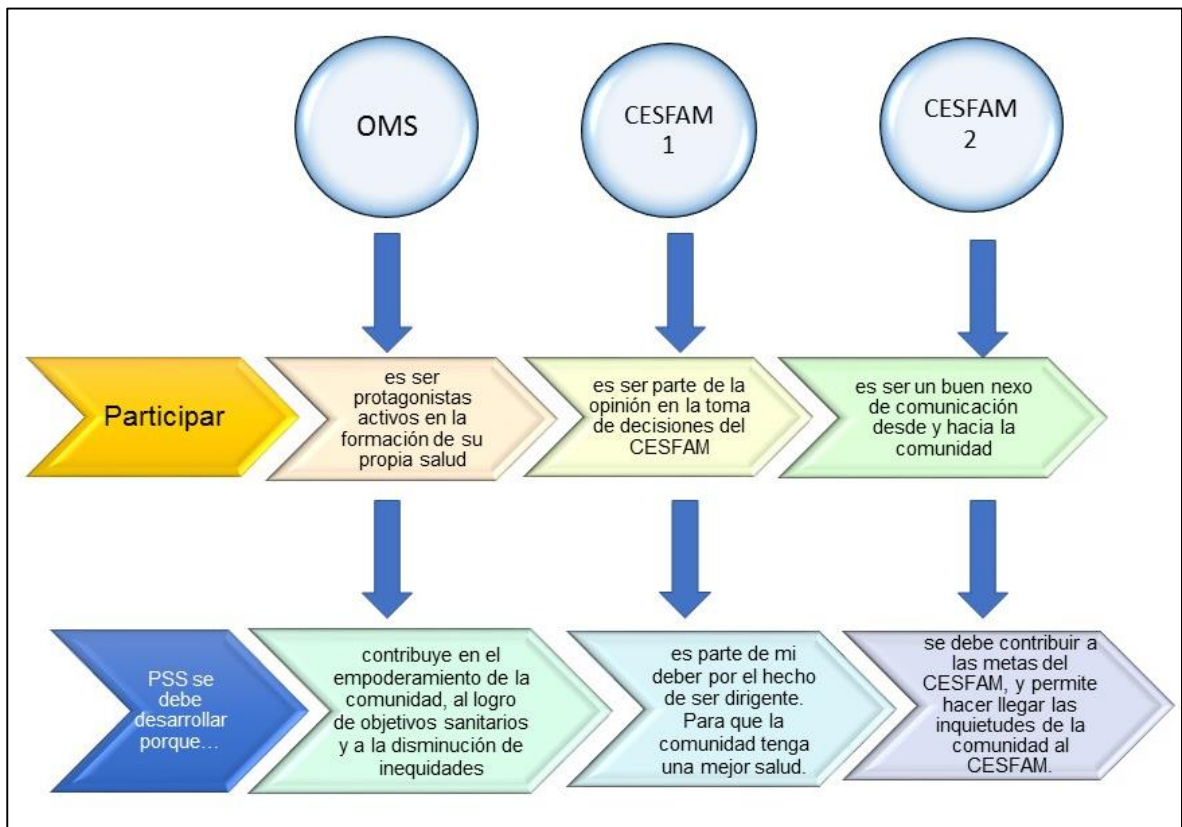
En este contexto, la PSS se identifica solo como un medio de comunicación entre las poblaciones y los CESFAM, y como tal lo perciben la mayoría de los dirigentes vecinales de ambos sectores. Esto da pie a que el movimiento social que actualmente se concretiza

en los CLS, sea muy débil en cuanto al empoderamiento poblacional:

“Hasta este momento no se ha logrado mucho, porque se habla mucho pero no se cumplen las metas”. N 5.docx – (65:66)

A través del siguiente esquema se pueden comparar las visiones de los conceptos entre la OMS y ambos CESFAM en cuanto qué es Participar para cada uno de ellos y elementos que explican por qué se debe desarrollar la PSS.

Esquema 1: Visiones del concepto de PSS



Fuente: Elaboración propia

El esquema 1, representa que mientras la OMS define PSS brindándole a la comunidad el protagonismo en la obtención de su propia salud, aún la población que se representa en los líderes comunitarios de ambos CESFAM no intuye que esto sea realmente así. Si bien en el CESFAM 1 se sienten parte de la toma de decisiones a través de la expresión su opinión, aún dista mucho de tener el protagonismo en la formación de su salud. El CESFAM 2 se aleja aún más de un papel de relevancia al asumir los líderes vecinales que ellos son el medio de comunicación de las decisiones del CESFAM. Se mantiene en las visiones de ambos CESFAM una verticalidad institucionalizada.

En cuanto a las razones de por qué se debe desarrollar la PSS la OMS plantea que es el punto de inicio de desarrollo del empoderamiento, que contribuye al logro de las metas del sector salud, favoreciendo directamente la equidad sanitaria. En cuanto a las motivaciones de desarrollo de la PSS se aprecia una brecha entre ambas visiones: en el CESFAM 1 se asume el deber de ayudar en la situación de salud de la comunidad a través de su participación en el CLS como forma real de PSS; en el CESFAM 2 la motivación siempre se presenta por la necesidad de apoyar al establecimiento de salud, volviendo los resultados en salud externos a la propia comunidad. Se podría resumir que en ambos CESFAM se visualiza que la participación de ellos como líderes vecinales en los CLS, si repercutirá en un mejor resultado en salud para su comunidad: En el CESFAM 1 por sentirse parte en la toma de decisiones, acercándose a un concepto más cercano a la PSS, y en el CESFAM 2 desde la mantención de canales de información, acercándose más bien hacia una visión utilitarista de ellos como personas necesarias para mantener a la comunidad informada de las actividades del CESFAM.

¿Qué razones o circunstancias pudiesen haber llevado a estas dos visiones? Desde la posibilidad de compartir con los dirigentes y en una muy subjetiva visión se percibe que los del CESFAM 1 se sienten parte del CESFAM porque sus historias de vida están ligados a él, fueron ellos quienes solicitaron su instalación en el sector, lo sienten propio y es por tanto su derecho el de opinar en las decisiones que les afectan como comunidad. De hecho el primer lugar sugerido por ellos para entrevista siempre fue el propio CESFAM. En cambio los otros dirigentes nunca sugirieron reunirse para las entrevistas en el establecimiento de salud, si en las juntas vecinales y la mayoría en sus propias viviendas, ocasión que aprovechaban para demostrar y resaltar sus calles pavimentadas, o la propia construcción de la junta de vecinos. La conformación de los asentamientos que llegan a sus barrios actuales determinó la necesaria instalación de una “posta”, fue otro el momento de la realidad política, la década de los 70 fue muy agresiva para ellos y probablemente salud ocupó un segundo o tercer lugar en sus prioridades. Se insiste que puede ser una visión subjetiva pero significativa del entorno que da el contexto de la PSS de ambos barrios.

En otro punto, desde el fundamento teórico, Alma Ata (7) describe derecho y deber de participar en todo lo que concierne a entrega de prestaciones de salud, desde su planificación. Esto requiere de motivación en tal grado que los lleve a exigir su derecho a participar.

Pero si la PSS decae por el hecho de no encontrar un sustento político que la avale y la

potencie, solo resta la motivación de la sociedad en un rol protagónico.

¿Dónde encontrar esta motivación?

Probablemente en la observación de la comunidad en la que se vive y el reconocimiento de necesidades de mejora; también se puede encontrar en el origen de un barrio que hereda movimientos sociales activos, eficientes y arraigados, en el que el legado trasciende generaciones para posicionarse como un elemento de la esencia de una comunidad, que la diferencia de otras. Los dirigentes entrevistados citan en éste último punto su motivación. Así como en la necesidad de dejar un legado para su comunidad.

La motivación se encuentra además en el propio convencimiento y voluntad de cada persona.

Motivar no es simple, pero es factible, si se implementan algunas de estas medidas de apoyo a la motivación:

- Iniciar en el reconocimiento de las necesidades en salud de un barrio, a través del Diagnóstico Local Participativo (DLP) (26), puede ser una de las vías, ya que el establecimiento permanente de este enunciado de problemas por parte de la misma población, ofrece la posibilidad de establecer esfuerzos coordinados y apoyados con el CESFAM respectivo. Un DLP establecido con la orientación profesional y desde la sabiduría de las comunidades, otorga un posicionamiento diferente para trabajar en conjunto, favoreciendo los canales de comunicación, y abriendo los límites a las confianzas en el otro.
- El rescate de las tradiciones populares y de las historias de los barrios, podría contribuir en dar forma a elementos de motivación. Principalmente por lo que implica el reconocimiento a la cultura de los barrios. Es sencillo imponer desde una postura de poder, que impone barreras innecesarias, como el prejuicio a sectores vulnerables. Cuando el sector salud ceda espacio a comprender los orígenes de cada sector y a reconocer y a valorar a sus líderes, podrá tener una clara y sólida herramienta para el trabajo con la comunidad, de igual a igual.
- Y la entrega de información oportuna, clara y orientada a la comprensión de los procesos sociales se plantea también como apoyo a la motivación individual y colectiva. Porque expresa respeto por el otro, y ello genera de inmediato disminuir las posibilidades de rechazo a las propuestas de intervenciones. Es evidente que si se habla un mismo lenguaje, se podrán establecer metas conjuntas a corto, mediano

o largo plazo, pues tendrán una base sólida para proyectar las acciones. El lenguaje a emplear por el sector salud deberá ser sincero, abierto, real y concreto, con exposición de aspectos positivos y negativos de la planificación o implementación de intervenciones en salud.

La motivación debería iniciarse desde el Sector Salud, para el logro de la participación efectiva, que se expresará en un diálogo abierto para construir la salud.

En el esquema 2 se muestran los tres elementos que se propone podrían motivar la PSS en un sector y que resultaría de ello, si su aplicación fuera sistemática y continua. El primer resultado que se presenta como posible, es una de las herramientas que plantea el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, actualmente en plena vigencia, esto es el Diagnóstico Local Participativo. Los equipos de salud ya se encuentran capacitados para implementarlo. Los otros dos resultados esperables, contribuirán a mejorar el mencionado diálogo de ambos actores (CESFAM y comunidad).

Esquema 2. Cómo motivar y qué esperar como resultado de ello.



Fuente: Elaboración propia

Tal es la relevancia de la motivación, que se define como prioridad para la promoción de la salud en el siglo XXI, desde el empoderamiento de las comunidades. En Yakarta (10), se definieron tres aspectos a contemplar para el logro del empoderamiento de los pobladores: Educación práctica sobre PSS, adiestramiento para el liderazgo y acceso a recursos. La motivación para el desarrollo de la PSS se diluye si la concepción de prestaciones en salud

se aleja de la producción social y se centra en el neoliberalismo, ya que se procura el cambio de visión hasta convertir la salud en un producto comprable, en donde las individualidades se establecen por sobre el bienestar colectivo (20).

La equidad se favorece en sectores donde la PSS se desarrolla (16) porque permite obtener la visión de la realidad de las necesidades desde quienes son los afectados de las desigualdades injustas y evitables. Así mismo, una comunidad informada de sus falencias, y de los resultados de sus intervenciones en salud se verá motivada a participar y constituirá un ejemplo de viabilidad de proyectos y de PSS para otras comunidades.

El último eslabón que permite interpretar las significaciones de la PSS, lo constituye la participación en la toma de decisiones del CESFAM, creo conveniente acotar que este aspecto es inherente a los anteriormente tratados: no se concibe que exista participación en la toma de decisiones en salud si el dirigente verbaliza que la PSS para él/ella solo se constituye como una instancia de comunicación; y es imposible que ejerza esta función si no existe motivación para ello. De igual forma es importante interpretar algunos aspectos no mencionados antes en la significación del concepto:

“Hay mucha falta de información, que no permite establecer control ciudadano. Cuando uno habla de este tópico es mal mirado. Es un gran desafío, por eso hay que hacer formación de dirigentes que no solo asistan a la reunión, sino que vayan a opinar informadamente”. N 3.docx - (136:139)

La dirigente expone como punto de base que no hay posibilidades de establecer control ciudadano, porque las instancias legales les limitan; pero destaca otro punto importante: que son los propios pobladores de sus barrios, los que impiden que fructifique el control ciudadano. Por dos razones simplifica ella:

1. La dirigente expresa temor a exponer el tema del control ciudadano en su barrio. Es *“mal mirado”* porque se asocia a posiciones de partidos políticos a los que no todos adhieren, hacia la mirada socialista o comunista y que genera de inmediato posiciones encontradas. La discusión de diferentes puntos de vista y la posibilidad de arruinar la armonía comunitaria, lleva a evitar la confrontación entre ellos. Tras vivir épocas marcadas por dictadura, sería interesante investigar si las comunidades están dispuestas a abrirse al diálogo o si asumirán una postura tímida y complaciente que simplemente *“no incomode”*.
2. La poca renovación en las directivas de las Unidades Vecinales. Las generaciones que vivieron períodos, previos al golpe militar con historias de movimientos sociales

emergentes y marcados, se representan en los adultos mayores actuales. La población de menor edad está acostumbrada a no opinar y a esperar los lineamientos de otros para actuar. Los líderes de hoy expresan su permanente preocupación al respecto. Es necesario capacitar ahora, para entregar confiados los pasos de una comunidad que presentará necesidades permanentes y líderes que sepan cómo abordarlas, para dar respuestas eficientes y acorde a cada realidad.

De su relato se interpreta que es imperativo la promulgación de políticas que validen la opinión ciudadana y amplíen el control ciudadano en decisiones de salud, y que la comunidad amplíe su mirada y comprensión respecto de la importancia de desarrollar la PSS en los barrios.

Esquema 3: Aspectos que limitan la toma de decisiones en salud por parte de la comunidad.



Fuente: Elaboración propia

DESCRIPCIÓN DE MODALIDADES DE PSS UTILIZADAS POR LOS DIRIGENTES VECINALES DE FORESTAL BAJO Y FORESTAL ALTO.

Tal y como lo relatan los dirigentes, el origen de la PSS dependerá de las historias de cada barrio.

Por una parte, Forestal Bajo inicia sus asentamientos en zona boscosa despoblada, por compra de terrenos de forma individual y a posterior por cooperativas surgidas al alero de grandes empresas de la zona. La organización social de sus vecinos tardó varios años en desarrollarse, principalmente debido a que los primeros asentamientos estaban alejados uno del otro y no existían vías comunes de acceso. Con la llegada de poblaciones mayores ello fue cambiando y se propició la organización en unidades vecinales acorde al crecimiento de la zona.

Forestal Alto en cambio, surge una década después aproximadamente, de forma intempestiva con un alto grado de organización social desde sus orígenes. El asentamiento del Campamento Elmo Catalán exigió movilización rápida y efectiva para ocupar los terrenos y evitar el desalojo. La comunidad debió adoptar medidas de control social, para evitar el caos interno y mostrarse unidos ante la autoridad.

La fortaleza de Forestal Alto, aún hoy trasciende tangible en la numerosa cantidad de organizaciones comunitarias que contiene.

En ambos barrios, los líderes vecinales han estado desde los orígenes de la comunidad por lo que conocen muy a fondo la problemática interna de sus barrios, y sienten tener las herramientas necesarias para ser un aporte concreto para la comunidad en la que viven.

Las instancias de participación, ampliamente descritas por los dirigentes durante las entrevistas hacen alusión a aspectos de visibilización hacia la comunidad, expresadas en el desarrollo de Ferias saludables o Sesiones educativas en las Unidades Vecinales. Ello da cuenta de acciones de poca profundidad, que reflejan lo que el sistema actual de salud y las instancias actuales legales permiten y fomentan.

Al no establecer instancias de participación concretas y deliberativas, se deja en libertad de tomar o no en consideración las opiniones de todos los miembros del CLS. La normativa vigente no constituye un respaldo a las acciones de participación social en salud.

Si lo cotejamos con la teoría, y queremos clasificar el nivel actual de PSS en Forestal, sólo es posible clasificarlo como “consultivo” o “colaborativo” dependiendo del autor, representado en el Esquema 4.

Esquema 4: Representación del nivel de PSS que muestra Forestal, de acuerdo a diversas clasificaciones



Fuente: Elaboración propia

Las clasificaciones más recientes concuerdan al clasificar los relatos en los niveles más básicos, tal es el caso de la Clasificación de Spectrum IAP2 (19), en la que establece que la comunidad estudiada se encuentra en la etapa consultiva, en esta etapa la participación tiene como objetivo obtener retroalimentación pública sobre análisis, alternativas y decisiones. Se le promete al colectivo: mantenerlo informado y escucharlo.

En otra clasificación señalada como referencia de S. Larraín (23), se clasifica también en una segunda etapa denominada Participación/movilización de recursos, en ésta la comunidad percibe la necesidad de organización y se comienza a movilizar y organizar en torno a ello, pero aún actúa en relación a las necesidades del servicio de salud.

Y por último, de acuerdo a lo establecido por MINSAL 2013 (3), la comunidad ha alcanzado un segundo nivel de los cinco que se definen como las etapas del Proceso de Participación. Esta es denominada etapa colaborativa. Los usuarios ayudan a promover y difundir las tareas predefinidas desde instancias de poder. No se percibe en este nivel ningún atisbo de entrega de poder a los pobladores en materia de salud. Estamos en una instancia de apoyo mutuo, pero no potenciadora de los movimientos sociales, ni mucho menos de la co-gestión.

Independiente de cómo signifiquen el concepto y las diferencias que presenten entre los

dos barrios, Forestal Alto y Forestal Bajo se clasifican en un mismo nivel puesto que las instancias en las que han vivenciado el concepto de PSS y las oportunidades de desarrollo del mismo, están limitadas por la legislación actual chilena, ampliamente descritas con anterioridad en este estudio.

Los elementos que inhiben la PSS se relacionan con la desmotivación de los pobladores por situaciones de desconfianza básicamente al cumplimiento de compromisos por parte de las autoridades; a esto se suma, el desconocimiento que tienen los pobladores sobre políticas actuales. Y son ellos mismos quienes refieren que uno de los mayores elementos inhibidores lo constituye el tráfico de drogas en el sector (ambos barrios) que ha llevado a un deterioro paulatino y sistemático de las relaciones sociales.

En la percepción de los dirigentes vecinales, la droga instalada limita las asociaciones pues se involucra en cada una de ellas y las disuelve al ocupar a las personas en la rentabilidad que el tráfico les ofrece. Los dirigentes postulan que la instalación de la droga en el sector tuvo ese objetivo, especialmente en la década de los 80, donde los jóvenes fueron tentados a su consumo, para limitar la asociación de ellos en temas políticos.

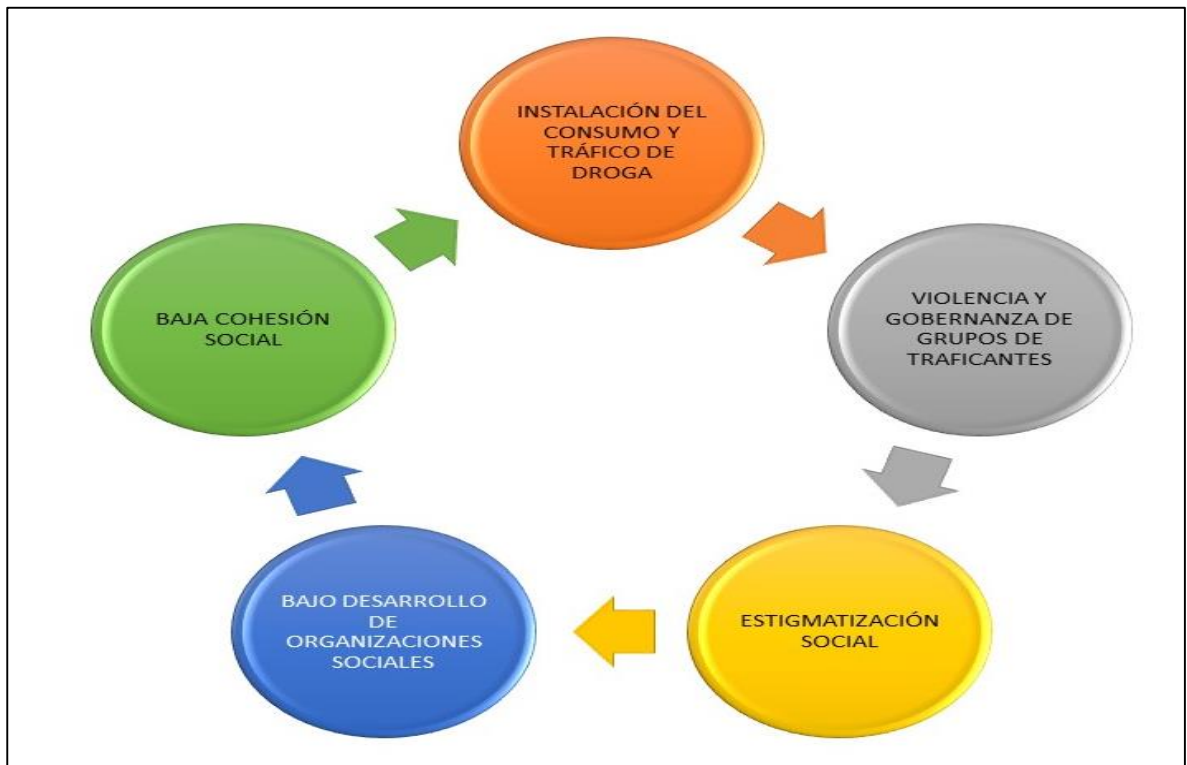
Las aseveraciones planteadas por los dirigentes han sido ampliamente estudiadas en el escenario social. Es así como se ha pronunciado al respecto la OEA (22), estableciendo una clara relación de lo que significa un detrimento de las relaciones sociales y a la gobernabilidad democrática. El tejido social se desmorona a causa de la violencia que se asocia al microtráfico, y que impide la cohesión social, iniciando un proceso auto generativo de una situación de vulnerabilidad.

En el esquema 5, se grafica este proceso como una secuencia que solo produce reafirmación de grupos armados que controlan poblaciones vulnerables, especialmente cuando hay presencia de corrupción y desconfianza hacia las instituciones de gobierno que brindan orden público.

Se aprecia con claridad en el siguiente relato de los dirigentes:

“yo tengo tanta desconfianza hacia la policía, porque hay tanta corrupción, si la gente que me van a ayudar en caso de apuro son mis vecinos, si ya no se puede confiar en la policía. A mis vecinos los conozco desde que me casé. Hemos activado alarmas comunitarias que me dan mucha más confianza” N5.docx - (15:18)

Esquema 5. Proceso autogenerativo de una situación de vulnerabilidad por la instalación de droga.



Fuente: Elaboración propia

En ambos sectores de Forestal se ha instalado el consumo y tráfico de droga, lo que ha llevado a violencia repetitiva en espacios públicos (partidos de fútbol y fiestas principalmente), con mucha tristeza relatan que a muchos de los que trafican les conocen de pequeños, pero que las drogas los han cambiado. Conocen a sus familiares y por lo mismo les cuesta la denuncia. En el caso de Forestal si existe estigmatización en algunos barrios de “peligrosos”, pero sin duda la alta organización social ha fortalecido la cohesión social, que de alguna forma ha frenado la instalación de grupos más violentos. La generación de organización social se percibe entre otros elementos, desde las alarmas comunitarias, por lo que de mantenerse y avanzar podrían idealmente, romper el proceso descrito anteriormente.

Un último factor común que inhibe la PSS expresado por los dirigentes es la falta de objetivos comunes:

“nosotros citamos a reunión y van muy pocos, máximo 3 personas, (...) Y como la gente

ya tiene alcantarillado, tiene luz, no les interesa” N 1.docx – (51:53)

Refieren que la comunidad descansa en las dirigencias, y que asumen una actitud pasiva, esto podría ser reflejo de los lineamientos no escritos de nuestra sociedad actual, que se influye por las metas individualidades y el descontento por, finalmente no contar con ninguna posibilidad de poder de decisión.

Es de esperar que esta pasividad sea el reflejo de una forma de protesta para la necesidad de cambio, en el mejor de los casos, porque de ser así, solo hará falta el cambio de normativas hacia una sociedad deliberativa e inclusiva para observar el renacer de la PSS en estos barrios.

IMPACTO DE LA PSS PARA EL DESARROLLO DE LA SALUD A NIVEL LOCAL.

Como se ha mencionado, la PSS aún se visualiza de forma incipiente en la dinámica social de ambos barrios. Se aprecia una comprensión frágil del potencial que ésta puede llegar a tener en la comunidad.

Existe la disposición a aprender por parte de los pobladores, pero en términos generales aún resta mucho por enseñar.

Mi comunidad participa muy poco y me gustaría que ustedes (profesionales y técnicos del CESFAM) como referentes de Salud hicieran más comunicación de salud, como cuando la gente va al consultorio o cuando van a ver a los enfermos a sus casas, que se les enseñara más”. N 8.docx – (3:6)

La comunidad está exigiendo o al menos iniciando atisbos de exigencias para su salud al CESFAM, quiere conocimientos que sean una real herramienta para el autocuidado (13). Y está en su derecho de demandarlo, pues la Educación para la Salud es uno de los pilares fundamentales de la Promoción en Salud, que encuentra en la Atención Primaria de Salud, el mejor foco de dispersión de sus principios orientadores. (7)

El aporte concreto en salud para el barrio, se expresa en elementos estructurales que el CLS ha conseguido para el CESFAM. Sí se percibe mayor participación y apertura que antes, por parte del CESFAM, y es un proceso que llama la atención y atrae a ser parte de él.

Los dirigentes esperan que todo este movimiento que se ha generado a partir del CLS, tenga efectivamente proyección y se mantenga en el tiempo. Han puesto sus esfuerzos para ello, pero aún no logran ver que los más jóvenes de la comunidad tomen cartas en el asunto. Es necesario entregar el legado, pero deben dejarlo en quienes confían harán un buen uso de él y se constituirán en un aporte concreto para cada barrio.

En este respecto hay mucho que decir sobre posibles oportunidades de acción. Kliskberg en el año 2011, (20) describe algunas sugerencias para la proyección de la PSS, algunas de ellas, ya fueron mencionadas en esta fase de la investigación, pero es necesario resumir las que podrían llevarse a efecto en el contexto de Forestal:

- Trabajar en disminuir las asimetrías de poder en la relación asistencial, es una opción viable. Especialmente porque existen en este estudio la expresión de dos realidades: una que se aproxima hacia la horizontalidad y otra que se acerca mucho más a la verticalidad, para la misma instancia, el Consejo Local de Salud (CLS). La intervención debería abordarse desde la identidad de cada barrio, de los dirigentes vecinales que conforman el CLS y de los profesionales y Directivos participantes. Comprender mutuamente sus historias y realidades abriría la puerta al diálogo, la discusión, la reflexión y el análisis, necesario para la toma de decisiones en salud, que se inicia en el Diagnóstico Local Participativo.
- Compartir el conocimiento propio desde la comunidad al CESFAM y viceversa, permitiría tener una visión orientadora hacia la búsqueda de realidades, necesidades y mejores soluciones a los problemas de salud de la comunidad.

Como resultado, el crecimiento podría ser paralelo:

- Para el CESFAM y sus compromisos de gestión
- Para la comunidad y su motivación para la capacidad organizativa y desarrollo de proyectos comunitarios.

VIII. CONCLUSIONES

Si aún se considera que la participación es una forma de ayudar y apoyar las gestiones del CESFAM, solo se está viendo una cara de la moneda, la de la institucionalidad.

En primera instancia, para concluir de forma comparativa el significado atribuido a la PSS por parte de los dirigentes, se puede afirmar que éste se configura para uno de los barrios como un medio que facilita la comunicación, apoya la labor de las unidades vecinales en cuanto a promoción de la salud y ayuda al logro de los objetivos en salud del CESFAM, no de la comunidad. El otro sector, tal y como se analizó anteriormente, se aproxima a relacionarlo como un fin, en tanto que reconocen que su desarrollo aporta a la salud de la misma comunidad.

Las motivaciones en ambos barrios obedecen a un espíritu de superación de sus comunidades, se refleja en un deseo de ayuda al otro, para un beneficio común: las mejoras en sus comunidades que les permita aumentar su calidad de vida.

Si la comunidad se informa, participa, opina y decide, podrá ser parte activa del proceso de salud, y podría dialogar frontalmente y con claridad sobre las decisiones del CESFAM que afectan a todos. Pero el tema de la toma de decisiones, no parece ser aún asunto de preocupación para los dirigentes de ambos barrios, ya que más allá del respeto que exigen en los compromisos que adoptan con las comunidades, ellos siguen resolviendo y trabajando en base a lo que se les solicita desde instancias superiores en poder, sea ésta Corporación Municipal, Servicio de Salud o directamente Ministerio de Salud.

En cuanto a de qué forma las comunidades expresan la PSS, las comunidades estudiadas en esta investigación no son diferentes a otras de la misma comuna, región o país.

Se les considera emblemáticas porque grafican una población característica de tiempos particulares, y porque sus historias forman parte del saber popular. No fueron silenciosas en sus orígenes: Forestal Bajo porque sus primeros pobladores vencieron las barreras geográficas y abrieron una opción enorme de asentamiento para la gran cantidad de empleados de las grandes industrias de apogeo en la zona en la década del `50; Forestal Alto porque tuvo un comienzo abrupto, pero muy bien organizado y que contó con el apoyo del gobierno de Salvador Allende para sustentarse y progresar.

Ambas son comunidades con un alto nivel de organizaciones comunitarias en

funcionamiento, pero que no necesariamente expresan esa organización en cuanto a PSS. A pesar de participar en el CLS de los CESFAM correspondientes, aún no visualizan la PSS en su sentido más amplio, y de alguna forma sería imposible que así fuera, porque los márgenes de acción establecidos desde gobierno sitúan la participación solo hasta un nivel consultivo.

Las instancias que describen en sus discursos como expresiones de la PSS en sus barrios contienen importancia porque aunque sea de forma mínima movilizan a la comunidad y reflejan trabajo comunitario, pero no están orientadas a la potenciación de los procesos sociales, porque no involucran cambios direccionales de las metas de los CESFAM, no aportan al cambio de visión de las personas inscritas en establecimientos de salud pública.

Se debería comprender que quienes acuden los centros de salud públicos no son solo usuarios de un sistema, sino participantes con derecho a voz y voto, sería necesario reconocer en cada dirigente la condición de persona, con derechos y deberes por cumplir.

El concepto de alfabetización en salud (45) da cuenta de la necesidad de conocimientos que tiene la población y que los dirigentes de ambos barrios exigen.

Hace falta:

- el diálogo abierto sobre las habilidades que los dirigentes pueden y deben desarrollar en cuanto a Participación Social.
- la conciencia del marco legal que regula las acciones, no tan sólo por parte de los dirigentes sino desde lineamientos gubernamentales. No sirven las utopías en una sociedad que quiere expresarse, debe tener un sustento legal que la respalde para hacer válida su voz y manifestarse en un voto, esto será la mejor demostración de confianza en las nuevas políticas.
- abordar continuamente la discusión hacia una actitud deliberativa que no tema a las confrontaciones de opiniones, porque ello engrandece el conocimiento.

Los líderes de ambos barrios demuestran seguridad, autocontrol y conocimiento acabado del origen de sus barrios y de los procesos que han desarrollado en conjunto, pero con la misma potencia reconocen que la PSS debe recuperarse y renovarse en las personas que la dirigen. Se requerirán nuevos rostros y voluntades para avanzar en esta área.

Por tanto, la inversión en participación deberá contemplar aspectos claves como la capacitación, mejora en los canales de comunicación y establecer metodologías de PSS, bajo el alero de una nueva institucionalidad y normativa que permita ejercer co-gestión, mediante la entrega de poder en la toma de decisiones.

Es interesante visualizar en los relatos, que los dirigentes vecinales dividen las metas en dos:

- Las propias de la unidad vecinal, para las cuales pueden contar con el apoyo del CESFAM
- Las propias del CESFAM, las que comparten en necesidades de cumplimiento, pero no las identifican como propias de la comunidad.

Es una contraposición de intereses que no anula completamente al otro, los desplaza a un segundo nivel. No es un tema de voluntades: no pasa por egoísmos, sino por dualidad en los objetivos, (metas, IAAPS versus logros de proyectos vecinales) que no logran integrarse en una nueva mirada hacia la salud comunitaria. En este nivel de PSS: consultivo, resulta inimaginable un objetivo común de igual potencia para ambos actores.

Como conclusión general, se ha dado respuesta desde la hermenéutica a la visión de los dirigentes vecinales de Forestal Alto y Forestal Bajo de Viña del Mar para la Participación Social en Salud.

Se interpreta el significado para ambos barrios como similares en muchos elementos y disímiles en el comportamiento actual de la PSS en ambas comunidades, desde la interpretación de esta investigación ello responde a un origen que marca posteriores comportamientos de menor o mayor grado de motivación a participar.

Una comunidad que se origina por el empuje colectivo, tiende a entender esta realidad como única forma de conseguir el logro de objetivos, y si bien puede parecer disgregada, logran una rápida organización cuando se requiere.

Este estudio grafica la visión de dos barrios de un mismo sector geográfico y muy probablemente represente a muchas comunidades, se interpretaron conceptos contruidos desde sus realidades e historias, y es posible concluir que quieren seguir avanzando, saben que falta mucho por recorrer, y demuestran una gran disposición al cambio. Es el momento oportuno para proponer nuevas formas de participación y capacitar en conceptos y

definiciones atingentes a la realidad que vivimos.

Sin un cambio radical, el movimiento social en Chile no encontrará acogida para su total desarrollo y el logro de objetivos que estén acorde a lo que la comunidad requiera.

Definitivamente esto no cambiará en tanto no exista un cambio cultural que se exprese en políticas públicas claras de PSS, que no enmascaren la asimetría de poder, sino que la eliminen. Ya hubo suficiente tiempo de predominio de la visión biomédica autoritaria y paternalista, es necesario atrevernos a decir que se debe democratizar la salud, pues no es propiedad ni responsabilidad exclusiva del sector salud, somos solo una parte del sistema productor de salud.

La orientación que se requiere promover, no es otra que la que define y explica los Determinantes Sociales en Salud (16), este conjunto de elementos que determinan de mayor o menor forma el estado de salud y bienestar de una comunidad y que reconoce la OMS, no le da autoría única al sector salud.

Los DSS manifiestan el rol esencial del Estado y sus organismos competentes para generar el mejor entorno donde una persona pueda nacer, crecer y morir. La potencialidad de bienestar no depende solo de las acciones individuales, sino de lo que el ambiente puede procurar: condiciones de acceso a educación, vivienda y de lo que las condiciones de cada país establece: oportunidad de acceso acorde al nivel socioeconómico, género o incluso religión, también determinan el estado de salud de una persona, familia o comunidad.

Cuando se comprende que la salud es producto de la continua interacción de estos factores se visualiza de mejor forma lo que significa la Producción Social de la Salud. Un concepto tan poderoso como éste no es posible minimizarlo: somos productores de nuestra propia salud, somos los beneficiarios del bienestar que produzcamos. No depende de otros un buen estado de salud, sino de todos.

Desde la perspectiva de la autora de esta investigación, Participación Social en Salud implica trascender a la frecuencia o modalidad de participación de la comunidad organizada con el sector salud e indiscutiblemente la dualidad de los actores es innecesaria para definirla.

PSS es una nueva comprensión de la pequeñez del hombre en el universo. Es comprensión

cabal que la ciencia sólo podrá ser efectiva si se valida con la visión de las necesidades reales de la comunidad. En adelante, no debiese considerarse la toma de decisiones en salud sin la opinión y consentimiento de todos los actores involucrados.

La PSS solo debiera tener un nivel: la decisión compartida, en el contexto de un país comprometido, informado y abierto a la opinión de todos y no de unos pocos, que vive la democracia entendiendo a la salud no como una parte, sino como un elemento que potencia o dificulta cada uno de los aspectos de desarrollo de un país.

IX. SUGERENCIAS

En lo concreto se sugiere que se considere que los líderes vecinales de ambos barrios, muestran disposición a la adquisición de conocimientos, y se apoyen las medidas orientadas en esta dirección, sean éstas propuestas desde las comunidades o desde instituciones formales, en temas como:

- Cambio de Modelo de Salud
- Determinantes Sociales de la Salud
- Participación Social
- Producción Social de la Salud
- Estrategias para el desarrollo de liderazgos.

El objetivo de la entrega de contenidos educativos será la generación de apertura del movimiento social y encantamiento hacia las nuevas generaciones.

Por otra parte, este estudio sugiere que se contemple el desarrollo de investigaciones sobre la mirada del equipo de salud en APS en cuanto a PSS. Puede resultar interesante investigar si las mismas percepciones en cuanto a los objetivos del CESFAM y de la comunidad se repiten en los profesionales y técnicos que trabajan en APS.

El objetivo para este tipo de investigación que se propone, será reconocernos en nuestra realidad y valorar la implementación del Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, con énfasis en el principio de Participación Social que el modelo establece. El entendimiento de las realidades y el respeto de la cultura sumado a los conocimientos científicos, se espera resulte en una salud participativa que responda a las necesidades y no exclusivamente a voluntades.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Desarrollo Social Gobierno de Chile. CASEN 2011 Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. [Online].; 2012 [cited 2013 Abril 28]. Available from: http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/publicaciones/2011/CASEN_2011.pdf.
2. OPS-OMS División de Promoción y Protección de la Salud. OPS-OMS.ORG. [Online]. Santiago; 2002 [cited 2013 Marzo 22 [Foro de Promoción de la Salud en las Américas: Empoderando y Formando Alianzas para la Salud]. Available from: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/compromisoChi.pdf>.
3. Ministerio de Salud, Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Orientaciones para la implementación del Modelo de Salud Integral con enfoque Familiar y Comunitario. [Online]. [cited 2015 Marzo 14]. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>.
4. Paredes JP. Movilizarse tiene sentido: Análisis cultural en el Estudio a las Movilizaciones Sociales. Psicoperspectivas. 2013 Junio; 12(2).
5. Departamento de Asesoría Jurídica Gobierno de Chile. Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Exenta n°168. [Online]. Santiago; 2009 [cited 2014 Febrero 11. Available from: juridico1.minsal.cl/RESOLUCION_168_09.doc.
6. Ministerio Secretaría General de Gobierno Gobierno de Chile. Política para la Participación Ciudadana en el Marco de la Corresponsabilidad. [Online].; 2011 [cited 2013 Agosto 16. Available from: <http://www.gobiernoabierto.gob.cl/sites/default/files/politica-publica-participacion-ciudadana.pdf>.
7. Informe de la Conferencia Internacional sobre APS, Alma Ata, URSS. www.who.int. [Online].; 1978 [cited 2014 Noviembre 23. Available from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>.
8. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. In OMS , editor. ; 1986; Ottawa. p. 4.
9. OMS- Gobierno de Australia Meridional. Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas : Hacia una gobernanza compartida en pro de la salud y el bienestar. In ; 2010; Adelaida: OMS.
10. Cuarta Conferencia Internacional sobre la promoción de la Salud. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI. In OPS/OMS , editor. ; 1997. p. 11.
11. Quinta Conferencia Mundial de promoción de Salud. Promoción de la Salud: Hacia una Mayor Equidad. In OPS/OMS , editor. ; 2000. p. 47.
12. Sexta Conferencia Internacional sobre promoción de la Salud. Carta de Bangkok para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado. In OPS/OMS , editor. ; 2005; Bangkok. p. 6.

13. Séptima Conferencia Mundial sobre promoción de la Salud. Llamada a la Acción de Nairobi para Cerrar la Brecha de Implementación en Promoción de la Salud. In OPS/OMS , editor. ; 2009. p. 9.
14. Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. La Declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas. In ; 2013. p. 3.
15. Celedón C NM. Reformas del Sector Salud y Participación Social. Revista Panamericana de Salud Pública. 2000; 8(1-2).
16. Organización Mundial de la Salud. Subsanan las Desigualdades en una Generación. Buenos Aires - Argentina: OMS, Comisión de Determinantes Sociales de la Salud; 2009. Report No.: ISBN 9789243563701.
17. Méndez C, Vanegas J. La participación social en salud: el desafío de Chile. Revista Panamericana de Salud Pública. 2010; 2(27): p. 144-148.
18. Biagini G. Sociedad Civil y VIH- SIDA ¿De la acción colectiva a la fragmentación de intereses? Buenos Aires, Argentina: Paidós SAICF; 2009.
19. Guillen A, Saenz K, Badii M, Castillo J. Origen, Espacio y Niveles de Participación Ciudadana. 2009; 1(4).
20. Kliskberg B. Estrategias y metodologías para promover la Participación Social en la definición e implementación de políticas públicas de combate a las inequidades en salud. [Online].; 2011 [cited 2015 Marzo 2. Available from: http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Participaci%C3%B3n-Social_Bernardo-Kliksberg.pdf.
21. Martín-García M, Ponte-Mittelbrunb C, Sánchez-Baylec M. Participación Social y Orientación Comunitaria. 2006; 20(Supl 1).
22. Insulza JM. El Problema de las Drogas en América: Estudios Droga y Desarrollo. WASHINGTON DC, EEUU: Organización de los Estados Americanos. Report No.: ISBN 978-0-8270-6000-5.
23. Larraín S. Participación Ciudadana y Salud. Documento. Santiago.; 2001.
24. FLACSO- BRASIL. Salvador Allende : pensamiento y acción. In Modak F.. Buenos Aires: FLACSO - BRASIL/CLACSO; 2008.
25. Ministerio de Hacienda Gobierno de Chile. Ley 19888: Establece financiamiento necesario para asegurar los objetivos sociales prioritarios del Gobierno. [Online].; 2013 [cited 2014 Octubre 13. Available from: <http://bcn.cl/1m9tk>.
26. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Ley 19937: Modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. [Online].; 2004 [cited 2014 Octubre 13. Available from: <http://bcn.cl/1mcoa>.
27. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Ley 19966: Establece un Régimen de Garantías en Salud. [Online].; 2004 [cited 2014 Octubre 18. Available from: <http://bcn.cl/1m3qu>.
28. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Ley 20015: Modifica la Ley N° 18.933, Sobre Instituciones De Salud Previsional. [Online].; 2005 [cited 2014 Octubre 21. Available from: <http://bcn.cl/1mjsq>.


29. Ministerio Secretaría General de Gobierno. Gobierno de Chile. Ley 20500: Sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública. [Online].; 2012 [cited 2014 Octubre 2. Available from: <http://bcn.cl/1lznd>.
30. Ley 20584: Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. [Online].; 2012 [cited 2013 Agosto 22. Available from: <http://bcn.cl/1m0do>.
31. Corporación Municipal de Viña del Mar Área Salud. Plan de Salud Comunal. Viña del Mar.; 2015.
32. FONASA. Población Total Inscrita y Validada. Viña del Mar.; 2015.
33. Corporación Municipal de Viña del Mar. Información de Unidades Vecinales del área asociada al CESFAM Brígida Zavala. Viña del Mar.; Secretaría de Planificación Comunal SECPLA; 2014.
34. Pérez C. Memorias del Antiguo Forestal. [Online].; 2010 [cited 2013 Mayo 10. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=9QDi0vnFOYQ>.
35. Santibañez Frez H. Archivo Chile Historia Político Social - Movimiento Popular - CEME. [Online].; 2005 [cited 2013 Abril 12. Available from: <http://archivochile.com/entrada.html>.
36. Paredes C. Valoraciones sociales de la Promoción de Salud en una comunidad de Extrema Pobreza: El caso del Campamento Parcela 11, Forestal Alto, Viña del Mar Valparaíso: Tesis para optar al grado de Licenciada de Sociología y Título profesional de Socióloga Universidad de Valparaíso; 2010.
37. Escudero NA. Historia local del acceso popular al suelo: El caso de la ciudad de Viña del Mar. INVI. 2005 Agosto; 20: p. 56-84.
38. Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. Encuesta Nacional Calidad de Vida y Salud Resultados V Región. [Online].; 2001 [cited 2013 Abril 24. Available from: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/calidad_de_vida_y_salud/calidadvida/fin_al5region.pdf.
39. Unión Comunal de Juntas de Vecinos de Viña del Mar. Listado de Juntas de Vecinos Afiliadas. [Online].; 2013 [cited 2013 Abril 23. Available from: http://www.vecinosvina.cl/vecinos_vina.pdf.
40. Ministerio de Salud. II ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA Y SALUD. [Online].; 2006 [cited 2013 Abril 28. Available from: <http://epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/calidaddevida2006/Informe%20Final%20Encuesta%20de%20Calidad%20de%20Vida%20y%20Salud%202006.pdf>.
41. FLACSO, Chile. Nociones de una ciudadanía que crece. Primera ed. Noé E, editor. Santiago: Serie Libros FLACSO; 1998.
42. De la Torre H. Participación Comunitaria en Salud y Trabajo Social Sanitario. Documentos de Trabajo Social N°50. 2010;: p. 146-186.
43. Comité de Evaluación Ética de la Investigación (CEI) Organización Mundial de la Salud. Formatos para documentos de Consentimiento Informado elaborados por la OMS. [Online]. [cited 2013 Septiembre 2. Available from: <http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en->

[bioetica/documentos/75657/documentos-de-consentimiento-informado-elaborados-por-la-oms.](#)

44. Delgado ME, Vázquez ML, Zapata Y, Hernán M. Participación social en salud: conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia: Una mirada cualitativa. 2005; 79(6).
45. Fernández A, Ruiz L, Vreecer N. La alfabetización en salud y el empoderamiento de las comunidades. Diálogo igualitario entre profesionales de la Salud y la Comunidad. Revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales. 2013 Enero 20; XVII(427 (5)).

XI. ANEXOS

ANEXO 1: CLASIFICACIÓN SPECTRUM IAP2

					
Objetivos de la Participación	Informar Proveer al público información balanceada de objetiva para ayudarlo a entender los problemas, alternativas, oportunidades y soluciones	Consultar Obtener retroalimentación pública sobre análisis, alternativas y decisiones	Involucrar Trabajar directamente con el público a través de todo el proceso para asegurar que las preocupaciones y aspiraciones públicas se comprendan y consideren de manera regular en encuestas, audiencias públicas	Colaborar Asociarse con el público en cada aspecto de las decisiones, incluyendo el desarrollo de alternativas y la identificación de la solución preferida	Apoderar Poner la decisión final en las manos del público
Promesas al Público	Lo mantendremos informado	Lo mantendremos informado, lo escucharemos y reconoceremos sus preocupaciones y aspiraciones, y proveeremos retroalimentación de la manera en que las aportaciones públicas influenciaron la decisión	Trabajaremos con usted(es) para asegurar que sus preocupaciones y aspiraciones estén directamente reflejadas en las alternativas desarrolladas, y proveeremos retroalimentación de la manera en que las aportaciones públicas influenciaron la decisión	Lo buscaremos directamente para conocer su consejo e innovaciones en la formulación de soluciones, e incorporaremos sus consejos y recomendaciones en las decisiones hasta donde sea posible	Instrumentaremos lo que usted(es) decida(n)
Instrumentos	Hojas de datos Paginas de Internet Visitas a las oficinas	Comentarios públicos Grupos Focales Encuestas Audiencias Públicas	Talleres Votaciones deliberadas ó paneles de discusión antes de las votaciones	Consejos Consultivos Ciudadanos Construcción de Consensos Toma de decisiones participativas	Jurados ciudadanos Votaciones Delegación de decisiones.

ANEXO 2:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a líderes vecinales del sector de Forestal, comuna de Viña del Mar, a quienes se les invita a participar en la investigación “Significado de Participación Social en Salud de Dirigentes Vecinales de Sector Forestal de Viña Del Mar”, Tesis para obtener el grado de Magíster en Salud Pública, mención Atención Primaria de Salud.

Este Documento de Consentimiento Informado tiene dos partes:

- Información (proporciona información sobre el estudio)
- Formulario de Consentimiento (para firmar si está de acuerdo en participar)

Se le dará una copia del Documento completo de Consentimiento Informado.

PARTE I: Información

Introducción

Soy Enfermera Matrona, alumna de la 7ª versión del Magíster de Salud Pública, que ofrece el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso, en el desarrollo de mi tesis para obtener el grado de magíster le invito a ser parte de este estudio en el que se conocerá su propia visión de lo que es y la importancia que tiene para la comunidad que usted lidera el concepto de participación social en la salud.

Todos los aspectos a consultar en las entrevistas que sostendré con usted pueden ser aclarados y no constituyen de ninguna forma algún tipo de calificación para usted. No tiene que decidir de forma apresurada su decisión a participar, si lo desea puede informarse de forma previa a nuestra entrevista, en cuanto al tema por medios propios.

La entrevista en sí no tiene un tiempo limitado, salvo el que usted mismo determine en razón de sus actividades cotidianas.

Propósito

El objetivo es poder conocer desde su mirada qué es la participación social en salud, esto debido a que es uno de los elementos esenciales para la nueva forma de entregar salud en Chile, y a que existe legislación que la respalda actualmente, y es necesario conocer si los líderes vecinales como usted, lo han escuchado de manera previa, y que importancia le dan a ello para la salud de las comunidades, de sus barrios.

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación se desarrollará mediante entrevistas, posiblemente más de una, en las que conversaremos respecto el concepto de Participación Social en salud y temas afines, como por ejemplo: elementos que usted conozca sobre el origen de su comunidad o barrio, formas de acceder a la salud, etc.

Selección de participantes

La invitación a participar se hace a los líderes vecinales de Forestal Alto y Forestal Bajo que participan en los Comités Locales de salud de sus CESFAM respectivos, ya que ustedes mantienen contacto permanente con los equipos de salud que trabajan en Atención Primaria de Salud.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Tanto si elige participar o no, no tendrá repercusión en su participación en los Comités Locales de Salud.

Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar, aun cuando haya aceptado antes.

Beneficios

Esta investigación espera ser un aporte importante a la visión de los equipos de salud que trabajan en los CESFAM Brígida Zavala y Las Torres, en cuanto al conocimiento profundo de la visión sobre la participación social de sus líderes vecinales.

Confidencialidad

Con esta investigación, se realiza algo fuera de lo ordinario en su comunidad. Es posible que si otros miembros de la comunidad saben que usted participa, puede que le hagan preguntas. No será compartida la identidad de aquellos que participen en la investigación al colectivo popular. La información que se obtenga por este proyecto de investigación se

mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance y nadie sino la investigadora tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo la investigadora sabrá cuál es su número. No será compartida ni entregada a nadie excepto al profesor tutor de esta tesis, de la Universidad de Valparaíso Dr. Mario Parada Lezcano.

Compartiendo los Resultados

Tras las entrevistas, y finalizada la tesis, podrá ser parte de la entrega de resultados respecto del tema investigado, previo al conocimiento público, ofrecido por la misma investigadora. El lugar y la fecha de dicha exposición serán informados por los medios que usted estime pertinentes para coordinar con la investigadora.

Es intención de la investigadora que los hallazgos de la investigación sean compartidos más ampliamente, por ejemplo, mediante publicaciones y conferencias para que otras personas interesadas puedan aprender de esta investigación. No se compartirá información confidencial.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene obligación de tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

A Quién Contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar a la investigadora: Sra. Sonia Godoy Aliaga, al celular 79463144 o al correo electrónico sonia.godoy@postgrado.uv.cl

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por _____, que es un comité cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, contacte a _____

PARTE II: Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación "Significado de Participación Social en Salud de Dirigentes Vecinales de Barrios Emblemáticos de Viña Del Mar", Tesis para obtener el grado de Magíster en Salud Pública, mención Atención Primaria de Salud.

Entiendo que me entrevistaré en más de una oportunidad, posiblemente, con la investigadora.

No recibiré beneficios económicos, para la participación en esta investigación. Recibiré los conocimientos de resultados de este trabajo de forma previa a hacerse público.

Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi atención o coordinaciones con el CESFAM.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____ **Día/mes/año**

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador _____

Firma del Investigador _____

Fecha _____ **Día/mes/año**

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado: SGA.