

M 42944

M.
A 385 E
1996
C.1

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CS. SOCIALES
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL

1
1996
C.1

SEMINARIO DE TITULO

EVALUACION DE LA
PARTICIPACION SOCIAL
EN LOS CONSULTORIOS DE SALUD
URBANO MUNICIPALIZADOS
DE LA COMUNA DE VALPARAISO

ALUMNAS SEMINARISTAS:

MARLENE ALFARO SANTANA
MARITZA ALEJANDRA MENDOZA ARAVENA
FABIOLA DEL CARMEN PEREZ TAPIA
CLAUDIA ANDREA UGARTE FARIAS
PAULA ANDREA VILLAGRA QUIROGA

PROFESOR GUIA :
SR. DAGOBERTO SALINAS AVILES

1996



00001



REF.: Informa Seminario de Título.

VALPARAISO, Abril 9 de 1997.

SEÑOR DECANO:

A continuación procedo a informar acerca del Seminario de Título denominado "EVALUACION DE LA PARTICIPACION SOCIAL EN LOS CONSULTORIOS DE SALUD URBANO MUNICIPALIZADOS DE LA COMUNA DE VALPARAISO", de las alumnas Srtas. MARLENE ALFARO SANTANA, MARITZA MENDOZA ARAVENA, FABIOLA PEREZ TAPIA, PAULA VILLAGRA QUIROGA y CLAUDIA UGARTE FARIAS.

El seminario constituye un aporte al mejoramiento de la calidad de la salud mediante una evaluación que otorga información relevante para el fortalecimiento de la participación social de los diversos sectores involucrados a nivel local dentro de la estrategia de atención primaria. Se destacan como principales fortalezas, la consideración de la diversidad de fuentes, el rescate del dato cualitativo y la rigurosidad metodológica de la evaluación, proporcionando información objetiva, oportuna y útil para la toma de decisiones.

En cuanto al capítulo primero: "Fundamentación de la evaluación", se establece un vocabulario científico y profundo con el cual se presentan los fundamentos tanto profesionales como históricos y de la política social, que explicitan la necesidad de la evaluación desarrollada en el seminario. Lo precedente, redimensionando el sentido de la evaluación y del rol profesional en el área de la salud.

En lo que respecta al capítulo segundo: "Marco referencial", se presenta información y antecedentes importantes para el desarrollo de la evaluación, en las que se destacan lo relativo a los antecedentes de la política de salud actual, el reconocimiento y redefinición de la participación social y la explicitación de la evaluación con rango investigativo. Se aprecia en esta parte del documento, integración y decantación de la temática en forma adecuada, estableciéndose una articulación coherente entre los diferentes tópicos considerados.

En lo que atañe al capítulo tercero: "Estrategia evaluativa", las autoras operacionalizan convenientemente las variables consideradas en la evaluación (extensión, intensidad y modalidad) del proceso de participación social en salud. Asimismo, se formulan objetivos



de evaluación coherentes con la necesidad establecida por la audiencia primaria, en este caso las autoridades de salud. Se establece también una hipótesis descriptiva, la cual orienta el desarrollo de la evaluación. Es necesario destacar, que las autoras son capaces de diseñar e implementar su propia estrategia evaluativa, mediante la formulación de un modelo ad-hoc (EPS), reconociendo en el sus influencias epistemológicas del positivismo así como también el de otras experiencias en la materia. Cabe señalar que la estrategia se sigue en forma coherente en su concreción a lo largo de todo el seminario. Se seleccionan y explicitan de manera acertada a los diferentes actores considerados en la evaluación. Se destaca la relación que se establece y presenta en la operacionalización de variables entre: indicadores, criterios e instrumentos y/o técnicas recolectoras de datos.

En cuanto al capítulo cuarto: "Análisis e interpretación de los datos", este es completo, integrando y complementando información con carácter tanto cuantitativo como cualitativo. Lo precedente tomando como eje orientador a los objetivos de la evaluación, permitiendo de esta manera dar cuenta de las interrogantes que planteaba la evaluación. Se advierte coherencia con lo programado en la formulación de la estrategia evaluativa. Junto con la consideración de datos de diversa naturaleza (cuantitativa y cualitativa), es necesario también destacar la oportunidad de haber consultado a diversos actores lo que otorga a la evaluación una información más objetiva y completa. La presentación es excelente, vinculando texto seleccionado de entrevistas con gráficos y tablas cuantitativas.

En lo referido al capítulo quinto: "Síntesis evaluativa y propuestas", esta se encuentra avalada por los antecedentes recogidos y permite formular importantes afirmaciones y conclusiones respecto de la participación social. Lo precedente siguiendo siempre como principio orientador a los objetivos de la evaluación y la correspondiente operacionalización de variables. Congruentemente con la concepción moderna de la evaluación, en cuanto facilitador del proceso de toma de decisiones, las autoras se permiten formular una serie de propuestas tendientes a promover la participación social, las que se encuentran avaladas por los antecedentes recogidos en su trabajo.

En lo que atañe al capítulo sexto: "Metaevaluación", las autoras llevan a cabo un auto análisis del trabajo desplegado en la evaluación, examinando tanto las fortalezas como las debilidades del trabajo realizado. El análisis es profundo, aunque en mayor grado en lo que respecta a las primeras, otorgando rigurosidad metodológica al proceso evaluativo llevado a cabo en el seminario.




UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL
CASILLA 3020 - TELEFONO 252131 - VALPARAISO - CHILE
FONO FAX: 252400

3.

En cuanto a la bibliografía, esta es actualizada y atingente a la temática evaluada. Esta incluye: libros, documentos, seminarios de titulación y constata también la participación de las autoras en un curso de evaluación dictado por un experto español en el año 1996. Los anexos por su parte, proveen de información complementaria y muy importante para la comprensión del documento principal. Se incluye en estos: los instrumentos y técnicas recolectoras de datos, matrices de entrevistas y tablas de datos cuantitativos.

Por lo anterior, califico el documento evaluado con nota 6,7 (seis coma siete).


DAGOBERTE SALINAS AVILES
PROFESOR GUIA

AL SEÑOR
ITALO PAOLINELLI MONTI
DECANO FACULTAD
DERECHO Y CS. SOCIALES
PRESENTE.

DSA/rvs.-



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL
CASILLA 3020 - TELEFONO 252131 - VALPARAISO - CHILE
FONO FAX: 252400

REF.: Informa Seminario de Título.

VALPARAISO, Abril 10 de 1997.

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones reglamentarias vigentes, me permito informar a Ud. sobre el Seminario de Título denominado "EVALUACION DE LA PARTICIPACION SOCIAL EN LOS CONSULTORIOS DE SALUD URBANO MUNICIPALIZADOS DE LA COMUNA DE VALPARAISO" realizado por las alumnas de esta Escuela Srtas. MARLENE ALFARO SANTANA, MARITZA MENDOZA ARAVENA, FABIOLA PEREZ TAPIA, PAULA VILLAGRA QUIROGA y CLAUDIA UGARTE FARIAS.

El tema de gran actualidad y controversia, reviste aún mayor importancia por el hecho de que las intervenciones de promoción de la salud, en especial, implican una amplia participación social y el impulso de las acciones intersectoriales hace que la evaluación sea difícil.

Por otra parte, una nueva concepción del campo de la salud, lo reconoce como un sector del desarrollo a través del cual se puede alcanzar prosperidad y, consecuentemente, mejorar los niveles de bienestar de la población. Sin embargo, para ello es imprescindible la incorporación de los diferentes actores sociales en el complejo proceso de participación, el que exige articular una serie de condiciones y requisitos para avanzar.

En tal sentido, es posible valorar el intento de las seminaristas por incursionar en la medición de posibles cambios sociales que favorecerían la salud, aunque tratar de determinar la extensión, intensidad y modalidad de la participación social, requiere disponer de medios altamente rigurosos.

Si bien la tesis no se ajusta a la metodología tradicional de Servicio Social Profesional, constituye una innovación que puede significar un relevante aporte a la institución patrocinante. Asimismo, su particular presentación que incluye seis capítulos, además de bibliografía y anexos, se distribuye en: Fundamentación de la Evaluación, Marco Referencial, Estrategia Evaluativa, Análisis e Interpretación de los datos, Síntesis Evaluativa y Propuestas y, finalmente, Meta Evaluación.



Los dos primeros capítulos coherentes y explícitos en su contenido, no ofrecen observaciones. Se exceptúa una aseveración, sin respaldo de fuente, que merece ser fundamentada incluso en el contexto en que se ubica y relativa a: "haciéndose cada vez más difícil la incorporación de Servicio Social como aporte específico a las Ciencias Sociales" (pág. Nº 10).

Los capítulos tercero y cuarto "Estrategia Evaluativa" y "Análisis e Interpretación de los datos", tan interesantes como simples en su forma y fondo, derivan del Marco Referencial en una obvia hipótesis de gruesas líneas. A la vez, formulan el Modelo de Evaluación de la Participación Social, cuyos elementos seleccionados y a medir se adoptan de proposiciones anteriores, descartándose los criterios de más complejidad: impacto y sostenibilidad. Es preciso señalar que aspectos cualitativos de la variable "condiciones laborales del personal de salud", como "clima laboral" y "satisfacción laboral", no responden a su conceptualización y no pueden tratarse someramente, pues se incurre en errores.

En relación a los dos capítulos restantes, llama la atención en las propuestas, el reconocer algunas en el Documento "Del Consultorio a Centro de Salud. Marco conceptual" Ministerio de Salud. Santiago. 1993 y otras por su proyección, al sugerir agentes externos a la Organización, por ejemplo: existencia de normativas internas para la estructura y funcionamiento de instancias locales, o bien, responsabilidad de tareas a Autoridades Regionales y Consultorios.

No obstante, se rescata por su trascendencia, entre varias sugerencias: -Generar una red de apoyo en torno a la labor participativa en salud y -Elaborar proyectos de carácter local que permitan captar recursos existentes en la red social, incluidas las instituciones privadas.

En síntesis, se distingue en el equipo de Seminario integrado sí, por cinco estudiantes, un buen manejo teórico en lo específico abordado. Cumplen los objetivos de la investigación proporcionando una visión generalizada de la realidad objeto de estudio, acompañada de apreciaciones no sólo cuantitativas, sino también, cualitativas.




UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL
CASILLA 3020 - TELEFONO 252131 - VALPARAISO - CHILE
FONO FAX: 252400

3.

Cabe destacar que el grupo dispuso de una adecuadísima y asequible bibliografía, correspondiente principalmente a: OMS, OPS Y MINSAL; pero, no usa la vigente designación, en nuestro país, de los Programas de Salud dirigidos a las Personas. Méritos dignos de resaltar son el excelente lenguaje técnico y el estilo de redacción empleados, con un apropiado régimen formal de citas.

Por lo tanto, en razón de los antecedentes expuestos, se califica el Seminario de Título con nota 5.5 (cinco punto cinco).


JUDITH DIAZ OYARZUN
PROFESOR INFORMANTE

AL SEÑOR
ITALO PAOLINELLI MONTI
DECANO FACULTAD
DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE.

JDD/rvs.-

INDICE

	<i>Páginas</i>
<i>PRESENTACION DE LA EVALUACION</i>	1
 CAPITULO I	
<i>FUNDAMENTACION DE LA EVALUACION</i>	4
 CAPITULO II	
<i>MARCO REFERENCIAL</i>	14
1. <i>La Salud en Chile</i>	15
1.1 <i>La Estrategia de Atención Primaria</i>	23
1.2 <i>Consultorios y Centros de Salud</i>	26
2. <i>La Participación Social</i>	33
2.1 <i>La Participación en el Ambito de la Salud</i>	42
2.2 <i>Modelo de Participación Social en Salud</i>	47
3. <i>Evaluación</i>	63



CAPITULO III

<i>ESTRATEGIA EVALUATIVA</i>	71
1. <i>Objetivos de la Investigación Evaluativa</i>	75
1.2 <i>Hipótesis Descriptiva</i>	76
2. <i>Tipo de Evaluación</i>	76
3. <i>Selección de las Unidades de Análisis</i>	82
4. <i>Operacionalización de Variables</i>	86

CAPITULO IV

<i>ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS</i>	108
1. <i>Extensión</i>	110
2. <i>Intensidad</i>	123
3. <i>Modalidad</i>	138
4. <i>Análisis de la Hipotesis Descriptiva</i>	165

CAPITULO V

<i>SINTESIS EVALUATIVA Y PRPOUESTAS</i>	187
1. <i>Síntesis Evaluativa</i>	187
2. <i>Propuestas</i>	206

CAPITULO VI

METAEVALUACION 226

BIBLIOGRAFIA 232

ANEXOS 239

PRESENTACION DE LA EVALUACION

El presente Seminario de Título, denominado Evaluación de la Participación Social en los Consultorio Urbano Municipalizados de la Comuna de Valparaíso, es patrocinado por la Secretaría Regional Ministerial de Salud de la V Región, que en el marco la política social del Ministerio de Salud, busca dar pasos certeros en el mejoramiento de la calidad de la salud de los habitantes del país, a través de evaluaciones sociales que permitan perfeccionar o fortalecer los procesos participativos que se desarrollan a nivel local.

La Evaluación pretende ser fuente de retroalimentación a la toma de decisiones respecto de los cursos de acción más adecuados que debe seguir la Participación Social dentro de la Estrategia de Atención Primaria de Salud.

Característica fundamental de la presente Evaluación es la diversidad de visiones provenientes de los Actores Sociales considerados en ésta, que le proporcionan una perspectiva objetiva de la realidad que aborda.

A partir de lo anterior la Evaluación de la Participación Social se estructuró de la siguiente forma: Fundamentación de la Evaluación; Marco de Referencia; Estrategia Evaluativa; Análisis e Interpretación de Datos;

Síntesis Evaluativa y Propuestas; Metaevaluación y presentación de Anexos de la Evaluación.

En el Capítulo Primero se fundamenta la necesidad de la realización de la Evaluación desde la perspectiva del Sector Salud y de la Disciplina del Servicio Social, haciendo referencia al problema a abordar en sus variadas dimensiones e implicancias.

El Capítulo Segundo entrega los elementos teóricos sobre los cuales se apoyó la Evaluación, constituyendo el Marco de Referencia del estudio. En este se contempla un acabado sistema teórico que proporciona los parámetros y respuestas a las interrogantes que surgen en la Evaluación. Las principales temáticas que se abordan, de manera integrada, son la Salud, la Participación y la Evaluación.

El Capítulo Tercero dice relación con la Estrategia Evaluativa que guía la Investigación; en éste se da a conocer el Modelo creado por las alumnas para Evaluar la Participación Social en Salud, E.P.S. y las variables a abordar.

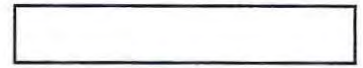
El Capítulo Cuarto corresponde al Análisis e Interpretación de la información recolectada, dando un enfoque combinado de los datos cualitativos y cuantitativos.

El Capítulo Quinto da a conocer la Síntesis o Conclusiones a que llegó la Evaluación y las Propuestas que de ésta se derivaron para promover la Participación Social en Salud.

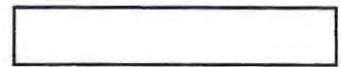
El Capítulo Sexto y final da cuenta de la Metaevaluación, es decir, la valoración que se hace del trabajo desarrollado durante el transcurso del Seminario.

Para concluir, se dan a conocer los Anexos que complementan la Evaluación.

CAPITULO
PRIMERO



FUNDAMENTACION DE LA EVALUACION



FUNDAMENTACION

El logro de un estado moderno requiere, a juicio de las actuales autoridades de gobierno, el logro de un desarrollo económico sostenido, paralelo a un mejoramiento de las condiciones de vida de la población, especialmente de aquellos sectores más desprotegidos, procurando con ello conjugar el crecimiento económico con la equidad social.

Para el logro de esta meta, los distintos sectores sociales del país representados por los Ministerios correspondientes, se han planteado diversas tareas a alcanzar. Es así, que el Ministerio de Salud (MINSAL) hace suya la meta de " salud para todos en el año 2000 ", propuesta en la Conferencia de Alma Ata en el año 1978, la que se lograría principalmente a través de un mejoramiento en el acceso a la salud, una mayor participación, mayor eficiencia y profundización en la descentralización de la Salud. Estos cuatro elementos constituyen los principios orientadores de la Política de Salud y del logro de las metas que en este sector se han trazado.

Los principios que orientan la misión de convertir el sector público de Salud en una organización capaz de satisfacer las necesidades de salud de la población, son la Equidad, la Descentralización y la Participación; según la evaluación que del sector se ha realizado, el Ministerio de Salud ha determinado que los dos primeros principios han logrado avances, no obstante, la participación no ha tomado el impulso deseado por las autoridades. Dicha

situación ha derivado en la toma de conciencia por parte de las autoridades de las falencias existentes en cuanto a la Participación y de la necesidad, por tanto, de promover iniciativas tendientes fomentar la participación activa de la comunidad en aspectos como la prevención y tratamiento de enfermedades y la creación de instancias de control social en relación al desempeño del sector, lo que contribuiría al crecimiento de la salud de la población y al mejoramiento de los servicios que se proporcionan.

Junto con lo anterior, el Ministerio de Salud (MINSAL) promueve la realización de estudios e investigaciones orientadas al conocimiento de los procesos locales de participación, a objeto de que de estas experiencias sociales surjan propuestas dirigidas a perfeccionar la Política del sector, en cuanto a la Participación Social.

Un tipo particular de investigación es la Evaluación, cuya principal meta es ser un instrumento útil que permita, a través de los antecedentes recolectados, conocer una realidad e introducir correcciones en el proceso para su buen funcionamiento y logro de la meta esperada.

Esto es especialmente importante en el ámbito de las acciones sociales, dado que la dinamicidad de las variables que intervienen requieren de adecuaciones programáticas permanentes que enfrenten con eficacia y eficiencia la responsabilidad que significa el trabajo con la comunidad.

La riqueza de la Evaluación, por tanto, está dada por su dimensión tanto teórica como práctica, que permite por un lado conocer una realidad y por otro entregar saberes sobre maneras de actuar que ilustren cómo puede mejorar la sociedad sus condiciones generales de vida.

Evaluar la Participación Social en Salud implica, así, construir un conjunto de conocimientos que serán herramientas para materializar y viabilizar el ejercicio de la Participación Social en la realidad de lo cotidiano.

Al respecto la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha señalado que evaluar la participación es avanzar en lo teórico desde lo concreto para impulsar lo concreto desde lo teórico¹. Implica construir rumbos y propósitos desde la comprensión de las experiencias, traducidas en mecanismos prácticos para actuar y apoyar la acción. A juicio de esta organización, en esto consiste el desarrollo de conocimientos útiles con relación al quehacer participativo, útiles en cuanto permiten avanzar en acciones concretas sobre problemas concretos.

Lo anterior permite señalar que evaluar la Participación Social en Salud es trascendente por cuanto:

1. La Evaluación de la Participación Social permite analizar las experiencias para descubrir los factores que limitan la participación, así como las claves que la facilitan.

¹ OPS-OMS, " Desarrollo y Fortalecimiento de los sistemas Locales de Salud. La Participación Social en el Desarrollo de la Salud ", HSS/SILOS-26, Washington DC, 1992.



2. La Evaluación de la Participación Social facilita la creación de procesos de reflexión sobre las experiencias analizadas por lo que tiene funciones formativas y educativas, en cuanto permite avanzar hacia la construcción de la capacidad participativa de los actores sociales y el fortalecimiento de su protagonismo en Salud.

3. El Sector Salud evalúa la Participación Social con el fin de incorporarse y contribuir a la modificación de las relaciones sociales, con el propósito de aportar desde su quehacer con dicha transformación para el logro del bienestar colectivo.

4. En Salud la Evaluación de la Participación Social es un instrumento de avance hacia el mejoramiento de la Salud, pues es un medio para que el conocimiento y las experiencias se nutran recíprocamente.

Si se comprende que la Participación Social en Salud tiene como objetivos incluir a los actores sociales habilitados para tomar parte e implementar procesos que promuevan la producción de salud, surgen como elementos fundamentales a conocer en la Investigación Evaluativa los actores sociales y los procesos participativos que convergen de ellos en el marco de la Salud.

Es así que la presente investigación Evaluativa estará dirigida a conocer los procesos participativos que se dan en la realidad local de cada uno de los diez Consultorios de Salud Urbano Municipalizados de la Comuna

de Valparaíso y las características que asume la participación de las Familias Usuarias, Personal de Salud y Organizaciones Comunitarias e Intermedias en estos procesos.

Una aproximación a la realidad local de cada Consultorio permitirá reconocer la situación actual de cada uno de éstos en cuanto a las condiciones sociales, económicas y culturales que obstaculizan la materialización de la Participación Social, contribuyendo de esta forma, cada experiencia particular a conformar un panorama general de este proceso en el marco de las metas propuestas en la Política Social de Salud.

El análisis de este panorama permitirá llegar a establecer propuestas que promuevan la participación activa de la comunidad en el Consultorio, aplicable a todos los Consultorios de Salud de la Comuna de Valparaíso.

En relación a los Consultorios Urbano Municipalizados de la Comuna, éstos representan en cuanto a la población que atiende, aproximadamente al 68 % del total de la población de la Comuna, lo que da cuenta de la necesidad de que las Propuestas de Promoción de la Participación Social sean acertadas y puedan proyectarse satisfactoriamente a los Consultorios Urbano Municipalizados de la Comuna. Asimismo, la característica de ser urbanos, confiere al estudio un elemento homogeneizante que favorece tanto la recolección como el posterior análisis de la información.

Todo lo anteriormente señalado avala la realización del presente Seminario, expresando además la necesidad e interés manifestado por la Secretaría Regional Ministerial de Salud, Institución patrocinante del estudio, en cuanto a la necesidad de contar con una Evaluación, a nivel de la Comuna de Valparaíso, de la Participación Social que se da en cada Consultorio Urbano Municipalizado y la elaboración de Propuestas que permitan posteriormente promover la Participación Social en cada uno de éstos.

Desde la perspectiva de la Participación en Salud la evaluación hoy en día, supone un cuerpo teórico y metodológico perfectamente identificable y que, incluso, en algunos países es una actividad profesionalizada e institucionalizada.

La evaluación de la Participación Social es un instrumento de avance hacia el desarrollo de la salud, ya que es un medio que permite generar conocimiento y retroalimentación de los diversos procesos participativos, debiéndose constituir en una herramienta útil para que los diferentes actores sociales involucrados puedan conocer, deliberar y transformar las situaciones negativas que afectan su participación en salud.

De lo anterior se desprende que uno de los objetivos perseguidos por la evaluación en términos generales y en el caso particular de la salud, es generar conocimiento al reflexionar sistemáticamente sobre la acción y sobre la realidad, permitiendo descubrir los factores que limitan el desarrollo de la Participación en Salud, así como las claves que la facilitan

siendo posible de esta forma el avance en el análisis de las experiencias locales de participación, llegando a establecer una relación entre lo local y lo global a través del estudio de experiencias en los Consultorios de Salud como momentos de un proceso mayor frente a la meta de seguir avanzando hacia la perfección de modelos de participación que den respuesta no sólo a las necesidades de Salud; sino también, a necesidades superiores a las cuales pueda contribuir el Sector Salud y la propia comunidad organizada.

Lo anterior hace posible incorporar un sentido de dirección a la Evaluación, y sumar experiencias con el fin de que cada una de ellas en particular pueda fortalecerse al articularse con otras y contribuir a la construcción de un cuerpo de conocimientos para comprender que el beneficio social y avance del quehacer participativo no está únicamente en la forma en que se participe, sino en el fin que se persiga con la participación.

Por otra parte, desde la perspectiva de Servicio Social, que ha estado estrechamente ligado al desarrollo de la Salud del país, siendo su inserción en el área, paralela al desarrollo histórico de las políticas del sector.

En un primer momento las políticas de Salud estuvieron orientadas a la implementación de un modelo Biomédico con énfasis en lo recuperativo, contexto en el cual se subestimó el aporte de las Ciencias Sociales y la integración de los aspectos psicosociales en el diagnóstico y la resolución de los problemas de Salud. Esta política se institucionalizó, haciéndose cada vez más difícil la incorporación de Servicio Social como aporte específico en el área de las Ciencias Sociales.

En la actualidad, los organismos internacionales relacionados con el tema de la Salud y sus correspondientes réplicas a nivel nacional, han promovido el cambio de modelo desde el Biomédico al llamado Psicosocial, el que tiene que ver más con la concepción del hombre como un ser integral, que trasciende la esfera física hacia las dimensiones psicológicas y sociales que lo rodean.

Este modelo y la política social que lo promueve, ha permitido un replanteamiento de la acción y rol de Servicio Social en el área de la Salud, situación que ha coincidido con el proceso iniciado hace años por los Asistentes Sociales Asesores de los Servicios de Salud y de los Hospitales, Consultorios y demás establecimientos, proceso que se orienta a la generación de un cambio profundo y progresivo; fuente de origen de un nuevo estilo de trabajo más abierto, participativo y en equipo junto a otras disciplinas, asumiendo los Asistentes Sociales de los diferentes Servicios de Salud y Consultorios del país, la misión ética de hacer propuestas de retroalimentación al quehacer profesional en esta área, contando para ello con el apoyo de las autoridades regionales como de las ministeriales a nivel central. Todo esto con la certeza de contribuir a las bases de un futuro cualitativamente superior, con un desempeño más eficiente en condiciones de dignidad para usuarios y funcionarios.

El proceso señalado se inserta dentro de la Estrategia de Atención Primaria de Salud, siendo plenamente concordante con ésta, ya que la APS tiene como objetivo el logro de una articulación dinámica de los niveles de atención y de los componentes fundamentales que la definen como estrategia, las que son: la Promoción y Mantenimiento de la salud, el Autocuidado,

la Capacidad de Gestión y la Intersectorialidad y la Participación Social y Comunitaria.

Lo precedente nos lleva a concluir que la Atención Primaria de Salud no es un tarea restringida sólo a los profesionales de la Salud, sino que al gestarse en la base social, constituye un campo abierto a los profesionales del área, especialmente a Servicio Social, como ya se ha señalado.

El presente Seminario, enmarcado en el proceso de cambio del rol del Asistente Social y de la preeminencia que asume la estrategia de Atención Primaria en Salud, como elemento que teóricamente permite responder con eficacia social a las necesidades actuales de la salud, especialmente quienes viven en condiciones de marginalidad y pobreza en el país, se propone realizar un aporte sólido al quehacer programático y al desarrollo de propuestas innovadoras en Salud.

Todo lo anteriormente expresado permite señalar que el desarrollo de una Investigación Evaluativa de la Participación Social a nivel de los Consultorios Urbano Municipalizados de la Comuna de Valparaíso se fundamenta desde el punto de vista de Servicio Social en los siguientes planteamientos:

- A nivel ético y valórico, es responsabilidad de la profesión contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas a nivel general y específicamente en la Salud, y lograr que socialmente la comunidad asuma

un protagonismo activo en la satisfacción de una necesidad básica y elemental como lo es la salud.

Desde una visión técnica y estratégica, se puede decir que investigar evaluativamente para transformar una situación constituye un aporte significativo al conocimiento, pues es responsabilidad del Servicio Social ubicarse desde donde pueda responder a las necesidades de la población a través del planteamiento de propuestas que tiendan a incorporar tanto al Personal de Salud como a la propia comunidad en la satisfacción de sus propios requerimientos. Esta última situación refleja además la necesaria realización de una evaluación que permita conocer el Estado actual de la Salud y de este modo elaborar propuestas que permitan introducir los cambios pertinentes a las realidades locales de los Consultorios estudiados.

Lo antes expuesto le permite a Servicio Social validarse como una profesión que aporta desde su especificidad y visión social a la salud de la comunidad y de cada individuo en particular.

CAPITULO
SEGUNDO



**MARCO
REFERENCIAL**



MARCO REFERENCIAL

La Salud es un concepto dinámico, en constante evolución. Así, entendida en un sentido amplio como " un completo estado de bienestar físico, mental y social del individuo, la Familia y de la Sociedad en su conjunto. Constituye un bien social, un derecho de la humanidad y es componente esencial de la calidad de vida y del crecimiento y desarrollo integral de un país" ², se transforma en un valor que alcanza gran significancia internacional, ya que permite determinar el nivel de desarrollo alcanzado por las diferentes naciones. Por consiguiente, es una preocupación constante de los pueblos satisfacer la necesidad de salud de la población, en forma integral e integradora. Pero también existe otra perspectiva de la salud, tal vez, complementaria del concepto señalado anteriormente; ésta indica que " la salud es más que aquel fenómeno que exhiben las políticas sociales del Estado, es más que el resultado de curar enfermedades " ³, por lo tanto una concepción moderna de la salud " requiere a la sociedad para enfrentar los actuales problemas de salud y reconoce el aporte y rol que le compete a los diferentes actores sociales y económicos de la Nación " ⁴.

Los cambios que se han producido en la concepción de la salud, desde una visión biomédica a una biopsicosocial, implican transformaciones del sector que tienden principalmente a incorporar la

² Conferencia Mundial de Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, 1978.

³ Urrutia Boloña, Carlos y otros. " Al Encuentro de la Salud Popular", Nuevos Cuadernos CELATS, N° 5, Lima, Perú, 1985.

⁴ Ministerio de Salud, División de Programas de Salud, Departamento de Atención Primaria, " Trabajo Comunitario en Salud ". Guía Técnica Metodológica, Santiago, Chile, Enero 1994.

Participación Social en todo el proceso de la Salud, es decir, hacer partícipes a todos los estamentos sociales en la superación y mejoramiento de la calidad de vida del país. Este cambio de enfoque se ha caracterizado por el énfasis dado a la Participación Social y a la importancia que ésta ha adquirido tanto a nivel estructural como operativo del Sistema de Salud, y por qué no decirlo, a la vez ha impregnado la filosofía orientadora del actuar en salud.

1. LA SALUD EN CHILE :

La Constitución Política del Estado del año 1980, modificada en Octubre de 1989, garantiza a todas las personas que habitan en Chile (de acuerdo a los números 8 y 9 del artículo 19) el derecho a la protección de la salud, y a vivir en un ambiente libre de contaminación.

El número 9 especifica :

" El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción y protección y recuperación de la salud y rehabilitación del individuo "

" Le corresponderá asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud "

" Es un deber del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presenten a través de Instituciones Públicas o Privadas, en la forma y condiciones que determine la Ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias "

" Cada persona tendrá el derecho de elegir el Sistema de Salud al que desee acogerse, sea estatal o privado " ⁵

En este contexto, el Estado asigna a la salud un doble papel:

a) en tanto fin en sí, constituye un componente del nivel de vida que debe estar en constante superación, y;

b) debe considerarse un medio esencial del desarrollo económico ⁶.

Actualmente, se ha fomentado una reforma del sector, atendiendo tanto al desarrollo y a la modernización de éste.

⁵ Constitución Política del Estado de Chile, 1980.

⁶ Ministerio de Salud, Serie Documentos " Situación y Atención de Salud en Chile ", Santiago, Chile, 1992.

Las normas vigentes señalan que el sector salud está compuesto por " todas las personas, naturales o jurídicas, de derecho público o privado, que realicen o contribuyan a la ejecución de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma " ⁷.

Por lo tanto, el sector Salud está integrado por instituciones organismos y entidades pertenecientes al sector público y privado, constituyendo un sistema de salud mixto.

a) Sector Público :

Lo integran los organismos que componen el Sistema Nacional de Servicios de Salud, creado en virtud del Decreto-Ley 2763 de 1979, y las Instituciones y Empresas del Estado que cuentan con unidades asistenciales. Como característica común de este subsector debe mencionarse que su financiamiento tiene un importante componente de aporte estatal.

a.1) Sistema Nacional de Servicios de Salud:

El Sistema Nacional de Servicios de Salud está compuesto por el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes :

⁷ Dr. Juan González Reyes, Foro Panel " La Salud en el Proceso de Desarrollo Chileno ", Santiago, Chile, 1995.

- Ministerio de Salud
- Los Servicios de Salud (27)
- El Fondo nacional de Salud (FONASA)
- El Instituto de Salud Pública (ISP)
- La Central de Abastecimientos (CENABATS)
- La Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional

Al Ministerio de Salud le corresponde ejercer la función que compete al Estado de velar por el desarrollo de la salud a nivel nacional, rigiendo las materias relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República, salvo aquellos sometidos a otras leyes.

b) El Sector Privado:

El subsector privado de acuerdo a sus fines, se puede agrupar en instituciones prestadoras de acciones de salud e instituciones financiadoras:

b.1) Instituciones preestadoras de servicios de salud:

Corresponden a instituciones de carácter benéfico, tales como Cruz Roja, Corporación de Ayuda al Niño Limitado (COANIL), Corporación de Ayuda al Niño Quemado (COANIQUEM), Organizaciones No

Gubernamentales, etc., que realizan en forma prioritaria prestaciones ambulatorias.

b.2) Instituciones que financian prestaciones :

Entre las instituciones que se encargan de financiar prestaciones de salud, debe mencionarse a las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Estas son entidades privadas que administran un seguro para financiar las prestaciones médicas y los subsidios por incapacidad laboral, con cargo a la cotización obligatoria para salud, de los trabajadores que deseen incorporarse a los planes de salud que ofrecen. Sustituyen en beneficios de salud a FONASA.

En este marco Chile, y especialmente el Gobierno se enfrenta al compromiso de lograr la modernización de los sectores claves de la actividad nacional, tanto en el ámbito público como en el privado. En lo que respecta al público, al modernizar, el Estado busca mejorar la gestión pública; es así como dentro de las prioridades establecidas por el Gobierno para el sector, se encuentra el diseño de líneas estratégicas para el logro de mayor equidad, principalmente en el acceso a la salud; de mayor eficiencia y de profundización en la descentralización y; de mayor participación ⁸.

La Política Social del sector Salud y los principios que la orientan se enmarcan en la misma estrategia que guía la política económica y

⁸ Ministerio de Salud, " Atención de Salud en Chile", Santiago Chile, 1995.

social del Gobierno, la que aspira a un desarrollo estable de su economía y simultáneamente a una mejoría significativa de las condiciones de vida de los sectores mas pobres, procurando equilibrar los objetivos de crecimiento económico y de equidad social.

La Reforma del Sector Salud tiene como base principal mejorar la igualdad de oportunidades de los chilenos, a través de discriminar en beneficio de los grupos que enfrentan dificultades de acceso a los bienes que permitan satisfacer las necesidades básicas. Los servicios entonces, deben estar organizados en base a los criterios de: descentralización, desburocratización, coordinación intersectorial y participación de la comunidad.

Acorde a los principios y criterios enunciados, la política de salud se plantea los siguientes objetivos en el sector:

- Hacer justicia en Salud, reduciendo y diferencias actuales en el nivel de salud, en le acceso y la calidad de promoción, prevención y atención de salud, que existe entre los chilenos.

- Dar más años a la vida, disminuyendo las muertes evitables y aumentando la expectativa de vida de los chilenos.

- Dar más salud a los años, que los años de vida sean más plenos a través del desarrollo y uso de capacidades físicas y mentales de las personas para vivir saludablemente y aspirar a una vida feliz ⁹.

Para el logro de estos objetivos se ha puesto énfasis en el desarrollo de la Atención Primaria de Salud como estrategia operativa para generar el cambio deseado, sin descuidar el desarrollo armónico y bien coordinado de los tres niveles de complejidad: primario, secundario y terciario.

Chile, enfrenta actualmente, una compleja situación de Salud, que se caracteriza por la existencia de problemas ligados a la condición de país en vías de desarrollo, a estilos de vida no saludables, al cambio del perfil epidemiológico de la población y al progresivo envejecimiento de ésta.

La situación sanitaria del país que muestran los principales indicadores biodemográficos, presenta una evolución positiva en la última década: La esperanza de vida al nacer para el quinquenio 1990-1995 es de 72 años y durante 1993 la natalidad alcanzó una tasa de 21,0 por mil habitantes; la mortalidad general fue de 5,5 por mil habitantes, el crecimiento poblacional, por consiguiente fue de 1,55 % ; la mortalidad infantil continuó descendiendo llegando al 13,1 por mil nacidos vivos. Estos resultados se deben fundamentalmente a la aplicación de programas de atención de salud que privilegian el grupo materno-infantil, además del nivel de instrucción que ha alcanzado la población y de la mejoría del ingreso per-cápita ¹⁰.

⁹ Ministerio de Salud, " De Consultorio a Centro de Salud : Marco Conceptual", Santiago, Chile, Marzo 1993.

¹⁰ Ministerio de Salud, " Atención Primaria de la Salud en Chile ". Foro Panel. La Salud en el Proceso de Desarrollo Chileno, Santiago, Chile, 1985.

Sin perjuicio de lo anterior, se han hecho aún más relevantes problemas de salud relacionados con los estilos de vida y al envejecimiento de la población (problemas del aparato circulatorio, cáncer, accidentes y violencias y enfermedades del aparato respiratorio).

El modelo de atención en salud aplicado en Chile desde hace algunas décadas y que permitió un avance en la materia, demostró sus bondades y eficacia en forma categórica, al contribuir a la notable mejoría de los indicadores de salud que el país ha logrado. Sin embargo, este modelo, sustentado en una concepción Biomédica de la Salud, se ha hecho insuficiente para dar cuenta de los actuales desafíos: "Salud para Todos en el año 2.000", los cuales están insertos dentro de una perspectiva integral, ya que la nueva orientación Biopsicosocial no sólo considera las variables de índole biológica, sino también, son de carácter psíquico, social, cultural y ambiental.

La aplicación de una concepción Biopsicosocial de salud, exige considerar a la persona integralmente e inserta en su medio ecológico: familia, barrio, trabajo, escuela, medio ambiente. También exige considerarla a través de todo su ciclo vital, lo que significa adecuar la oferta asistencial a las diferentes etapas de la vida ¹¹.

¹¹ Ministerio de Salud, op. cit.

1.1 LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD :

En el marco de los objetivos y orientaciones de la política de salud en Chile, el Ministerio de Salud ha definido a la Atención Primaria de Salud (APS) como:

" El proceso participativo, descentralizado e intersectorial para mejorar integralmente la calidad de vida de todos los habitantes del país. En este proceso la primera prioridad la tienen los sectores pobres y postergados. Son componentes estratégicos de la APS el desarrollo local, la gestión participativa, la participación social, la mantención de la salud, la prevención y control de riesgos, el autocuidado y la integración de los niveles del sistema de salud " ¹² .

La Conferencia Mundial de Atención Primaria de Salud, realizada en Alma-Ata en 1978, donde se propusieron nuevos criterios para asegurar una distribución más equitativa de los recursos de la salud y conseguir que todos los ciudadanos de todos los países alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económica productiva, se definió a la APS como estrategia fundamental para alcanzar la meta de " Salud para Todos en el año 2000 ", concibiéndola como:

¹² Ministerio de Salud, Ibid.

" La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo , con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación ".

La APS se orienta hacia los principales problemas de la salud e integra la Promoción Prevención, Tratamiento y Rehabilitación. Resalta la participación de todos los sectores conexos a la salud en forma coordinada, exige y fomenta la autorresponsabilidad y la participación del individuo y de la comunidad, obteniendo el mayor provecho de los recursos disponibles. Prioriza el trabajo en equipo para atender las necesidades expresadas de la comunidad. Insta a los gobiernos a formar políticas, estrategias y planes para iniciar y mantener la APS.

Dentro de esta perspectiva, la APS constituye una estrategia operacional para mejorar la calidad de vida, para ello considera la interacción de los siguientes principios :

- Tecnología apropiada: incluye conocimiento y capacitación;
- Participación social, democratización;
- Intersectorialidad: factor condicionante pluricausal;
- Equidad: tanto en el acceso de la población al sistema, como en la calidad de la atención que recibe.

Los objetos generales planteados para la Atención Primaria de Salud son:

1. Mejorar la calidad de vida de los chilenos asegurando el Estado el derecho al acceso a la salud a la población en general, otorgándole primera prioridad a los sectores de extrema pobreza.

2. Hacer de la Atención Primaria una estrategia de desarrollo, para coayudar a elevar el nivel de vida de la población.

3. Reestructurar el Sistema de Salud para alcanzar esta nueva visión de salud.

Dentro de los componentes estratégicos y principios orientadores de la Atención Primaria encontramos a la Participación Social como el elemento que traspasa todos los niveles de la política sectorial, considerándosele como el eje integrador del Sistema de Salud, así se señala que es " la piedra angular de la Estrategia de la Atención Primaria de salud y de la metas de salud para todos y con todos " ¹³ .

La importancia asignada a la participación surge de las consecuencias que ésta asume en cuanto es elemento facilitador del logro de metas en la política social, en este caso en el sector salud. Es válida, entonces, la preocupación de las autoridades por el lento avance del desarrollo de la Participación Social de los diversos actores sociales involucrados en la

¹³ Marschall, M. Teresa y otras, " Participación Social en Salud: Lecciones y desafíos ", MINSAL, 1991.

salud, estimulando por ello la realización de estudios que den cuenta del estado de la participación y de los elementos que condicionan su avance o retroceso a fin de proponer estrategias operativas que logren desarrollarla en la forma esperada.

1.2 CONSULTORIOS Y CENTROS DE SALUD :

CONSULTORIO GENERAL URBANO :

El Consultorio General Urbano, es el establecimiento de atención ambulatoria de nivel primario ubicado en localidades urbanas y que sus acciones están destinadas al fomento y protección de la salud de las personas y del medio ambiente, a la solución de problemas de morbilidad más frecuentes que puedan ser resueltos por el Equipo de Salud. En relación a la rehabilitación, su principal función es pesquisar y derivar las enfermedades discapacitadoras, realizando acciones que tiendan al autocuidado y ayuda a la mantención de capacidades remanentes.

Su propósito fundamental es extender la cobertura de las acciones de salud a las poblaciones urbanas que conforman su área de atracción, mediante atención ambulatoria de nivel primario, otorgada por un Equipo Profesional permanente, así como el desarrollar actividades tendientes

a mejorar las condiciones de vida de dicha población, en el marco conceptual de la Estrategia de Atención Primaria.

CENTROS DE SALUD :

El desafío asistencial que la Atención Primaria de Salud debe enfrentar en las próximas décadas, no parece abordable sin una profunda modificación del Modelo de Consultorio actual.

Los Consultorios de Atención Primaria fueron pensados para responder a un modelo de intervención centrado en una concepción Biomédica de la salud. En otras palabras, fueron hechos para prevenir, recuperar y rehabilitar las enfermedades que afectan a la población que sirven. Esta tarea la han desarrollado con éxito, pues han trabajado con medios precarios y bajo condiciones organizacionales frecuentemente inapropiadas.

Por lo tanto, no es posible aplicar una nueva concepción de salud y un nuevo modelo asistencial, sin repensar globalmente este Consultorio, menos aún si los nuevos planteamientos traen consigo un nivel de exigencias muy diferentes al anterior.

Es en este contexto donde surgen los Centros de Salud, los cuales tienen su origen en una decisión del sector salud, representado por su

Ministerio y los Servicios de Salud. Su misión es generar una política de Salud que responda a los principios que rigen al Estado y al Gobierno, planificar gran parte de la tarea nacional en relación a la Salud, garantizar su realización y finalmente evaluarla.

El propósito del Centro de Salud es contribuir a elevar el nivel de salud de la población de su territorio y con ello, hacer un aporte a la mejoría de su calidad de vida y al desarrollo de la localidad. Es en torno a este propósito donde se encuentra la razón de ser del nuevo Consultorio y, es a partir de la que debe redefinirse como Centro de Salud.

Entonces el Centro de Salud se define como una unidad del Sistema Nacional de Servicios de Salud, cuya misión específica es prestar servicios dentro de un territorio delimitado, con el propósito de contribuir a resolver los problemas de salud y elevar el nivel de salud de la población que ahí vive o trabaja.

A partir de esta definición es posible mencionar en primer lugar, que el Centro de Salud es una unidad del sector, integrada a un sistema local de salud y al Sistema Nacional de Sistemas de Salud.

En segundo lugar, es un establecimiento ubicado estratégicamente en un territorio determinado, dentro del cual realiza su tarea específica. Este sentido de territorialidad es esencial para comprender la responsabilidad del Centro, y para planificar su quehacer, en forma

complementaria con los otros Centros de Salud de la Comuna; sin esta característica se dificulta la programación, la evaluación de la cobertura e impacto de la labor realizada. así como la coordinación con otros niveles. actores y sectores.

Y finalmente, se define en torno a un propósito, el que se convierte en una compleja misión, pues los problemas de salud y sus múltiples condicionantes, son esencialmente variables en el tiempo.

Es por ello que el Centro de Salud para cumplir con su misión debe ser una organización de carácter social con capacidad para programar su tarea y evaluarla, en el marco de las políticas y normas del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de las necesidades locales. Debe además, tener un capacidad de gestión necesaria para ser eficiente y eficaz en la administración de los recursos, y sobre todo, ser capaz de reconocer sus limitaciones y buscar un trabajo conjunto con otras entidades locales y otros sectores sociales en beneficio de salud colectiva. Esto se hace necesario para contribuir a promover la salud de la población, la que corresponde al proceso de permitir a la gente aumentar la capacidad de autocuidado y responsabilidad sobre su salud.

El Centro de Salud por ende, es el organismo responsable de ejecutar los programas de salud de carácter nacional y regional en el nivel local. Sin embargo, el Ministerio de Salud, no debe desde el nivel central, promover todos los programas y actividades que un Centro de Salud deba poner en práctica, para responder adecuadamente a sus necesidades locales.

Es por esto entonces, que el Equipo de Salud, no debe limitarse a seguir las recomendaciones técnicas que recibe, sino que debe generar, adaptar, planificar y ejecutar las acciones que sean necesarias para responder oportuna y específicamente a sus problemas locales. Es esta labor, la que se conoce como *planificación local*, es decir, el proceso mediante el cual el Centro de Salud organiza su quehacer en torno a programas, actividades y tareas, utilizando al máximo su potencialidad.

El trabajo en salud debe ser entendido como una responsabilidad compartida, entre la población y las diversas instituciones y organismos que tienen que aportar a ella. Se trata de una tarea compleja que muchas veces sobrepasa el ámbito de acción y la capacidad de los Centros de Salud.

La tarea del Centro de Salud se desarrolla por lo menos en tres ámbitos de acción:

1. Un primer ámbito implica aquellas funciones que le son irrenunciables y que ningún otro actor fuera del sector salud, puede ejercer con la misma propiedad, eficacia, calidad y eficiencia. Se trata del ámbito que tradicionalmente ha ocupado el Consultorio de Atención Primaria, la labor asistencial.



2. El segundo ámbito de acción está definido por el trabajo intersectorial, que apunta al desarrollo global de su localidad. Es decir, dejarse convocar y participar en una tarea que si bien no le es propia, requiere de su aporte específico.

3. Y un tercer ámbito de acción lo construye la participación social y comunitaria en salud. El rol del Centro de Salud, es aportar con sus conocimientos, recursos y habilidades a una tarea colectiva, que comprometa otros actores y que busca el mismo propósito, elevar el nivel de salud de la población, en el contexto del desarrollo local.

Es en este último ámbito donde se encuentra la principal característica que asume este cambio de enfoque, es decir, de los Consultorios de Atención Primaria a los Centros de Salud, lo que significa *redefinir la organización y funcionamiento existentes en la mayoría de los actuales establecimientos del nivel primario.*

Estas modificaciones deben ser el resultado de un acto provisto de direccionalidad, voluntad y continuidad y no un mero cambio esporádico o involuntario.

Es improbable que un proceso tan complejo como la Participación Social en Salud suceda espontáneamente, el Centro de Salud

adquiere la responsabilidad de contribuir a su generación y a su legitimación y fortalecimiento cuando exista.

Desarrollar la Participación Social en Salud implica reconocer las instituciones, organizaciones y recursos existentes en cada territorio, que puedan contribuir al desarrollo de la salud, ya que el sector salud no podrá resolver todos los problemas por sí solo, ni menos elevar el grado de bienestar de las personas; se requiere de la participación y del compromiso de toda la sociedad para avanzar hacia la meta propuesta¹⁴.

¹⁴ Ministerio de Salud, op. cit.

2. LA PARTICIPACION SOCIAL

El origen del Concepto de Participación hace referencia a la "pretensión de los actores sociales de ser autores de los procesos sociales que les conciernen"¹⁵, es decir, alude a un proceso colectivo en que se toman decisiones respecto a materias que son del interés de éstos o que bien están relacionados con sus necesidades.

Otros autores señalan que la participación va más allá de pertenecer a un grupo determinado, implicando acciones colectivas intencionales que se traducen en objetivos a lograr, las que exigen previamente organización, recursos y priorización de las necesidades más urgentes y viables de concretar.

La participación así, puede ser asociada a una variedad de ideas, intereses y motivaciones, que van a depender de la perspectiva desde la cual se la enfrente.

No obstante, la participación tomada en un sentido amplio tiene que ver con relaciones sociales establecidas entre los individuos, es decir, con relaciones de poder. Las relaciones de poder generadas son desiguales, por lo que la posibilidad de intervenir en el proceso de toma de decisiones colectiva, de unos y otros actores es diferenciada; es por ello que al referirse a la

¹⁵ Flisfisch, Angel. Citado por Francisco Guerra en "Problemas Generales de la Participación", DOC. CPS-26, ILPES, Lima, 1980.

participación se alude a un proceso de conquista de poder, de transformación de las relaciones sociales existentes, o sea, a la modificación de la estructura de oportunidades existente en una sociedad determinada ¹⁶. A este proceso se llega incorporando a "no actores" con diferentes intereses y relaciones, a los procesos de participación, los cuales serán definidos como tal en la medida que se logre equiparar la influencia de cada uno y compatibilizar los intereses al momento de decidir sobre un aspecto en particular.

La Participación Social por tanto, canaliza las necesidades de un grupo de individuos y promueve la conciencia acerca de problemas en común.

La Participación es un indicador del desarrollo social alcanzado por una sociedad, puesto que este proceso participativo deriva en la formación de organizaciones humanas que buscan cambiar la situación o problemas que les afectan, a través de la intervención en los procesos de decisión colectiva, orientados por las necesidades e intereses de la comunidad.

El proceso organizado y coordinado que involucra la Toma de decisiones, se desglosa en una secuencia de acciones continuas e interrelacionada :

¹⁶ Demo, Pedro. Citado ibid.

Secuencia del Proceso de Toma de Decisiones :

1. Reconocimiento de la existencia de problemas, actividades o tareas respecto a los cuales es necesario adoptar decisiones.
2. Disposición de información sobre la naturaleza, vinculaciones y contextos del asunto o materia de una eventual decisión.
3. Proposición de alternativas de interpretación, decisión y cursos de acción aconsejables en relación con el asunto o materia de decisión.
4. Intercambio o confrontación de informaciones y posiciones con respecto al asunto o materia de decisión.
5. Toma de Decisiones.
6. Planificación de su ejecución.
7. Evaluación del producto, proceso y consecuencia de las decisiones ejecutadas.

Como se señaló anteriormente, el desarrollo de procesos más o menos participativos, está determinado en parte, por las relaciones sociales y de poder establecidas entre los actores. En este sentido, las características

que asume el medio en que se desenvuelven los actores influirá también en la mayor o menor intervención en procesos de decisión que éstos demuestren.

Algunos de estos factores son :

a) *Características Socioeconómicas de los potenciales participantes :*

La desigualdades de los integrantes de un grupo, ya sea ingresos, instrucción, prestigio, determinan diferentes posiciones y potencialidades de sus miembros para participar en la toma de decisiones.

Por ellos algunos sectores de la población, en virtud de la posesión de bienes económicos, manejan mayor cantidad de recursos, los que se traducen en mayores facilidades y estímulos para participar del proceso de desarrollo económico y social que vive la sociedad, lo que les permite estar en una posición favorable para ejercer presión sobre el sistema social, a diferencia de los sectores más pobres. Así, la influencia socioeconómica constituye una barrera que introduce un inevitable sesgo en la estructura de oportunidades, desigualdades que tienden a ser acumulativas en diferentes ámbitos de la sociedad, por lo que las condiciones de participación que se establecen en ésta reproducen y reflejan las desigualdades generales que experimenta la sociedad.

El nivel de educación, dentro de las características socioeconómicas, es también un factor condicionante de la Participación Social. Este confiere capacidades para comprender la dinámica y entramado social y político en el que se inserta el individuo, es decir, permite reconocer y ejercer el derecho a participar en la formulación del proyecto de sociedad que sus integrantes desean, interviniendo, opinando, controlando los procesos de desarrollo que quienes los representan llevan a cabo.

b) Percepción que del poder poseen los individuos :

Las desigualdades sociales, económicas y culturales existentes en una sociedad, determinan un desequilibrio en las relaciones sociales que se establecen entre las personas. En estos términos, las relaciones de poder son una forma específica de relación social y personal, las que al ser diferenciadas, se convierten en relaciones conflictivas debido a que unos pocos son depositarios del poder, pasando éste a ser un bien escaso, que limita la posibilidad igualitaria y generalizada de acceder e intervenir en las decisiones que afectan a una comunidad.

Este acceso limitado al poder, puede ser percibido y subjetivamente elaborado por las personas, experimentando y autoconvenciéndose que es un recurso fijo, limitado e inexpandible, es decir, no sujeto a movilidad y detentado por un número reducido de personas. Esta representación que del poder elaboran afecta negativamente la capacidad participativa de los potenciales participantes, los que no se esfuerzan por

integrarse a las decisiones colectivas, pues asumen que su intervención en proceso alguno es dificultosa, lo que a su vez refuerza la privatización y centralización del poder, conformando un proceso circular que frena la intervención de nuevos actores en el proceso de toma de decisiones.

c) Información a la que pueden acceder los potenciales participantes :

El flujo adecuado de información que llega desde el centro de la estructura de poder hacia todos los miembros del grupo, es un aspecto que también se asocia a las características que adquiere la participación.

No es posible intervenir con acierto en un proceso de toma de decisiones, si no se dispone de los conocimientos y referentes que den cuenta adecuadamente acerca de un suceso, y que permitan valorar el asunto en materia y ponderar las principales consecuencias de los cursos de acción alternativos entre los cuales se pueda optar.

Este aspecto debe ser tomado en cuenta especialmente en países de desarrollo desigual, en que las diferencias de información manejada son amplias. El monopolio de la información constituye un factor que limita la participación efectiva, e incrementa el carácter centralizado y excluyente de la estructura de poder que la posee.

d) *Motivación que manifiesta el individuo hacia la participación :*

La manera en que el individuo enfrenta la participación está asociada a un conjunto de características que posee el individuo, éstas interactúan con aquéllas del ambiente social como la estructura de oportunidades existente para la participación, determinando posiciones favorables o desfavorables hacia la participación.

Las características del individuo tienen que ver con la existencia de un conjunto de necesidades a satisfacer por medio de la incorporación activa a algún tipo de grupo u organización. Esto último está condicionado a: la creencia que posee el individuo respecto a que las organizaciones en las que pretende participar representan un modo efectivo de alcanzar los fines que se persiguen; la inexistencia de medios alternativos para satisfacer las mismas necesidades a un costo menor para el individuo que el implica la participación en una organización, es decir, la disposición a participar se relaciona con la percepción respecto de los costos y beneficios de la participación. En este sentido, inhibidor potencial de la participación lo constituye la percepción de que los beneficios que ésta genera, ya sea a través de actividades o proyectos, son sustancialmente menores a las exigencias que se imponen al estar inmersos en el proceso participativo, siendo relevante considerar este aspecto en los proyectos en que se desee integrar a la población, en tanto la participación entraña la mayoría de las veces, beneficios a largo plazo y de carácter comunitario más que particular.

e) *Desarrollo de organizaciones políticas o sociales en la comunidad :*

Las organizaciones sociales permiten la integración de la comunidad y constituyen un agente promotor de la participación y del progreso local, son una fuerza motivadora que pone en marcha los esfuerzos de la población sintetizándola en una comunidad de intereses que converge en ciertos fines¹⁷.

La intervención de las personas en estas organizaciones, facilita expresiones participativas de la comunidad, siendo ésta capaz de organizar actividades que la beneficien, respondiendo a los intereses que manifiestan sus integrantes. Desde este punto de vista, la participación en organizaciones es reflejo de los intereses y necesidades que existen en una población; y desde otra perspectiva, da cuenta del manejo participativo o no que hacen sus integrantes de los intereses de la comunidad, es decir, si dan cabida a la expresión de la participación como alternativa viable de satisfacción de las necesidades de la comunidad. Así, la convocatoria que una determinada organización tenga da cuenta de la capacidad organizativa que posee, la menor o mayor incorporación de población a ésta y por tanto la convergencia de intereses comunitarios en actividades participativas.

Por otro lado, la disposición a participar que los integrantes de una organización manifiestan está asociado a las características internas que ésta presenta, en términos de las condiciones laborales a que están sometidos.

¹⁷ Adaptado de García Letelier, en "Servicio Social y Desarrollo Local", U. De Valparaíso, 1982.

Un adecuado clima de trabajo que dé cabida a un conocimiento más estrecho de sus miembros; en que se desarrollen relaciones humanas satisfactorias; un ejercicio democrático y personalizado de la jefatura; adecuados canales de comunicación, están asociados a la mayor o menor probabilidad de estar dispuestos a cambiar el desempeño del rol en el trabajo, es decir, incorporar metodologías nuevas al quehacer.

Este conjunto de características del clima laboral están estrechamente ligadas a la satisfacción que experimenta el trabajador respecto a la labor que realiza al interior de la organización, así la posibilidad de que existan relaciones laborales basadas en la comprensión y en la igualdad, están fuertemente determinadas por la existencia de una considerable concordancia entre lo que considera que son los esfuerzos desplegados en su labor y la expectativa respecto a la retribución que deberían recibir a cambio, lo que está determinado a su vez, por una remuneración justa, por el reconocimiento que los superiores jerárquicos hacen de la labor desempeñada, la existencia de condiciones materiales adecuadas, la posibilidad de especialización, es decir, la incorporación de conocimientos teóricos y prácticos que permitan enfrentar en forma óptima los desafíos del trabajo.

2.1 LA PARTICIPACION EN EL AMBITO DE LA SALUD :

En la transición desde el Modelo Biomédico al Modelo Biopsicosocial en Salud, los Sistemas de Salud existentes en la mayoría de los países, tendrán que sufrir amplios y profundos cambios para adaptarse a las exigencias que implica la integralidad de los aspectos que abarca el concepto Biopsicosocial en Salud. Estos cambios, según lo indica la política de salud de nuestro país, deberán lograrse en el contexto de la Estrategia de Atención Primaria de Salud.

La incorporación de la Participación Social en el sector Salud, se ha hecho difícil debido a la internalización arraigada de la concepción Biomédica de la Salud, la que se ve reforzada por una serie de factores tanto culturales como históricos que truncan la posibilidad real de participación de la población en este cambio de orientación que enmarca a la Salud en un sentido más amplio e integral, cual es el Biopsicosocial.

En nuestro país, el Ministerio de Salud se ha propuesto la misión de crear y fortalecer estrategias encaminadas a la transformación del Sistema de Salud, correspondiendo a una tarea a alcanzar por todos los sectores y estamentos de la sociedad, y no sólo de algunos sujetos y grupos especializados en los aspectos médicos de ésta.

Al impulsarse el cambio desde el nivel local, las probabilidades de que éste corresponda y de respuesta a las necesidades de salud de la población serán mayores, de esta forma, las condiciones propias de cada realidad dan cuenta de la voluntad de cambiar las políticas de salud y de iniciar procesos innovadores, siendo uno de éstos, el cambio de concepción desde Consultorios a Centros de Salud, los cuales constituyen las unidades de los Servicios de Salud que mantienen mayor continuidad de relación con la población.

La Participación Social es el elemento esencial para que éstos continúen su desarrollo, según se consigna en Septiembre de 1988, "los países de las Américas reconocieron a través de la Resolución XV, que aprobó el Documento CD 33114 en la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OMS-OPS; que la forma más efectiva de responder a las necesidades y prioridades en materia de salud es fortaleciendo y coordinando los grupos, instituciones y organismos que están suministrando servicios a nivel local en el contexto de la Estrategia de APS" ¹⁸.

En este contexto, emerge el concepto de Participación Social como un eje integrador ubicado al centro de las estrategias y enfoques conceptuales de Equidad, Descentralización, Intersectorialidad, Promoción de la Salud y Fortalecimiento de la Democracia, alcanzándose con esto la meta de Comunidades Sanas, en la forma y plazos definidos por las autoridades del sector, no olvidando que entre la Participación Social y la Democracia existe una relación recíproca en dos sentidos, pues la amplitud y legitimidad de la

¹⁸ OMS-OPS, " La Participación Social ", Serie HSD-SILOS-3, 1990.

Democracia depende de la amplitud y fuerza de la Participación Social y viceversa.

Según el Centro de Estudios Para América Latina y El Caribe (CEPAL), se entiende la Participación como "una actividad colectiva. Nadie suscribiría hoy la idea de que la participación es un mero y pasivo *estar* o *pertenecer*, mucho más que eso, participar es actuar intencionalmente persiguiendo objetivos y medios cuya combinación supone una estrategia que exige organización, recursos y una concepción inteligente de las acciones necesarias y viables"¹⁹.

En relación al sector salud, la Participación Social se refiere a los procesos sociales a través de los cuales la comunidad local, las organizaciones, las instituciones, los sectores, es decir, todos los actores sociales en todos los niveles dentro de una zona geográfica determinada, intervienen en la identificación de los problemas de salud u otros problemas o fines y se unen en una alianza para diseñar, probar o poner en práctica las soluciones (OMS-OPS).

Reflexiones acerca de la Participación en Salud :

⇒ La Participación Social en Salud requiere para su desarrollo de un proceso democrático que le atañe al Estado y a sus

¹⁹ Marschall, M. Teresa y otras, op. cit.

instituciones. Constituyéndose ésta en un medio para lograr que la sociedad esté en capacidad de relacionarse con el Estado, de modo que éste responda a las expectativas de la sociedad, donde la promoción, el desarrollo y la materialización de la capacidad participativa, son los propósitos del proceso de construcción de ciudadanía.

⇒ La Participación Social en Salud se refiere a la interacción de muchos actores dentro del Sistema, lo que supone una deliberación y negociación entre todos ellos, en la formulación de políticas y toma de decisiones.

⇒ La Participación Social en Salud se basa en el respeto interaccional, que considera intereses y aspiraciones de los diferentes actores; se relaciona con el concepto de Salud Integral entendido como bienestar social, constituyéndose el sector salud en un actor más involucrado en un proceso progresivo desde las experiencias existentes con sus diferentes grados.

⇒ El nivel local, es el escenario por excelencia para el desarrollo de la Participación Social en Salud, éste sintetiza los elementos culturales, políticos, sociales y económicos de la sociedad, traduciéndolos en una dinámica de interacción particular en cada realidad.

⇒ La Participación Social tiene que ver con las relaciones de poder, es decir, cada actor social (individuo, grupo, organización o institución) , cuenta con cierta cantidad de poder para llevar a cabo sus intereses, los cuales se consolidan con el tiempo en pactos sociales, como formas establecidas de relación ya sean implícitas o explícitas, que definen poderes y roles específicos para cada miembro de una sociedad. La Participación Social permite que estas relaciones sociales se modifiquen de modo que no sean posible la marginación, la postergación y la iniquidad²⁰.

De acuerdo a lo señalado, la Participación Social en Salud, no permite una sola mirada, sino más bien, coexisten enfoques técnicos a la par de los políticos, por lo que se hace necesario concebida como un compromiso consistente en una expresión renovada de la Participación, que busca relaciones de mayor equidad entre los actores redistribuyendo el poder y la responsabilidad. Por lo tanto, una participación real en salud significa la capacidad de influenciar las decisiones que puedan modificar la calidad de vida de los sujetos participantes.

Desde este punto de vista la Participación Social en el desarrollo de la Salud es un medio y un fin al mismo tiempo. Es un medio por cuanto, en la medida en que nuevos actores sociales participen en el desarrollo de la salud, aumentará la viabilidad e impacto de las acciones para alcanzar las metas propuestas. Es un fin puesto que la Participación en todas las fases

²⁰ OMS-OPS, op. cit.

de los procesos sociales que promueven el desarrollo de la salud, genera bienestar, confianza y autoestima entre quienes participan.

2.2 MODELO DE PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD :

Por modelo se entiende un esquema teórico de una realidad compleja que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento, también se le señala como un arquetipo o punto de referencia para imitarlo o reproducirlo.

En salud la utilización de constructos teóricos o modelos es necesaria para poder entender y ordenar la diversidad de elementos que la componen, también es dable su utilización como referente para el logro de metas de salud o para revertir el comportamiento de ciertas situaciones; una de éstas, la Participación Social en Salud, tiene su asidero en un modelo especialmente diseñado para fomentarla y perfeccionarla, se trata entonces, de un Modelo Operativo de Participación Social, elaborado por la Comisión de Participación, constituida por el Ministerio de Salud y Divisiones Asesoras.

En esta perspectiva, mediante Decreto Exento 1862 del 8 de Junio de 1994 y publicado en el Diario Oficial el 22 de Junio del mismo año, se creó el Consejo Consultivo Nacional de Salud, con el fin de asegurar la

Participación ... " no sólo de quienes proveen los servicios, sino también de quienes hacen uso de ellos " ²¹ .

El Modelo Operativo de Participación Social, se propone formular, implementar y evaluar estrategias que den impulso a la participación en tres dimensiones :

- a) A nivel interno
- b) A nivel de la relación con otros sectores
- c) A nivel de la relación con usuarios y comunidad

Dentro de los mecanismos de participación interna destaca la posibilidad de reorientar las funciones y ampliar la representatividad de los Consejos Técnicos Administrativos, proponiendo un cambio desde lo meramente informativo y asesor hacia una función propositiva y evaluativa de la gestión. A su vez, propone la incorporación de los distintos estamentos y disciplinas a través de representantes, con el fin de posibilitar su participación en la toma de decisiones respecto de la misión, lineamientos, planes y programas institucionales, colaborando en el avance del proceso de gestión participativa.

²¹ Ministerio de Salud, " Los Directivos del Sector Salud y la Participación Social ", Unidad de Participación Social, DAI, DIPROG, Santiago, 1994.

En tanto, como mecanismos de participación comunitaria e intersectorial se propone la creación de una instancia en que estén representados los distintos actores sociales vinculados con la salud; y de manera especial los usuarios del Sistema Público de Salud y comunidad local. A su vez, este modelo pretende expresar la relación del sector salud con los gobiernos comunales, provinciales y regionales, ubicando las acciones de salud en directa relación con el mejoramiento de las condiciones de vida y el desarrollo social.

Esta interrelación se materializaría a través de una doble participación de autoridades municipales en los Consejos Técnicos Ampliados, especialmente de Servicios de Salud, y su participación en las instancias de representación comunitaria e intersectorial.

Sin perjuicio de lo anterior, la autoridad señala que "***no existen modelos únicos de desarrollo de estos procesos participativos***"²². Por consiguiente, una propuesta global de modelo operativo debe ser capaz de respetar esta diversidad; por otra parte, ser capaz de contribuir a la integración del Sistema de Salud, a su articulación y coordinación interna y a la confluencia de diferentes actores sociales en la gestión de salud.

²² Ministerio de Salud, " Participación Social en el Sistema Público de Salud : Avances y desafíos ", Santiago, 1995

Dimensiones del Modelo de Participación Social :

A) Gestión Interna : Los Consejos Técnicos Administrativos Ampliados.

La presente propuesta está elaborada en conformidad a la normativa vigente, en lo que se refiere a las instancia de participación que establece el Decreto Supremo N° 42 de 1986 del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, el que proporciona a nivel de los Servicios de Salud, un marco jurídico para la constitución de mecanismos de apoyo a la Gestión Interna y Consejos Técnicos Administrativos, cuyo objetivo será facilitar la coordinación de las actividades del organismo asesor al Director en su gestión, emitiendo las opiniones e informes que el requiera.

Por otra parte, a nivel de la red de establecimientos de Atención Primaria en los que se encuentran los Consultorios y Centros de Salud, el Estatuto de Atención Primaria (Ley N° 19.378) entrega recomendaciones para la participación interna en temas específicos, creando para ello algunos mecanismos correspondientes :

1. El artículo 35 indica a las entidades administrativas de salud municipal de cada comuna que se deberá establecer una comisión de concursos, la que estará integrada por :



- El Director del Departamento de Salud Municipal o de la Corporación, según corresponda, o sus representantes.
- El Director del Establecimiento a que corresponda el cargo al cual se concursa.
- El Jefe del Programa de Salud en el que se desempeñará el funcionario.

2. Respecto de la calificación, el artículo 44, señala que por estos efectos, en cada comuna se establecerá una comisión integrada, a lo menos, por un Director de Establecimiento Municipal de Atención Primaria y por dos funcionarios de la misma actividad o profesión cuyo desempeño se deba evaluar.

3. El artículo 47 señala que los funcionarios participarán, con carácter consultivo, en el diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de las actividades del establecimiento donde se desempeñan.

A nivel de Gestión Interna se propone entonces, incentivar la utilización de la normativa vigente, constituyendo, fortaleciendo o reorientando en todos los establecimientos de la red asistencial y Servicios de Salud los " Consejos Técnicos Ampliados ".

Estos consejos podrán tener carácter asesor, propositivos y evaluativos, y estarán constituidos por representantes de los distintos niveles

jerárquicos de la entidad respectiva, cautelando la representatividad de los distintos estamentos técnico-profesionales y asociaciones gremiales o de trabajadores conocidos.

Esta reorientación supone una adecuación a la realidad y requerimientos de cada Servicio de Salud, Institución o Establecimiento, y su constitución dependerá de la estructura organizacional del nivel que corresponda.

B) Acción Comunitaria e Intersectorial : Los Comités de Participación.

El proceso de descentralización de los Gobiernos Regionales y Comunes proporciona marcos jurídicos de diferente naturaleza, para el desarrollo de la Participación Social : Reforma del Capítulo XII de la Constitución Política (12 de noviembre de 1992), Ley Orgánica Constitucional sobre Municipalidades (Ley 19130, del 19 de marzo de 1992), Constitución de los Consejos Comunes (junio de 1992) y Consejos Regionales (abril de 1993) y otros proyectos de Ley entre los cuales se encuentra el Estatuto de Atención Primaria y la Reforma a la Ley de Juntas de Vecinos.

En el sector salud, así como en el ámbito interno, la creación de instancias de representación de los usuarios y otros sectores tiene como respaldo jurídico y administrativo distintas disposiciones y reglamentaciones emanadas desde el nivel Ministerial.

- A nivel de Secretaría Regional Ministerial de Salud :

Como un medio para mejorar la funcionalidad, coordinación y resolutivez de los Servicios de Salud, se inicia entre los meses septiembre y noviembre de 1993, el proceso de creación de los Consejos Consultivos de Salud de las 13 Regiones del país; éstos están integrados por el SEREMI respectivo, Directores de Servicios de Salud, Directores de Hospitales, representantes de Servicios de Sanidad Regionales de las FFAA y Carabineros de Chile, representantes de Mutuales y Clínicas Privadas, representantes del sector académico, gremios profesionales, FENATS de la Región, Alcaldes, trabajadores municipales.

- A nivel de Servicios de Salud y Hospitales :

Los artículos 19 y 90 para los Servicios de Salud y Hospitales respectivamente, avalan la creación de mecanismos de participación de usuarios, comunidad y otros sectores, no sólo por indicaciones del nivel central o gobiernos locales, sino también por acuerdos y disposiciones internas creadas por cada Servicio de Salud o establecimiento.

- A nivel de Consultorio de APS o Centro de Salud :

El estatuto de Atención Primaria en el artículo 57 faculta a los Directores de Servicios de Salud para " estimular, promover y celebrar convenios con las respectivas municipalidades, para traspasar personal en comisiones de servicio u otros recursos, apoyar la gestión y administración de salud y promover el establecimiento de sistemas locales de salud, basados en la participación social, la intersectorialidad y el desarrollo local ".

Expresión concreta de esta facultad ha sido el reciente proceso de negociación desarrollado en el marco de compromisos de gestión en los cuales, tanto los Servicios de Salud como los municipios han establecido metas de común acuerdo con respecto a la creación de instancias de participación social en el ámbito interno como apoyo a la gestión en el ámbito externo como forma de control social y adecuación de los planes y programas a la realidad local.

Dada la posibilidad que ofrece esta normativa, de acuerdo a lo señalado anteriormente, se propone constituir Comités con funciones similares en los Servicios de Salud y en todos los Establecimientos de la red asistencia; que contribuyan a asegurar la real participación de los usuarios.

Es así como adquieren una importancia relevante en participación, los usuarios, la comunidad local y otras organizaciones intermedias :

Es así que recientemente, el 9 de octubre de 1995, se publica la Ley 19418 que establece normas sobre Juntas de Vecinos y demás Organizaciones Comunitarias.

La citada Ley reconoce la importancia que se le asigna a la organización de la comunidad ya que permite el desarrollo de un rol protagónico a las personas y sus organizaciones, para ser gestores y partícipes de su propio proyecto de sociedad. Es así que en su artículo 2º define a :

- Las Unidades Vecinales como el territorio determinado en conformidad con esta Ley, en que se subdividen las comunas, para efecto de descentralizar asuntos comunales y promover la participación ciudadana y la gestión municipal y; en el cual se constituyen, y desarrollan sus funciones las Juntas de Vecinos.

- Las Juntas de Vecinos como las organizaciones comunitarias de carácter territorial representativas de las personas que residen en una misma unidad vecinal y cuyo objetivo es promover el desarrollo de la comunidad, defender los intereses y velar por los derechos de los vecinos y colaborar con las autoridades del Estado y de las Municipalidades.

- Las Organizaciones Comunitarias Funcionales, son aquéllas definidas como tales por la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades, o por la legislación que regula las Asociaciones Indígenas.

Por otra parte, las Organizaciones Intermedias son todas aquellas organizaciones sociales que por su complejidad, función o tamaño, se ubican entre las personas y familias, por una parte, y el Estado, por otra. " El grado de complejidad alcanzado por las sociedades contemporáneas hace aplicable este concepto en forma particular a las organizaciones funcionales, creadas para responder a determinados objetivos de las políticas de desarrollo " (20). Su origen, generalmente, está ligado al proceso de desarrollo mismo, y son función de la búsqueda permanente de aumentar los niveles de bienestar colectivo y de satisfacer necesidades de modernización del modo de vida.

Es posible observar que los objetivos de ambos tipos de organizaciones buscan elevar el nivel de vida de las comunidades partir de diferentes posiciones y perspectivas de la realidad.

La importancia del Comité de Participación Social radica en que éste sea un mecanismo que garantice la participación de usuarios, comunidad local y otros sectores sociales en la perspectiva de generar procesos de control social de la gestión de salud ²³.

El Comité de Participación podrá ser una instancia asesora de la Dirección del Establecimiento o Servicio de Salud y podrá realizar funciones de carácter informativo, propositivo, evaluativo, promotor y/o consultivo, en relación a las acciones en distintas materias vinculadas con la salud. Es un

²³ Ministerio de Salud, " La Misión del Ministerio de Salud Público y de sus Instancias Autónomas ", Santiago, 1994.

organismo asesor de funcionamiento regular y permanente constituido por representantes de los usuarios, comunidad local y establecimiento de salud.

La Participación Social como ya se ha dicho, ha sido altamente valorada a nivel mundial, lo que se refleja a través de los postulados y propuestas de Organismos Internacionales como es el caso de la OPS-OMS, quienes señalan que la Participación Social en Salud es la acción de los actores sociales, con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar los problemas y necesidades, definir prioridades y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud, de una manera deliberada, democrática y concertada. Reconociendo estas Organizaciones que el nivel local sería el escenario por excelencia para el desarrollo de la salud.

Para la OPS-OMS, la Evaluación de la Participación Social pretende animar procesos reflexivos y continuos, fundados en la acumulación conciente de experiencias y conocimientos, mediante los cuales todos los actores sociales se organicen y realicen sus intereses, definan y negocien sus propuestas. Se plantea un proceso interactivo de contrastar y constatar la teoría con la práctica, de análisis crítico y reflexión-acción. Proponiéndose la evaluación como un instrumento de avance hacia el desarrollo de la salud y siendo un medio para que el conocimiento para que las experiencias se nutran recíprocamente.

En un intento por avanzar hacia el desarrollo de la salud con participación ha sido la propuesta para la misma, elaborada por la OPS-OMS, la que entrega una serie de parámetros para evaluar las experiencias de Participación en Salud, a nivel de los diversos países que siguen sus orientaciones.

Haciendo eco a este llamado y de la creciente importancia adquirida por la Evaluación como herramienta de cambio social, nuestro país a través del Ministerio del ramo ha realizado una propuesta para la participación elaborada por la OPS-OMS, surgiendo de ésta cinco Categorías Analíticas, cada una de las cuales anima procesos de análisis y reflexión sobre los actores que participan y los escenarios y los procesos para la participación.

Estas Categorías Analíticas son: - Extensión, Intensidad, Modalidad, Impacto, Sostenibilidad.

1. Extensión :

Hace referencia a la incorporación de nuevos actores sociales y la consolidación de viejos actores sociales en el proceso de Participación en Salud. El objetivo es establecer de qué forma las características que adquieren estos actores, sus capacidades, los intereses que representan, el apoyo que reciben y las relaciones entre los actores, limitan o favorecen la participación social. El análisis de estos datos permitirá delinear estrategias que aumenten las oportunidades para la participación y amplíen la convocatoria a más participantes en el desarrollo de la salud. Todo esto exige reflexionar sobre quiénes son los que participan, de qué manera la convocatoria institucional limita o favorece la participación. Implica hacer cada vez mayores esfuerzos por aumentar las oportunidades y ampliar la convocatoria a más participantes.

2. Intensidad :

Se refiere en qué y cómo participan los diversos actores sociales, permitiendo el análisis de esta categoría, establecer cuáles son los escenarios, mecanismos y oportunidades para participar y construir capacidades y protagonismos de los actores sociales involucrados.

3. Modalidad :

Esta categoría hace referencia a la dinámica y naturaleza de la participación y fortalecimiento de los procesos participativos, es decir, a las características que adquiere la participación entre los actores sociales. El objetivo es determinar la forma en que los actores desarrollan la toma de decisiones, la elaboración de propuestas, la negociación de prioridades y propuestas, la concertación de acciones y recursos entre los actores sociales en la resolución de conflictos lo que permitirá conocer la manera en que contribuyen las instituciones a construir capacidades en los actores, maduración y utilidad de los procesos participativos.

4. Impacto :

Esta categoría trata acerca del logro de las metas de salud, así como construcción y fortalecimiento de la participación en la sociedad civil y de los valores de la comunidad, además del avance alcanzado en el logro de las metas de salud, las que se refieren a mejoras en las condiciones de los grupos vulnerables, protección del medio ambiente y condiciones sanitarias. Para ello es necesario investigar la Participación de los miembros de la comunidad en la priorización de acciones en cuanto al logro de pactos sociales para el desarrollo de la salud, de acciones intersectoriales y compromisos concertados.

5. Sostenibilidad :

Esta categoría se refiere a la construcción de capacidades de los actores para la participación y continuidad en las metas y procesos de Participación Social en Salud. Para ello se investiga la construcción de capacidades y protagonismo en nuevos actores en la generación de política pública; adopción de responsabilidades, compromisos y acciones de parte de los actores sociales para el bienestar colectivo.

3. EVALUACION :

La Evaluación en su acepción más simple remite al " acto de juzgar o apreciar la importancia de un determinado objeto, situación o proceso, en relación con ciertas funciones que deberían cumplirse o con ciertos criterios o valores, explicitados o no" ²⁴ .

Esta definición dice relación con un acto universal, implícito y espontáneo que cada persona o colectividad lleva a cabo al valorar las experiencias que conoce, estableciendo para ello parámetros que pueden ser ellos mismos u otras colectividades.

Este proceder frente a la realidad ha sido asimilado a las formas más avanzadas del Conocimiento Científico en las Ciencias Sociales, sistematizando sus métodos de forma que sea un conjunto de conocimientos teóricos y metodológicos que den respuesta objetivamente a la realidad evaluada ²⁵ . Cobrando especial relevancia en el campo de las acciones sociales, pues los factores que intervienen son excesivamente dinámicos y por tanto requieren de una permanente adecuación programática a fin de enfrentar con éxito la responsabilidad del trabajo con la comunidad. Los resultados obtenidos de la evaluación permitirán llevar a cabo un proceso racional de

²⁴ Briones, G., " Evaluación de Programas Sociales ", Edit. Trillas, México, 1985.

²⁵ Caride Gómez, J., " La Evaluación como Mediación ", Universidad de Santiago de Compostela, España.

toma de decisiones en cuanto a la marcha de un proyecto, estableciéndose su viabilidad en términos económicos y sociales.

Este último elemento es parte de las alternativas de decisión a las que se puede llegar luego de una evaluación, las otras hacen referencia a:

- a) continuar o discontinuar el proyecto que se está evaluando
- b) mejorar sus prácticas o procedimientos;
- c) modificar la estrategia de desarrollo;
- d) añadir o desechar técnicas en relación con las que se estén empleando;
- e) establecer proyectos semejantes en realidades similares; asignar recursos escasos entre programas que compiten entre sí;
- g) aceptar o rechazar un enfoque o teoría sobre el proyecto en ejecución.

A raíz de lo anterior, la epistemología positivista exige que las evaluaciones respondan a determinados requisitos acordes a la complejidad metodológica de la evaluación.

Los requisitos a que la evaluación debe responder son:

a) *Objetiva*, es decir, la evaluación debe medir, analizar y concluir sobre los hechos tal como ellos se presentan en la realidad, sin contaminarlos con la manera de pensar o de sentir de los evaluados.

b) *Validez*, este requisito se entiende cumplido cuando la información con que trabaja es pertinente y adecuada a aquello que se desea medir en el estudio.

c) *Confiabilidad*, dice relación con la solidez o grado de certeza de la información que se registra, de forma que ésta permita a investigadores diferentes obtener resultados iguales o parecidos al del estudio original.

d) *Oportuna*, debe ser aplicada en el momento adecuado a fin de que no se produzcan distorsiones a la situación evaluada durante un período, como producto del transcurso del tiempo.

e) *Práctica*, la evaluación debe estar condicionada en cuanto a sus características con el destino que se quiere dar a sus conclusiones y éstas deben servir de sustento al proceso de toma de decisiones en relación con la situación evaluada.

En el campo comunitario la evaluación se considera una técnica que permite la intervención de la comunidad organizada en el nivel de análisis cuali-cuantitativo de los logros y fracasos que se obtienen de la realización de una acción programada ²⁶.

Por otro lado, cada evaluación suele tener un ámbito distinto en función de las cuestiones a las cuales intenta responder, distinguiéndose así, cuatro clases de evaluación:

1. En función del propósito específico que motiva la evaluación: Evaluación Formativa o de Proceso y Evaluación Conclusiva o de Resultados.

1.1 Evaluación Formativa o de Proceso: Responde a una preocupación por obtener información sobre la marcha de un programa, de forma progresiva durante su desarrollo, con el objeto de dar a conocer a sus directores y personal, y poder éstos así introducir las modificaciones programáticas que estimen oportunas.

1.2 Evaluación Conclusiva o de Resultados: Busca proporcionar la información necesaria para poder hacer una valoración global sobre los resultados de un programa y su utilidad. Este tipo de evaluación se corresponde, en virtud de sus objetivos de evaluación con las Evaluaciones de Impacto y de Eficiencia.

²⁶ OPS-OMS, " Planificación Participante ", DOC HP-HE-12, Washington DC, 1975.

2. En función de la naturaleza del estudio: Evaluación Descriptiva y Evaluación Analítica.

2.1 Evaluación Descriptiva: Tiene por objetivo obtener parámetros cuantitativos que puedan ser aplicados a grupos o individuos que se benefician de una política o participan en un programa y/o a las organizaciones que los administran .

2.2 Evaluación Analítica: A diferencia de la anterior, intenta responder a cuestiones de tipo causa-efecto. Requiere, por tanto, la utilización de modelos teóricos y diseños de investigación adecuados para demostrar que las interpretaciones causales son ciertas .

3. En función de la relación de los evaluadores con la organización que patrocina la Evaluación en: Interna y Externa .

3.1 Evaluación Interna: Este tipo de evaluación es realizada por técnicos que pertenecen al programa evaluado .

3.2 Evaluación Externa: Es realizada por expertos ajenos al programa, proporcionando mayor objetividad, competencia e independencia a los evaluadores.

4. Metaevaluación: Se refiere a la evaluación de las evaluaciones y se realiza con la finalidad de descubrir las fortalezas y debilidades que se presentaron durante el proceso evaluativos.

Al llevar a cabo una investigación evaluativa, es necesario contar con un Modelo Evaluativo que oriente los pasos o fases metodológicas que se requieren al desarrollar este proceso.

El Modelo Evaluativo se define como: " Una representación conceptual que permite reducir el análisis de cualquier realidad evaluativa, a un número finito de dimensiones, permitiendo de esta forma visualizar la estrategia evaluativa adecuada al problema o programa a evaluar "²⁷ .

Los Modelos de Evaluación obedecen a dos Paradigmas, los que son: el Paradigma Experimental o Cuantitativo y el Socioantropológico o Cualitativo.

El Paradigma Experimental se basa en la creencia y búsqueda de la objetividad de la evaluación como resultado de la contabilidad y validez de los instrumentos empleados para la obtención de la información y para el análisis de los datos; la verificación experimental de las hipótesis exigiendo tratamiento estadístico de los datos, y el seguimiento riguroso de una metodología estadística con énfasis en productos o resultados.

²⁷ Espinoza, Mario, " Evaluación de Programas Sociales ", Buenos Aires, 1975.

De este Paradigma se derivan, entre otros, tres Modelos: Análisis de Sistemas, Consecución de Metas y el Modelo de facilitación de decisiones.

El Paradigma Cualitativo, esta guiado por supuestos que señalan que la objetividad en la evaluación es siempre relativa, dado su carácter humano, intencional, tentativo y sujeto a errores y limitaciones; la evaluación debiera considerar diferentes opiniones, posiciones o ideologías en la interpretación de los hechos; la evaluación debe preocuparse de los efectos secundarios y a largo plazo; y además incorporar técnicas y supuestos de la metodología etnológica de la investigación de campo.

De este Paradigma se derivan, entre otros, tres Modelos: el Modelo de Crítica Artística, el Modelo de Evaluación Iluminativa, y el Modelo de Evaluación basado en Negociaciones.

Por otro lado, Guillermo Briones entiende por Modelo de Evaluación un esquema o diseño general que caracteriza la forma de la investigación evaluativa a realizar, las técnicas o procedimientos para la recolección y análisis de la información, el conocimiento final que se desea obtener y los usuarios principales de los resultados del estudio. Este autor distingue dos tipos generales de modelos de Evaluación: los Modelos Analíticos y los Modelos Globales.

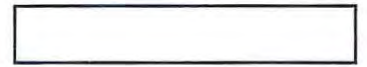
Los Modelos Analíticos, a su vez, distinguen al Modelo de Contexto-Insumo-Proceso-Producto y el Modelo de Referentes Específicos, los que se caracterizan por estar relacionados con paradigmas epistemológicos explicativos y a través de ellos con posiciones realistas u objetivas. Su finalidad es explicar el funcionamiento del programa y sus resultados, en términos de alguna teoría o mediante los factores causales de diversa naturaleza.

Los Modelos Globales definen como tarea final de la evaluación lograr establecer el significado de las acciones y actividades desarrolladas en el programa, para ello se basan en paradigmas interpretativos o comprensivos. Este modelo no hace referencia a factores causales y privilegia la información de tipo cualitativa. Dentro de éstos se encuentra el Modelo de Investigación Iluminativa.

El Modelo de Evaluación basado en Negociaciones también conocido como Estudio de Casos, concibe a la evaluación como un sistema neutro de información, que permite la participación en negociaciones de todos los comprometidos en el desarrollo de un programa; intenta exponer la percepción de otros acerca del programa evaluado y sobre todo pretende que el lector de la evaluación quede enfrentado con sus mismas creencias y formas de interpretación.

CAPITULO

TERCERO



ESTRATEGIA EVALUATIVA



ESTRATEGIA EVALUATIVA

El objeto a evaluar en el presente Seminario es la Participación Social enmarcada en la Estrategia de Atención Primaria de Salud en los Consultorios de Salud Urbano Municipalizados de la Comuna de Valparaíso: Placeres, Reina Isabel, Esperanza, Barón, Las Cañas, Mena, Cordillera, Quebrada Verde, Puertas Negras y Rodelillo .

Las Variables que contendrá el estudio son: Extensión, es decir, los actores sociales involucrados en el proceso de la Participación Social; la Intensidad, o los espacios en que se lleva a cabo la Participación; y la Modalidad que se refiere a la toma de decisiones en el Proceso de Participación Social que llevan a cabo los actores sociales involucrados en Salud, es decir, el Equipo de Salud, Organizaciones Comunitarias e Intermedias y Familias Usuarias. Estas Variables constituyen una readaptación de la propuesta de evaluación de la Participación Social en Salud realizada por el Ministerio de Salud, acogiendo los rasgos más relevantes, para efectos del presente Seminario, de las Categorías Analíticas contenidas en dicha propuesta.

Evaluar la Extensión tiene como objeto llegar a establecer la intervención que tienen los actores sociales en el Proceso de Participación Social en Salud, y el concepto que éstos manejan del mismo, lo que permitirá delinear estrategias que aumenten las oportunidades para la participación y ampliar la convocatoria en el desarrollo de la salud.

La Intensidad será evaluada a fin de determinar el contexto físico y organizacional en que surge y se desarrolla la Participación Social, y de esta forma implementar estrategias adecuadas a esta realidad.

La Modalidad, en tanto, será evaluada con el fin de establecer la forma en que los actores sociales llevan a cabo la toma de decisiones en las diferentes etapas del Proceso de Participación Social, para posteriormente

delinear estrategias que permitan abrir escenarios para la maduración y continuidad de dichas etapas.

La evaluación de estas tres variables determinará el estado de la Participación Social en Salud, entregando una visión integral de ésta en el marco de las metas de Salud establecidas por el Ministerio del área, permitiendo así recobrar experiencias participativas a fin de establecer Propuestas Locales que promuevan la Participación Social a nivel de los Consultorios Urbano Municipalizados de Salud.

Como complemento de lo anterior, se plantea una Hipótesis Descriptiva orientada a contextualizar la información obtenida como resultado de la evaluación, a fin de que las propuestas que deriven de ésta adquieran un carácter local.

1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION EVALUATIVA

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la Participación Social enmarcada en la Estrategia de Atención Primaria, en los Consultorios de Salud Urbano Municipalizados de la Comuna de Valparaíso.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Evaluar la Extensión de la Participación Social enmarcada en la Estrategia de Atención Primaria de Salud, en los Consultorios de Salud Urbano Municipalizados de la Comuna de Valparaíso.

2. Evaluar la Intensidad de la Participación Social enmarcada en la Estrategia de Atención Primaria de Salud, en los Consultorios de Salud Urbano Municipalizados de la Comuna de Valparaíso.

3. Evaluar la Modalidad de la Participación Social enmarcada en la Estrategia de Atención Primaria de Salud, en los Consultorios de Salud Urbanos Municipalizados de la Comuna de Valparaíso.

1.2 HIPOTESIS DESCRIPTIVA:

Las Familias Usuarias, Organizaciones Comunitarias e Intermedias y el Personal de Salud de los Consultorios Urbano Municipalizados de la Comuna de Valparaíso presentarían características económicas y sociales: organizacionales; y laborales, respectivamente, que no favorecerían la efectiva Participación Social en Salud.

2. TIPO DE EVALUACION :

Las características asumidas por la presente Evaluación la definen en función de su propósito, como una Evaluación de Proceso, pues permite entregar resultados parciales acerca del estado actual de la Participación Social en los Consultorios de Salud Urbano Municipalizados de la

Comuna de Valparaíso, lo cual generará la retroalimentación necesaria para asegurar la coherencia que debe existir entre ésta y la Política Social de Salud que la promueve, y de esta forma llegar a introducir modificaciones oportunas a fin de impulsar el desarrollo del proceso participativo en salud.

Por otra parte, la Evaluación presentará un análisis descriptivo que permitirá obtener una panorámica acerca de la Participación Social existente en los Consultorios de la Comuna, para lo cual se recolectará información pertinente al tema a través de la aplicación de técnicas cuantitativas y cualitativas abogando para ello a la naturaleza necesariamente flexible de toda evaluación.

Para dar curso al estudio, se diseñó al Modelo de Evaluación de la Participación Social a nivel de Consultorios de Salud Urbano Municipalizados, E. P.S..

La matriz epistemológica que subyace al Modelo E.P.S. es la corriente positivista, la que busca generar conocimiento a través del Método Científico, utilizando técnicas cuali-cuantitativas e instrumentos acordes a ésta. La aplicación del Modelo Evaluativo busca entregar los elementos necesarios para retroalimentar la realidad estudiada.

Por otra parte, el Modelo diseñado por el Equipo Seminarista, como se esbozó anteriormente, encuentra antecedentes en el "Esquema Metodológico para la Evaluación de Experiencias de Participación social en el

Sector Salud' propuesto por la OPS-OMS y adaptado por el Ministerio del ramo de nuestro país, específicamente en lo que se refiere a la selección de tres de las cinco Categorías Analíticas consideradas en dicho esquema; cuales son Extensión, Intensidad y Modalidad.

Así también el Modelo E.P.S., se ve influido por el Modelo de Evaluación Contexto, Insumo, Proceso, Producto (C.I.P.P.), al acoger y hacer propios elementos constituyentes de éste, ajustándolos a sus propios requerimientos; las variables del modelo C.I.P.P que son consideradas en el Modelo E.P.S. son: el Proceso, el Contexto y el Insumo. Se pone énfasis en el Proceso por tratarse, la Participación Social, de un continuo en el tiempo y no de un programa con un plazo de término prefijado; se relaciona con el Contexto, puesto que la Participación atraviesa todo el Sistema de salud, y especialmente la Estrategia de Atención Primaria, la que se desarrolla en un contexto local; en cuanto a los Insumos, estos son considerados desde la perspectiva de la política sectorial y de los recursos con que cuenta la comunidad local.

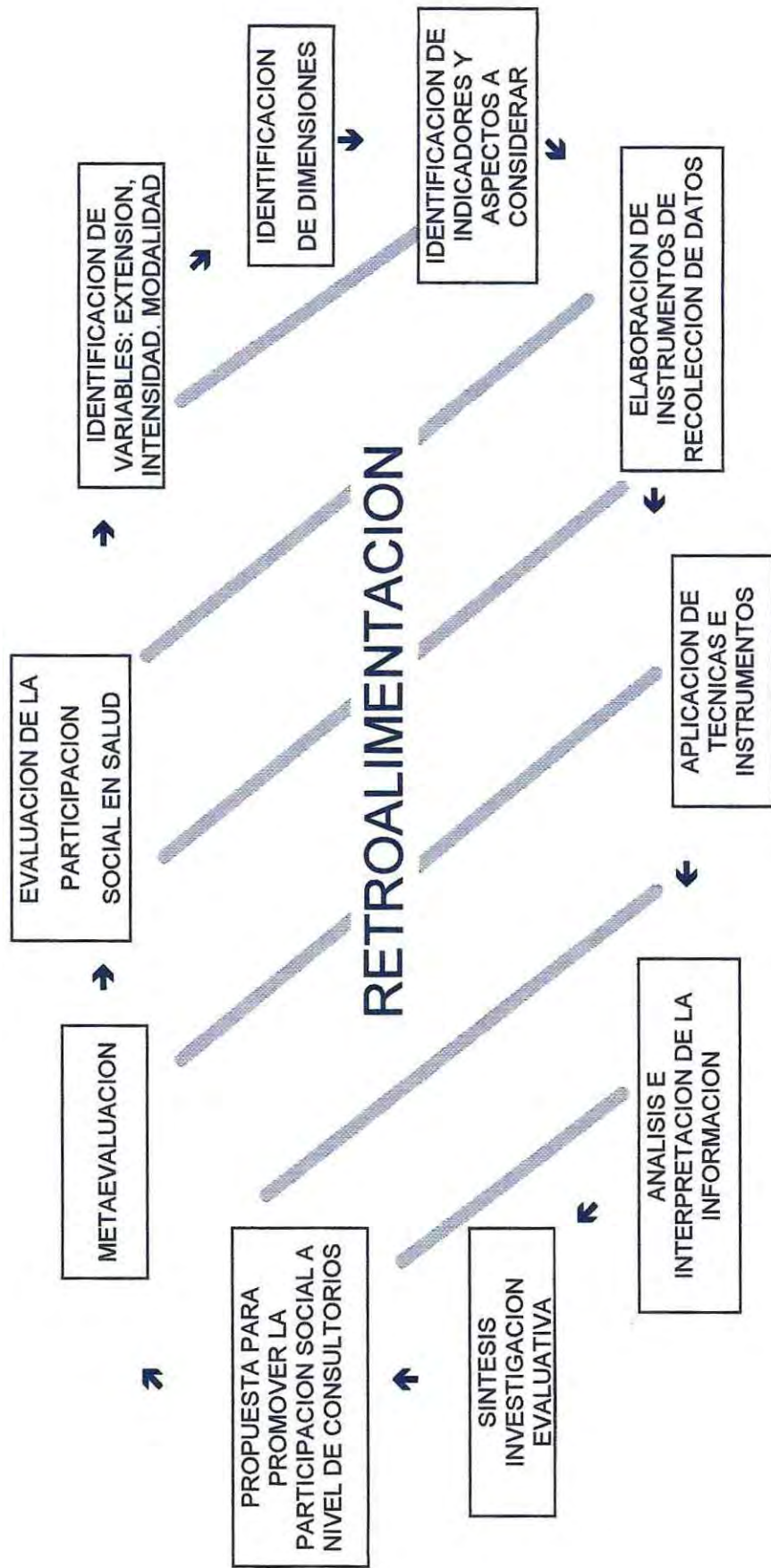
Otro aspecto del C.I.P.P. acogido por el presente Modelo, dice relación con su enfoque sistémico, flexibilidad y sensibilidad ante la retroalimentación constante, tanto del mismo como de la evaluación a desarrollar.

Cabe mencionar que una de las principales fortalezas del Modelo E.P.S., dice relación con su origen al haber sido creado para abordar una realidad específica, cual es la Participación Social en Salud, lo que permite

dar respuesta a la carencia de un Modelo Local de Evaluación de ésta a nivel de los Consultorios de Salud.

El Modelo E.P.S. consta de seis etapas en su desarrollo, las que se grafican en la siguiente figura:

Figura 3. Modelo de Evaluación de la Participación Social en los Consultorios Urbano Municipalizados de la Comuna de Valparaíso



La Primera Etapa considera la Definición del Objeto a Evaluar, la Participación Social, de la cual se desprenden las Variables del estudio, estas son : Extensión, Intensidad y Modalidad. Posteriormente se realiza la Identificación de las Dimensiones e Indicadores o Aspectos Cualitativo según corresponda, lo que constituye la Operacionalización del Estudio.

La Segunda Etapa del Modelo contiene la Elaboración de Instrumentos y Técnicas de Recolección de Datos. De esta forma, ya definido el objeto de evaluación y el diseño de la investigación, corresponderá avanzar en cuanto a la elaboración o construcción de aquellos instrumentos y técnicas más adecuadas para la recolección de la información idónea a las pretensiones del estudio.

La Etapa posterior del Modelo, da cuenta de la Ejecución de la Investigación Evaluativa, así la aplicación de técnicas e instrumentos permite continuar con la línea lógica trazada en cuanto a la metodología implícita del modelo.

De los resultados obtenidos en la etapa anterior se desprende la Etapa correspondiente al Análisis y Contrastación de los Datos, la que se llevará a cabo en relación a las tres Variables surgidas del estudio, es decir, en relación a la Extensión, Intensidad y Modalidad, luego de lo cual se estará en condiciones de presentar una Síntesis Evaluativa del estudio.

El Planteamiento de Propuestas Estratégicas para la Participación Social a nivel de Consultorios de Salud Urbanos Municipalizados, emerge como la siguiente Etapa del estudio, orientándose a retroalimentar el Proceso Participativo evaluado.

Finalmente, el Modelo E.P.S. contempla la Metaevaluación, consistente en la valoración de la evaluación realizada por las autoras.

3. SELECCION DE LAS UNIDADES DE ANALISIS.

El universo del estudio está constituido por los actores sociales que conforman el área Extrasectorial en los Consultorios de Salud Urbanos Municipalizados de la Comuna de Valparaíso, distinguiéndose cuatro grupos:

1. Las Familias Usuaras de cada Consultorio de Salud.
2. El Personal de Salud de los Consultorios, integrado por cinco estamentos: los Directores de los Establecimientos; los Profesionales regidos por la Ley 15.076 (médicos-cirujanos, farmacéuticos, químicos-farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos-dentistas); otros profesionales (asistentes sociales y

psicólogos); técnicos de nivel superior y técnicos en salud; y administrativos de la salud.

3. Organizaciones Comunitarias como Juntas de Vecinos, Centros de Madres, Centros Juveniles, Clubes Deportivos y Clubes de Ancianos, que tengan residencia en el radio de acción de los Consultorios.

4. Organizaciones Intermedias con presencia en la comunidad, como Liceos, Escuelas, Jardines Infantiles, Centros de Atención Diurna, Hogares de Menores, Hogares de Ancianos y ONGs.

Las Unidades de Análisis son las siguientes:

- Representantes de las Familias Usuarias con mayor cercanía a los Consultorios de Salud.

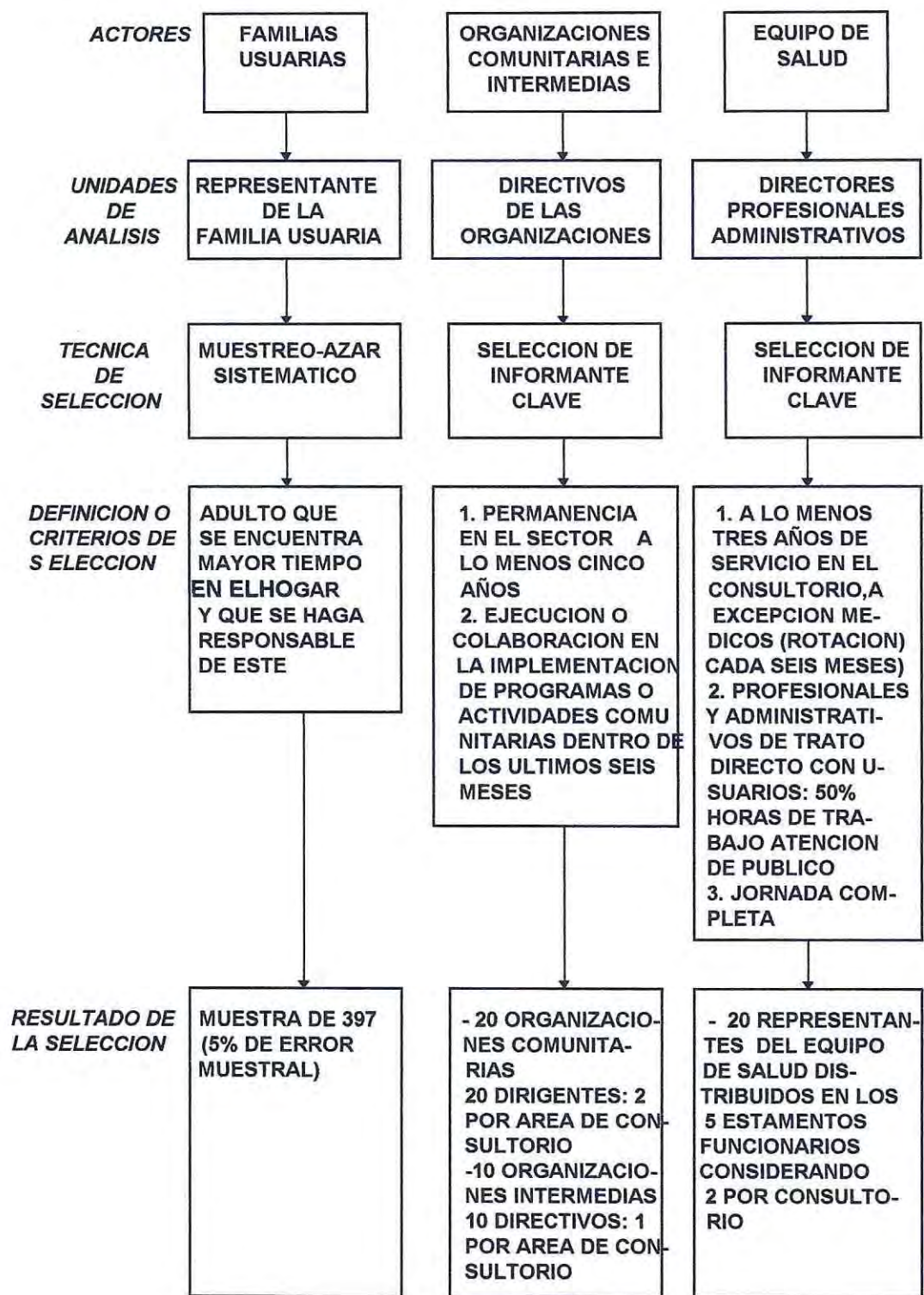
- Los Directores de los Consultorios de Salud, profesionales sujetos a la Ley 15.076, otros profesionales, técnicos de nivel superior, técnicos en salud y administrativos de la salud .

- Los Directivos de Organizaciones Comunitarias e Intermedias con presencia en la comunidad.

Por tratarse de una evaluación que recoge información tanto cualitativa como cuantitativa, las técnicas de selección de las unidades de análisis tendrán un enfoque bidimensional. Se utilizará Muestreo Estadístico o cuantitativo para las familias usuarias, con el fin de que exista una distribución proporcional en los diez Consultorios, de acuerdo al aporte de cada uno de éstos al universo; el Muestreo utilizado para el Personal de Salud y Organizaciones Comunitarias e Intermedias corresponderá al Estructural o cualitativo, por cuanto se pretende que la diversidad de opiniones sean representativas a dicho colectivo. El número de informantes clave que compone la anterior muestra, debió ser previamente delimitado, en base a la envergadura del estudio y al alcance de recursos humanos del Equipo Seminarista.

A través del siguiente diagrama se presenta esquemáticamente, el procedimiento y técnicas utilizados en la selección de las unidades de análisis :

Figura 4. Diagrama Actores Involucrados en la Participación Social en Salud



4. OPERACIONALIZACION :

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DIMENSION	DIRIGIDO A	INDICADOR O ASPECTO CUALITATIVO	CRITERIOS DE EVALUACION DE LA DIMENSION	CRITERIO DE EVALUACION DE LA VARIABLE	INSTRUMENTO
EXTENSION DE LOS ACTORES SOCIALES EN EL PROCESO DE PARTICIPACION SOCIAL EN LOS CONSULTORIOS URBANOS MUNICIPALIZADOS Y LA DEFINICION DE PARTICIPACION SOCIAL QUE ESTOS ENTREGAN.	1. INTERVENCION CONJUNTA DE ACTORES SOCIALES EN EL PROCESO DE PARTICIPACION SOCIAL	PERSONAL DE SALUD	<ol style="list-style-type: none"> Realización de actividades de salud en conjunto con las familias usuarias Realización de actividades de salud en conjunto con Organizaciones Comunitarias Realización de actividades de salud en conjunto con Organizaciones Intermedias Participación en agrupaciones de promoción de la salud 	<p>Se considerará Adecuada la dimensión Intervención conjunta de los actores sociales en el proceso de participación en salud, cuando la opinión del Personal de salud y de las Organizaciones Comunitarias e Intermedias confirme la presencia de los aspectos cualitativos que la componen y cuando en las Familias Usuarías se presenten los Indicadores 1, 2, 3 y 4.</p>	La Variable Ex-tensión será significativa cuando las dimensiones que la componen hayan resultado adecuadas.	ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
		ORGANIZACIONES COMUNITARIAS E INTER-MEDIAS	<ol style="list-style-type: none"> Realización de actividades de salud en conjunto con las familias usuarias 			ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

		<p>2. Realización de actividades de salud en conjunto con el Personal de Salud</p> <p>3. Realización de actividades de salud en conjunto con Organizaciones Intermedias o Comunitarias según corresponda</p> <p>4. Participación en agrupaciones de promoción de la salud</p>	<p>2. Realización de actividades de salud en conjunto con el Personal de Salud</p> <p>3. Realización de actividades de salud en conjunto con Organizaciones Intermedias o Comunitarias según corresponda</p> <p>4. Participación en agrupaciones de promoción de la salud</p>		<p>CUESTIONARIO</p>
<p>2. CONCEPTO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD</p>	<p>PERSONAL DE SALUD</p>	<p>1. Intervención conjunta de los actores sociales</p> <p>2. Intervención de los actores sociales en el proceso</p>	<p>1. Planteamiento de problemas de salud comunitarios</p> <p>2. Planteamiento de propuestas de salud en el Consultorio</p> <p>3. Participación en agrupaciones que promueven la Salud</p>	<p>Se considerará Adecuada la dimensión Concepto de Participación Social en Salud, cuando la opinión del Per-</p>	<p>ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA</p>

	<p>de Toma de decisiones</p> <p>3. Existencia de espacios Físicos e Instancias Organizacionales</p>	<p>sonal de salud y de las Organizaciones Comunitarias e Intermedias, confirman la presencia de los aspectos cualitativos que la conforman y cando en las Familias usuarias se presenten los Indicadores 1, 2 y 3</p>	
<p>Organizaciones Comunitarias Intermedias</p>	<p>1. Intervención conjunta de los actores sociales</p> <p>2. Intervención de los actores sociales en el proceso de Toma de decisiones</p> <p>3. Existencia de espacios Físicos e Instancias Organizacionales</p>		<p>ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA</p>
<p>Familias Usuarias</p>	<p>1. Intervención conjunta de los actores sociales</p> <p>2. Intervención de los actores sociales en el proceso de Toma de decisiones</p> <p>3. Existencia de espacios Físicos e Instancias Organizacionales</p>		<p>CUESTIONARIO</p>

VARIABLE	DIMENSION	DIRIGIDO A	INDICADOR O ASPECTO CUALITATIVO	SUBINDICADOR	CRITERIO DE EVALUACION DEL INDICADOR	CRITERIOS DE EVALUACION DE LA DIMENSION	CRITERIO DE EVALUACION DE LA VARIABLE	INSTRUMENTO
INTENSIDAD: EXISTENCIA DE ESPACIOS FISICOS Y ORGANIZACIONALES PARA DAR CURSO A LA PARTICIPACION SOCIAL EN LOS CONSULTORIOS DE SALUD URBANO MUNICIPALIZADOS	1. ESPACIO FISICO	PERSONAL DE SALUD	<p>1. Existencia de un espacio físico dentro o fuera del Con-sultorio para realizar actividades de participación en salud</p> <p>2. Utilización de los espacios físicos para realizar actividades de participación en salud</p> <p>3. Condiciones materiales adecuadas de los espacios físicos para realizar actividades de participación en salud</p>			<p>Se considerará la Dimensión Espacio Físico cuando la opinión del Personal de Salud y de las Organizaciones Comunitarias e Intermedias confirme la presencia de los aspectos cualitativos que la componen y cuando en las Familias Usuarias se presenten los Indicadores 1, 2 y 3.</p>	<p>La Variable Intensidad será Significativa cuando todas las dimensiones que la componen hayan resultado Adecuadas</p>	ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

<p>ORGANIZACIONES COMUNITARIAS - INTERMEDIAS</p>	<p>1. Existencia de un espacio físico dentro o fuera del Consultorio para realizar actividades de participación en salud</p> <p>2. Utilización de los espacios físicos para realizar actividades de participación en salud</p> <p>3. Condiciones materiales adecuadas de los espacios físicos para realizar actividades de participación en salud</p>		<p>ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA</p>
<p>FAMILIAS USUARIAS</p>	<p>1. Existencia de un espacio físico dentro o fuera del Consultorio para realizar actividades de participación en salud</p> <p>2. Utilización</p>		<p>CUESTIONARIO</p>

<p>de los espacios físicos para realizar actividades de participación en salud</p> <p>3. Condiciones materiales adecuadas de los espacios físicos para realizar actividades de participación en salud -</p>	<p>1. Existencia de Agrupaciones que Promueven la salud: a) Grupos de monitoreo b) Grupos de Autoayuda c) Grupos de Salud o Voluntariado d) Grupo Promocional de salud</p> <p>2. Funciones de carácter participativo ejercidas por agrupaciones de promoción</p>	<p>2. INSTANCIAS ORGANIZACIONALES</p>	<p>PERSONAL DE SALUD</p>	<p>Se considerará Adecuada la Dimensión Organizacional cuando la opinión del Personal de Salud y de las Organizaciones Comunitarias e Intermedias confirme la presencia de los aspectos cualitativos que la componen y cuando en las Familias Usuarias todos los Indicadores se hayan cumplido</p>	<p>ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA</p>
---	--	---------------------------------------	--------------------------	--	------------------------------------

	<p>de la salud:</p> <p>a) Función Educativa</p> <p>b) Función Integradora</p> <p>c) Función Coordinadora</p> <p>3. Existencia de Organismos de promoción de la Participación en salud:</p> <p>a) Comisión Mixta Salud Educación</p> <p>b) Comités de Participación en Salud</p> <p>4. Percepción de utilidad respecto a los Organismos de Promoción de la Participación en Salud</p>			<p>ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA</p>
<p>ORGANIZACIONES COMUNITARIAS INTERMEDIAS</p>	<p>1. Existencia de Agrupaciones que Promueven la salud:</p> <p>a) Grupo de monitores</p> <p>b) Grupos de Autoayuda</p>			

FAMILIAS USUARIAS	de promoción de la Participación en Salud	1. Conocimiento de Agrupaciones que Promueven la Salud	<p>a) Conocimiento de Grupos monitores de salud</p> <p>b) Conocimiento de Grupos de Autoayuda</p> <p>c) Conocimiento de Grupos de salud o Voluntariado</p>	Se considerará cumplido el indicador cuando se presenten los Subindicadores a), b) y c)		CUESTIONARIO
	2. Funciones de carácter participativo de agrupaciones que promueven la salud	<p>a) Función Educativa</p> <p>b) Función Integradora</p> <p>c) Función Coordinadora</p>	Se considerará cumplido el indicador cuando se presenten los Subindicadores a), b) y c)			
	3. Existencia de organismos que promueven la participación en salud	<p>a) Conocimiento de Comisión Mixta Salud-Educación</p> <p>b) Conocimiento de Comités de Participación</p>	Se considerará cumplido el indicador cuando se presenten los Subindicadores a) y b).			

VARIABLE	DIMENSION	DIRIGIDO A	SUBDIMENSION	INDICADOR O ASPECTO CUALITATIVO	CRITERIO DE EVALUACION DEL INDICADOR	CRITERIO DE EVALUACION DE LA SUBDIMENSION	CRITERIO DE EVALUACION DE LA VARIABLE	INSTRUMENTO
MODALIDAD: TOMA DE DECISIONES REALIZADAS EN CONJUNTO POR LOS ACTORES SOCIALES, DESTINADA A RESOLVER LOS PROBLEMAS SENTIDOS POR LA COMUNIDAD	1. DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO	PERSONAL DE SALUD		1. ACTORES INVOLUCRADOS: a) Familias Usuarías b) Organizaciones Comunitarias c) Organizaciones Intermedias d) Personal de Salud del Consultorio 2. PROBLEMATIZACIÓN: a) Realización de identificación de necesidades y problemas b) Difusión de las conclusiones			Se considerará Adecuada la Dimensión Diagnóstico Participativo cuando las opiniones del Personal de Salud y de las Organizaciones Comunitarias e Intermedias confirmen la presencia de los aspectos cualitativos que contiene y cuando las Familias Usuarías cumplan con todas las Subdimensiones.	ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
		ORGANIZACIONES COMUNITARIAS INTERMEDIAS		1. ACTORES INVOLUCRADOS: a) Familias Usuarías b) Organizaciones				ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

			<p>DIAS</p>	<p>Co-munitarias c) Personal de Salud</p> <p>2. PROBLEMATIZACIÓN: a) Realización de identificación de necesidades y problemas b) Difusión de las conclusiones</p>	<p>2. PROBLEMATIZACIÓN</p> <p>a) Realización de identificación de necesidades y problemas b) Difusión de las conclusiones</p>	<p>CUESTIONARIO</p>
		<p>Se considerará que la Subdimensión se cumple cuando se presenten los indicadores 1 y 2</p>				
		<p>Se considerará que la Subdimensión se cumple cuando se presenten los indicadores 1, 2, 3 y 4</p>			<p>FAMILIAS USUARIAS</p> <p>1. PROBLEMATIZACIÓN</p> <p>2. ACTORES INVOLUCRADOS</p>	<p>1. Conocimiento de la realización de Diagnósticos Participativos 2. Conocimiento de la Difusión de las Conclusiones</p> <p>1. Familias Usuarias 2. Organizaciones Comunitarias 3. Organizaciones Intermedias 4. Personal de Salud del</p>

	<p>2. PROGRAMACION PARTICIPATIVA</p>	<p>PERSONAL DE SALUD</p>		<p>Consultorio</p> <p>1. ACTORES INVOLUCRADOS:</p> <p>a) Familias Usuarias</p> <p>b) Organizaciones Comunitarias</p> <p>c) Organizaciones Intermedias</p> <p>d) Personal de Salud del Consultorio</p> <p>1. ELABORACION DE PROGRAMAS DE TRABAJO COMUNITARIO EN SALUD</p>		<p>Se considerará Adecuada la Dimensión Programación Participativa cuando las opiniones del Personal de Salud y de las Organizaciones Comunitarias e Intermedias confirmen la presencia de los aspectos cualitativos que contiene y cuando las Familias Usuarias cumplan con todas las Subdimensiones</p>		<p>ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA</p>
		<p>ORGANIZACIONES COMUNITARIAS INTERMEDIAS</p>		<p>1. ACTORES INVOLUCRADOS:</p> <p>a) Familias Usuarias</p> <p>b) Organizaciones Comunitarias</p> <p>c) Organizaciones Intermedias</p> <p>d) Personal de</p>				<p>ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA</p>

	<p>Comunitarias e Intermedias confirman la presencia de los aspectos cualitativos que contiene y cuando las Familias Usuaría cumplan con todas las Subdimensiones</p>			<p>termedia d) Personal de Salud</p> <p>2. ROL ACTIVO DE LOS ACTORES SOCIALES INVOLUCRADOS</p> <p>3. PUESTA EN MARCHA DE PROYECTOS O PROGRAMAS DE SALUD COMUNITARIOS</p>	<p>ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA</p>
			<p>ORGANIZACIONES COMUNITARIAS INTERMEDIAS</p>	<p>1. ACTORES INVOLUCRADOS: a) Familias Usuarías b) Organizaciones Comunitarias c) Organizaciones Intermedias d) Personal de Salud del Consultorio</p> <p>2. ROL</p>	



			<p>3. ROLES ASUMIDOS POR LOS ACTORES SOCIALES INVOLUCRADOS</p>	<p>1. Rol Activo de las familias usuarias 2. Rol activo de las Organizaciones Comunitarias 3. Rol Activo de las Organizaciones Intermedias 4. Rol activo del Personal de Salud del Consultorio</p>		<p>Se considerará que la Subdimensión se cumple cuando se preseten los Indicadores 1, 2, 3 y 4.</p>			<p>ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA</p>
	<p>4. EVALUACION PARTICIPATIVA</p>	<p>PERSONAL DE SALUD</p>		<p>1. ACTORES INVOLUCRADOS a) Familias Usuaris b) Organizaciones Comunitarias e Intermedias c) Personal de Salud del Consultorio</p> <p>2. AREAS EVALUADAS a) Proyectos</p>			<p>Se considerará adecuada la Dimensión Participativa cuando la opinión del Personal de salud y de las Organizaciones Comunitarias confirme la presencia de los aspectos cualitativos que ésta con tiene y cuando las familias Usuaris cumplan con todas las Sub</p>		

CRITERIO DE EVALUACION DE LA PARTICIPACION SOCIAL :

LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD SERA SIGNIFICATIVA CUANDO LAS VARIABLES QUE LA COMPONEN, ES DECIR, EXTENSION, INTENSIDAD Y MODALIDAD PRESENTEN TAL CONDICIÓN.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES DE LA HIPOTESIS

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ASPECTOS CUALITATIVOS	INSTRUMENTO
1. CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS DE LAS FAMILIAS USUARIAS	1. Situación económica 2. Situación educativa 3. Situación de salud 4. Flujo de información 5. Percepción usuaria 6. Pertenencia a organizaciones 7. Motivación que manifiesta el usuario en salud	1.1 Ingreso 2.1 Escolaridad 3.1 Previsión de salud 3.2 Presencia de enfermedades crónicas y agudas 4.1 Recepción de información 4.2 Tipo de información recibida 5.1 Acerca de los derechos en el Consultorio 5.2 Acerca de los deberes en el Consultorio 6.1 Afiliación a organizaciones 6.2 Tipo de participación 7.1 Áreas de interés en Salud		CUESTIONARIO
2. CONDICIONES LABORALES DEL PERSONAL DE SALUD			1. <i>Clima laboral del Consultorio</i> 2. <i>Capacitación en participación</i> 3. <i>Satisfacción laboral</i>	ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA
3. CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONALES DE LAS ORGANIZACIONES COMUNITARIAS E INTERMEDIAS			1. <i>Actividades participativas realizadas</i> 2. <i>Convocatoria o población objetivo</i>	ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

C A P I T U L O

C U A R T O

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Recolectada la información cualitativa y cuantitativa en la etapa anterior del Modelo de Evaluación, se procederá a analizar los datos en forma conjunta, complementándose ambos tipos de información, lo que contribuye a enriquecer el estudio y las posteriores conclusiones y propuestas.

No obstante lo anterior, en virtud de la profundidad de la información recolectada, la base del análisis está constituido por el complemento de los datos de carácter cualitativo y cuantitativo, los que en conjunto proporcionan la visión de todos los Actores Sociales involucrados en Salud e implica la obtención de hallazgos relevantes en el contexto de la amplitud y esencia de los elementos que integran la Participación Social.

El análisis está orientado por los Objetivos de Evaluación, es decir, en éste se da respuesta a la evaluación de las variables del Seminario, Extensión, Intensidad y Modalidad, las que se corresponden con cada uno de los objetivos, haciendo referencia a la interpretación de los datos más relevantes, que dan un ordenamiento a lo propuesto por cada objetivo.

En el desarrollo del análisis e interpretación de los datos se consideran además los hallazgos que la Hipótesis planteada registró, aportando la información correspondiente a las características propias de cada

actor, las que pueden relacionarse descriptivamente con los hallazgos de la evaluación.

En el presente análisis, la información gráfica fue seleccionada de acuerdo a su importancia dentro de éste, pudiendo recurrir para indagar más en los datos al Anexo de la Evaluación.

EXTENSION :

En relación a la Extensión de la Participación Social en Salud, es decir, *la intervención de las Familias Usuarias de los Consultorios de Salud, las Organizaciones Comunitarias e Intermedias y el Personal de Salud, y la forma en que estos llamados actores sociales entienden la Participación Social en el ámbito de la Salud*, el Personal de Salud evaluó su Intervención Participativa a través de la Realización de Actividades de Salud en Conjunto con el resto de los actores involucrados en el Proceso de Participación Social.

A este respecto el Personal de Salud señala, mayoritariamente, realizar Actividades de Salud en Conjunto con las Familias Usuarias; estas actividades derivarían principalmente de los Programas Generales y Campañas Nacionales de Salud elaboradas por las autoridades del área, asumiendo en ellas, las Familias Usuarias un rol pasivo, caracterizado por la sola recepción del beneficio entregado por el Consultorio de Salud. Así también, señalan realizar actividades de salud en conjunto con las Organizaciones Comunitarias e Intermedias de sus respectivos sectores, principalmente en lo que se refiere a actividades surgidas de Campañas y Programas Nacionales de Salud. La intervención de estas organizaciones se caracteriza por limitarse a una colaboración en cuanto a infraestructura comunitaria. *"... Se han realizado campañas de vacunación, del sarampión, en que ha participado la Cruz Roja ... la Comunidad más que nada presta las sedes para las campañas ... "* (Asistente Social, Consultorio N° 2).

Cabe destacar por otra parte, que sólo una minoría de los entrevistados reconocen la participación de la comunidad en organismos de participación en salud y en agrupaciones de promoción de la salud (Grupo Poblacional de Salud, Comité de Participación y Monitores de salud) en coordinación con el Consultorio, en la realización de actividades de salud derivados de proyectos locales. " ... *Los Comités de Participación en cambio, no son proyectos, son grupos que se deben organizar y conocer la comunidad en relación a la salud y ellos tendrían que establecer una red de soluciones y coordinación con el Consultorio ...* " (*Asistente Social, Consultorio N° 5*).

Resulta importante, en relación a las Organizaciones Intermedias, específicamente Establecimientos Educativos, la existencia de una mayor coordinación en cuanto a las actividades de salud, debido a la presencia de la Comisión Mixta Salud Educación en casi todos los Consultorios.

De acuerdo a los entrevistados el Profesional Asistente Social es identificado como eje esencial en la tarea de mantener una coordinación fluida y adecuada con las organizaciones, ya sean Comunitarias o Intermedias, lo que se demuestra a través de la siguiente afirmación " ... *Sí, se realizan pero las que conocen el tema son las Asistentes Sociales ...* " (*Auxiliar Paramédico, Consultorio N° 7*).

Por su parte, los representantes de las Organizaciones Intermedias consideran que se realizan actividades de salud a pesar de ser escasas, y que en éstas intervendrían principalmente las familias del sector y

la organización misma; sin embargo, el origen de estas actividades provendría mayoritariamente de Programas Generales y Campañas Nacionales de Salud, como ya se ha mencionado anteriormente .

En cuanto a la Realización de Actividades de Salud en Conjunto con el Personal de Salud del Consultorio, los entrevistados coinciden en señalar que este aspecto tiene un carácter constante, fundamentándose esta situación en que las actividades de salud surgen en la mayoría de los casos como iniciativa del propio Consultorio, actuando el resto de los actores sociales, ya sean Familias Usuarias y Organizaciones Comunitarias e Intermedias, como colaboradores o beneficiarios de ella. *" ... Del Consultorio vienen a vacunar, también vienen a dar charlas a los niños de Séptimo y Octavo año sobre variados temas. La iniciativa pasa más que nada por el Consultorio, nosotros cooperamos con la asistencia, las campañas las hacen ellos, nosotros cooperamos sí, en todo lo que sea necesario ... "* (Directora Escuela, Consultorio N° 1).

Los representantes de las Organizaciones Comunitarias señalan en su mayoría no realizar Actividades de Salud con las Familias Usuarias. No obstante lo anterior, existiría una minoría que afirma realizar actividades en conjunto con las Familias Usuarias, encontrándose en éstos una motivación generada en Campañas Nacionales de Salud o bien a través de una fuerte influencia de agentes externos a la organización. *" ... Nos coordinamos cuando hay campañas de vacunación masiva , ahí participan la organización y la comunidad muy activamente ... "* (Centro de Madres, Consultorio N° 4).

Otra alternativa mencionada, pero con menor frecuencia, fue que estas actividades tienen su razón de ser en la iniciativa de las propias Organizaciones Comunitarias, sin que medie influencia externa en torno a su génesis. " ... Aquí han habido dos carnavales y una de las actividades que realizamos con todos los vecinos fue limpiar la población , se organizó una recolección de basura ... " (Centro Juvenil, Consultorio N° 5).

Así también, las Organizaciones Comunitarias afirman no realizar ningún tipo de actividades de salud con el Consultorio de su sector, señalando más bien una falta de comunicación y/o coordinación con las actividades que éste desarrolla. " ... Con el Consultorio no tenemos ningún contacto , además que uno no va nunca ... las mamás cuando llevan a sus niños van al consultorio ... uno no ... " (Centro Juvenil, Consultorio N° 6).

Cabe destacar frente a lo anterior, que las Organizaciones Comunitarias, que no son Juntas de Vecinos, se sienten marginados del proceso participativo pues consideran que el Consultorio sólo invita a la organización mencionada. " ... El Consultorio sólo acude a la Junta de Vecinos y nosotros no tenemos idea de nada porque no hay comunicación, a nosotros no nos han preguntado por las necesidades que vemos, no les interesa nuestra opinión ... " (Centro Juvenil, Consultorio N° 5).

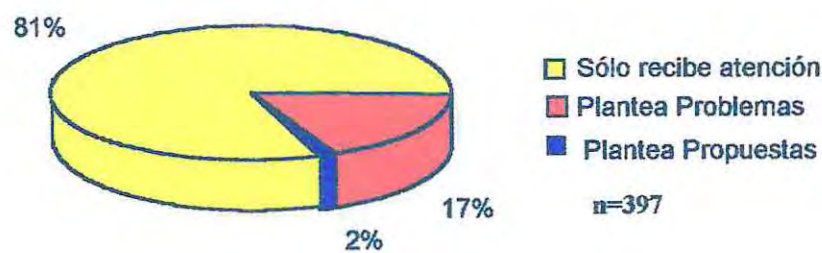
Por otra parte, es posible observar que la mayoría de los usuarios encuestados, un 81 %, se reconoce como receptor de atención médica y que sólo acude para este efecto al Consultorio; el resto de las personas, un 19 %, señala que además de acudir al Consultorio en busca de

atención, plantea problemas de salud comunitarios o propuestas para solucionarlos, dividiéndose en un 17 % y un 2 %, respectivamente.

De lo anterior se desprende, la expresión mayoritaria de un nivel básico de participación de las Familias Usuarias en los Consultorios, lo que refleja la persistencia del Modelo Biomédico en la población usuaria, que le adjudica a ésta un rol " beneficiario ", es decir, sólo receptor de la atención médica que entrega el Sector Primario de la Atención Pública, el que es aceptado y reconocido por casi la totalidad de los usuarios. Se concluye así, la existencia de un bajo compromiso hacia la salud comunitaria y conciencia de los problemas que los afecta por parte de las Familias Usuarias. La actitud asumida por la mayoría de estas personas es de carácter reactiva frente al sistema de atención, ya que sólo un 2 % dice proponer alternativas de solución a los problemas surgidos en la comunidad o dentro del Consultorio.

El siguiente gráfico explicita los resultados obtenidos en relación a esta dimensión al aplicar el instrumento de recolección de datos a las Familias Usuarias de los diez Consultorios evaluados.

Gráfico 1: Intervención de las Familias Usuarias en el Consultorio



En cuanto a la Participación de los Actores en las Agrupaciones que Promueven la Salud, como por ejemplo, Grupos de Autoayuda, Grupo de Monitores de salud, Grupo Poblacional de Salud y Grupo de Voluntariado, los entrevistados del Personal de Salud declaran que la iniciativa de incorporar a la Familias Usuarias y a las Organizaciones Comunitarias en la tarea de fomentar la responsabilidad que les cabe en el autocuidado no es del todo positiva, ya que la participación esperada no está dentro de las expectativas manejadas por los Profesionales de la salud " ... En relación a los crónicos, llevo cinco años acá y recién se está formando un grupo ... educación física ... dirigido al adulto mayor ... " (Enfermera, Consultorio N° 4) .

Opinión opuesta es la presentada por los entrevistados pertenecientes al Personal de Salud No Profesional, ya que estiman la participación de la población usuaria como buena, considerándola un beneficio para su salud.

Los entrevistados de las Organizaciones Comunitarias reconocen mayoritariamente la no existencia de participación en estas agrupaciones, conviniendo en que el Consultorio funciona en forma autónoma a la comunidad. Concuerdan con esta opinión, los entrevistados pertenecientes a las Organizaciones Intermedias.

Por otro lado, se debe señalar que las Familias encuestadas en relación a su participación en las agrupaciones de promoción de la salud, correspondieron a los Consultorios de Reina Isabel y Las Cañas, en que efectivamente existen los Grupos de Monitores, Autoayuda y Poblacional de Salud. El Grupo de Voluntariado no se consideró debido a su escasa presencia. El análisis de la información obtenida refleja que, de la mayoría de las personas que conocen las agrupaciones señaladas, es decir diecinueve personas, trece no participan en ellas y sólo seis usuarios pertenecen a Grupos de Autoayuda o Monitores de Salud, con nula participación en el Grupo Poblacional de salud.

Estos datos corroboran el análisis anterior, realizado a la generalidad de los Consultorios, en relación al tipo de participación que reconocen los usuarios en el Consultorio, observándose una escasa o nula pertenencia a agrupaciones de promoción de la salud, las que implican

adquisición de un compromiso formal y el desempeño de actividades concretas; en este sentido, la significación de la participación es muy baja, lo que no contribuye a facilitar la inserción participativa de los usuarios en el Consultorio.

En relación al Concepto de Participación Social en Salud, se puede señalar que estando definida la Participación Social en Salud como *“ la intervención de personas, familias, organizaciones comunitarias e intermedias y el personal de salud de los Consultorios, en la tarea de mantener, recuperar y fomentar la salud. Se pone en práctica en los procesos de identificación y diagnóstico de los problemas sentidos por la comunidad, en la programación, ejecución y evaluación de las acciones necesarias para resolverlos, considerando el desarrollo de instancias y espacios físicos y organizacionales en los cuales se lleva a cabo el proceso de toma de decisiones “*; la Intervención de los Actores Sociales fue considerada por el Personal de Salud como fundamental en la mayoría de los casos, dejando entrever la necesidad de integración que debe existir entre el Consultorio, Familias Usuarias, Organizaciones Comunitarias y Organizaciones Intermedias, en el desarrollo del Proceso de Participación Social en Salud. *“ ... Tratar de que el Equipo de Salud comparta los problemas de la comunidad, enfoque sus prioridades hacia la prevención de enfermedades y también ayudarles a que ellos mismos se diagnostiquen en qué condiciones viven y poder guiarlos ... ”* (Director, Consultorio N° 1)

Por otra parte, las personas entrevistadas en las Organizaciones Intermedias, coinciden en señalar que para que exista verdadera participación, debe estar representada la comunidad a través de sus

distintos actores sociales, como son las Familias Usuarias, las Organizaciones Intermedias y Comunitarias.

Por su parte, los entrevistados de las Organizaciones Comunitarias, mayoritariamente señalan que la participación social en salud es fundamental, pues sería necesaria la participación de todos los actores sociales de la comunidad para la producción de la salud, especialmente la de las mismas Organizaciones Comunitarias, las que actualmente a juicio de los entrevistados, asumirían roles de colaboración más que de protagonismo frente al trabajo organizado que el Consultorio pudiera plantear.

En relación al Proceso de Toma de Decisiones, el Personal de Salud considera escasa la capacitación que posee la población usuaria y dirigentes de la comunidad como para intervenir en la salud, específicamente en el área técnica. " ... *No me gusta la idea que los usuarios participen dentro del Consultorio ... la comunidad podría participar en otras áreas ... no podría participar en el área técnica ...*" (*Odontóloga, Consultorio N° 10*). Esta situación refleja la idea de los profesionales en cuanto a los límites que debe tener la participación de la comunidad en el Consultorio y a quién correspondería fijarlos. Así, se señala que es deber de ellos la realización de las tareas, lo que dice relación con la subsistencia aún del Enfoque Biomédico en el Personal de Salud.

Cabe hacer mención que sólo un entrevistado señala la importancia que debe tener la intervención de las Familias Usuarias y Organizaciones Comunitarias en la identificación de los problemas que le

afectan y su posterior planificación , ejecución y evaluación " ... *Es que la gente venga y participe ... ayuden a diseñar, identificar problemas, para que en conjunto solucionemos los problemas ...*" (*Asistente Social, Consultorio N° 2*).

En cuanto a las Organizaciones Intermedias, los entrevistados no consideran la Toma de Decisiones como tema de análisis, situación que permite establecer que existe escasa claridad respecto de las áreas en las que se debiera participar, ya que sólo logran identificar a los actores involucrados en el proceso de toma de decisiones, pero desconocen su contenido.

Las Organizaciones Comunitarias, por su parte, consideran prioritaria la presencia de la tarea de la Toma de Decisiones en el Proceso de Participación Social en Salud, ya que le atribuyen al Consultorio un rol Organizador y Decisor; cabiéndole a las Organizaciones Comunitarias, en el caso de participar, un rol meramente de colaborador en éste proceso, planteando entonces la necesidad de tomar decisiones a través de la discusión de temas comunes, cambios de hábitos y conductas de prevención en salud.

El tercer aspecto considerado dentro del concepto de Participación, es decir, la Existencia de Espacios o Instancias Físicas y Organizacionales, no es considerada por ninguno de los entrevistados del Personal de Salud, lo que da cuenta de una visión más bien limitada en relación a la participación social al no vislumbrar uno de los elementos que permite de forma concreta que se de el Proceso de Participación Social en Salud.

Por otra parte, los entrevistados de las Organizaciones Intermedias en su mayoría no integran en sus opiniones los espacios o instancias físicas y organizacionales, a pesar de ser un elemento fundamental para el desarrollo del proceso participativo, pudiendo constituirse en un obstáculo o facilitador del mismo.

De los entrevistados de las Organizaciones Comunitarias sólo dos de ellos manifiestan la necesidad de cuidar el espacio con el que cuentan por ser propiedad de la comunidad en general; el resto de los entrevistados desconocen la existencia de espacio físico dentro del Consultorio. En cuanto a las instancias organizacionales, señalaron mayoritariamente desconocer otro tipo de organización que participe al interior del Consultorio, más allá de los Grupos de Autoayuda.

Los conceptos de Participación Social en Salud, manejados por los usuarios, apuntan principalmente, al compromiso y unión de todos los involucrados en salud, esto es un 39 % de la muestra; y a la entrega de una buena atención por parte del Consultorio, un 32 %.

Cuadro 1.

Categorías de conceptos de participación social en salud entregada por las familias usuarias	Fr.	%
<i>Debe contemplar el compromiso y unión de todos los involucrados en salud</i>	154	39
<i>Es la entrega de una buena atención por parte del Consultorio</i>	126	32
<i>Como usuario, ser responsable frente a la atención médica entregada</i>	79	20
<i>Cree que no hay participación ni espacios para participar</i>	23	6
<i>Considera buena la participación en el Consultorio, no específica</i>	13	3
<i>Sin Dato</i>	2	1
Total	397	100

Se puede establecer, a partir de esta información, que sólo una parte de los usuarios integra uno de los elementos del concepto manejado por el Ministerio de Salud, sin embargo, excluyen o no hacen referencia, al igual que los otros grupos de respuesta, a las materias en que pudieran participar, es decir, no está considerada su participación en el proceso de toma de decisiones (Diagnóstico, Programación, Ejecución y Evaluación participativos); tampoco aluden a la necesaria existencia de instancias físicas u organizacionales para llevar a cabo de buena forma la participación. Destaca también un segundo tipo de respuestas que hace referencia a la entrega de buena atención por parte del Consultorio y el ser responsables con a atención médica recibida, es decir, asumen la participación en su rol de beneficiarios, atribuyendo este concepto a la calidad de la atención más que a la participación en sí, cuestión que se corresponde con la forma en que la

mayoría de los usuarios dice participar en el Consultorio o en otras organizaciones (ver gráfico 1).

INTENSIDAD :

Definida la Intensidad de la Participación Social en Salud como " *los espacios físicos y instancias organizacionales existentes para dar curso a ésta* ", se logra desprender en cuanto a las Instancias Físicas, que una parte del Personal de Salud entrevistado, confirma la existencia de estos espacios destinados a la realización de actividades de salud en el Consultorio; la otra, manifiesta la falta de espacio físico destinado únicamente a desarrollar actividades participativas, en tales casos se acudiría a la utilización de sedes comunitarias, cuando la cantidad de personas congregadas en las actividades así lo requiera, o bien, a otros lugares del establecimiento de salud que no están precisamente habilitados para este efecto. " *... Aquí cuando se ocupa ..., se ocupa el pasillo en la tarde, se cierra con bancas y la gente llega ...* " (*Asistente Social, Consultorio N° 5*) .

Por otra parte, los entrevistados de las Organizaciones Intermedias declaran en su mayoría que existen estos espacios, siendo utilizados de acuerdo a las necesidades que surjan, pudiendo ser éstas relativas o no a la salud. Por lo tanto, los espacios existentes en estas organizaciones no estarían exclusivamente creados ni destinados a la realización de este tipo de actividades. " *... Tenemos espacios físicos ..., normalmente las actividades que se desarrollan se hacen fuera del horario de clases, y aún no siendo así, tenemos el espacio físico que indudablemente facilita la posibilidad de reunirse, de realizar talleres ...* " (*Director Escuela, Consultorio N° 5*).

En cuanto a la existencia de espacios físicos en el Consultorio, sólo un entrevistado, reconoce dicha situación. " ... *En el Consultorio hay una sala, no es muy grande, es una sala donde se hacen actividades ...* " (*Directora Jardín Infantil, Consultorio N° 7*). El resto de los entrevistados, que constituyen la mayoría, señalan desconocer la existencia de espacios físicos destinados a la realización de actividades participativas en sus respectivos Consultorios de salud, coincidiendo en indicar que esta situación no aseguraría la inexistencia de estos espacios, sino más bien la falta de conocimiento respecto de ellos. No obstante lo anterior, uno de los entrevistados indica directamente y confirma la inexistencia de estos espacios en su Consultorio, agregando que esta situación no pasaría por la falta de conocimiento, ya que el sujeto estaría ampliamente informado acerca de la infraestructura física del Consultorio. " ... *En el Consultorio el espacio físico es escaso ..., imagínese que las reuniones con la comunidad las tienen que hacer en el comedor del personal ... yo hablo con conocimiento de causa, siempre he participado en el Consultorio, así que yo sé que no hay un lugar para realizar reuniones u otro tipo de actividades ...*" (*Representante de Iglesia Católica, Consultorio N° 8*).

Ante la carencia señalada en el párrafo anterior, los encargados del Consultorio suelen recurrir a las Organizaciones Comunitarias e Intermedias del sector en busca de la necesaria infraestructura física, así lo constatan las opiniones de algunos entrevistados. " ... *El Consultorio no tiene capacidad para hacer algún evento de salud, le tienen que pedir espacio al Club Deportivo para poder realizarlo ... las condiciones generales del Consultorio son precarias ...* " (*Representante Iglesia Católica, Consultorio N° 8*).

Respecto a las opiniones dadas por los representantes de las Organizaciones Comunitarias consultadas, es posible señalar que en éstas es escasa la infraestructura comunitaria, ya que la mayoría de las organizaciones carecerían de sedes propias, debiendo recurrir a otras organizaciones de la comunidad, sean del mismo tipo o intermedias, para desarrollar algún tipo de actividades. *"... No contamos con una sede ... la WAY está dispuesta a prestarnos su local para realizar reuniones ... también la directora de la escuela ... "* (Club de Ancianos, Consultorio N° 10) ; *" ... No tenemos un lugar para estar permanentemente, nos juntamos en la esquina ..., antes nos reuníamos en la junta de vecinos a planificar, a realizar actividades, pero tuvimos problemas con la directiva, no le dan espacio a los jóvenes ... "* (Centro Juvenil, Consultorio N° 5).

Consultadas las Organizaciones Comunitarias acerca de la existencia de espacios físicos para realizar actividades de salud en los Consultorios de su sector, los entrevistados dividen sus opiniones en dos, una de las cuales es el desconocimiento de lo planteado y la otra es la no existencia de estos espacios en el lugar señalado. *" ... El Consultorio parece que tiene espacio ..., pero yo no lo conozco ... y menos si está bien ... "* (Centro Juvenil, Consultorio N° 7).

Es necesario señalar que en relación a las Familias Usuaras, este aspecto fue analizado en los Consultorios que presentaban este tópico, a lo menos en el Consultorio, en una Organización Intermedia y en una Organización Comunitaria, es decir, Consultorios de Barón, Cordillera, Las Cañas, Placeres, Puertas Negras y Rodelillo. Se logró establecer que en estos Consultorios la mayoría de los usuarios identifican espacios destinados a la

realización de actividades participativas; y que otro número importante de personas desconocen la existencia de estos lugares; no aconteciendo lo mismo en relación a las Organizaciones Comunitarias y las Organizaciones Intermedias, pues un número limitado de personas reconocen que existirían espacios físicos destinados a la realización de actividades de salud de carácter participativo.

La situación descrita, por una parte, pudiera resultar previsible a la luz de la responsabilidad prioritaria que le cabe a los Consultorio de salud de contar con espacios físicos para facilitar los procesos participativos, en referencia a las otras organizaciones de la comunidad. Por otro lado, llama la atención que haya también un elevado desconocimiento de espacios físicos que existen en el Consultorio entre los encuestados, si se toma en cuenta que éstos son usuarios inscritos en el Consultorio de su sector; lo que pudiera explicarse a través de la siguiente situación: el "paciente" acude al Consultorio en busca de atención médica, no pide otro tipo de información, el personal del Consultorio asimismo, no informa de otro tipo de actividades o beneficios. Esta afirmación que puede resultar apresurada, se ratifica al analizar lo señalado por los usuarios que afirman que sí existen espacios para participar, pues la mayoría de éstos, un 66 %, dice que no son utilizados, y sólo un 34 % afirma que los utilizan. Esto último expresa la baja significancia que en cuanto a este aspecto adquiere la Participación Social en Salud, en tanto no basta con su sola existencia; es necesario además, que se los ocupe en actividades de corte participativo donde la comunidad sea la protagonista del acontecer en salud, y que estos espacios sean dados a conocer a la comunidad para que ésta tenga la posibilidad de darles un uso adecuado a las necesidades que en salud comunitaria presenta la población, planteando para ello actividades de salud

que se pudieran desarrollar en éstos, lo que cabe también para las Organizaciones Comunitarias e Intermedias.

No obstante lo anterior, la mayoría de los entrevistados representantes de Personal de Salud, señalan que la utilización de éstos se destina principalmente a la realización de actividades de educación, y en cuanto a la utilización de los espacios físicos pertenecientes a las Organizaciones Comunitarias e Intermedias correspondería a la realización de actividades provenientes de Campañas Nacionales o bien de proyectos locales donde se viera involucrada gran parte de la comunidad.

Los entrevistados de las Organizaciones Intermedias por su parte coinciden en opinar que los espacios físicos de sus respectivos establecimientos son utilizados, cuando se requiere, para la implementación de actividades participativas de salud, y al igual como lo señala el actor anteriormente citado, éstas pueden derivar ya sea de las Campañas Nacionales o de proyectos que tengan que ver con la salud de la población.

Una minoría de los representantes de las Organizaciones Comunitarias señala hacer uso de los espacios físicos existentes en el Consultorio. *" ... El club funciona en el Consultorio, si no fuera por el apoyo de ellos nosotros no tendríamos ningún lugar donde estar ..., es chico ..., pero para nosotros esta bien ..."* (Club de Ancianos, Consultorio N° 8).

Las Condiciones Materiales de los espacios, en opinión de los entrevistados del Personal de Salud, serían deficientes, ya que en general los Consultorios no contarían con la infraestructura necesaria para llevar a cabo cualquier tipo de actividades.

Un caso importante de señalar es la construcción reciente de uno de los Consultorios de salud, donde si bien se encuentra una infraestructura e implementación adecuada, no fue considerada la construcción de un espacio destinado a la ejecución exclusiva de actividades participativas. *"... El Consultorio es nuevo, a pesar de eso no se consideró la sala de educación ... se realizan en las clínicas ... "* (*Nutricionista, Consultorio N° 4*).

De la información anterior se desprende que, en cierta forma, el desarrollo de actividades que involucran la participación de la comunidad, se vería truncado por no contar en algunos casos con espacios destinados únicamente a este tipo de actividades; o bien, porque las condiciones materiales que presentan no son las más favorables, situación que pasa a constituirse en una limitante para el fomento de la participación conjunta de los actores sociales en el proceso de realización de tareas en el área salud.

Los consultados de las Organizaciones Intermedias concuerdan en señalar, en cuanto a las condiciones materiales de sus respectivos establecimientos, que éstas serían adecuadas para la realización de actividades participativas que tengan que ver con la salud. *" ... Yo veo bien esta sala, tal vez con el tiempo que lleva hay algunos asientos deteriorados ..., aunque por supuesto le falta mucho para compararse con una*

clínica ... está bien implementada ... " (Directora Jardín Infantil, Consultorio N° 7). En relación a las condiciones materiales de los espacios físicos existentes en las Organizaciones Comunitarias, son consideradas como inadecuadas, ocurriendo una situación similar en relación a los espacios existentes en los Consultorios de Salud, ya que en el último caso, corresponden básicamente a espacios habitualmente destinados a otros usos y que ocasionalmente se destinan a este tipo de actividades participativas. " ... Los espacios no son muy adecuados ..., las condiciones materiales son escasas, pero hay que adaptarse a lo que hay ... " (Centro de Madres, Consultorio N° 8); " ... Tenemos sede, pero no tiene nada, solamente sillas ... están en muy mal estado ..., es como si no tuviéramos nada, no la ocupamos mucho ... " (Junta de Vecinos, Consultorio N° 9).

De acuerdo a la opinión de las Familias Usuarías, impresiona que sea en los Consultorios donde exista la mayor proporción de respuestas que apuntan a la existencia de condiciones materiales inadecuadas en éstos; esta situación pudiera tener una explicación en que son justamente los Consultorios los que tienen mayor flujo de personas y por lo tanto se ven más expuestos a críticas; y por otro lado, se debe considerar que la mayoría de los Consultorios de la Comuna de Valparaíso sufre de evidentes problemas infraestructurales, en cuanto a espacio y funcionalidad.

Haciendo referencia a las Instancias Organizacionales, el Personal de Salud en su mayoría declara la existencia de Grupos que Promueven la Salud; no obstante, en sólo uno de los Consultorios se encuentra la presencia de tres grupos de Promoción de la Salud, cuales son: Grupos de Monitores de Salud, Grupos de Autoayuda y Grupos de Salud o Voluntariado.

En el resto de los Consultorios se presentan sólo uno o dos de los mencionados grupos, predominando los de Autoayuda, específicamente los de Enfermos Crónicos.

Importante es señalar, en cuanto al Estamento No Profesional, que sólo reconocen la existencia de los grupos de Autoayuda y Monitores, no así los de Salud o Voluntariado.

En el caso de las Organizaciones Intermedias, los entrevistados desconocen la existencia de grupos que promueven la salud, tanto en sus respectivos Consultorios como en los sectores que éstos abarcan.

La mayoría de los entrevistados de las Organizaciones Comunitarias por su parte, dicen desconocer la existencia de agrupaciones que promueven la salud en sus Consultorios; sin embargo, quienes reconocen su existencia, se refieren a los Grupos de Autoayuda, siendo los Grupos de Monitores y los Grupos de Salud o Voluntariado más bien desconocidos. *" ... Funciona el grupo del adulto mayor, bastante bueno y fortalecido ... "* (Centro de Madres, Consultorio N° 8).

Para el caso de las Familias Usuarias, los Grupos de Promoción de la Salud fueron analizados en los Consultorio Reina Isabel y Las Cañas, en los que existían grupos de Monitores, Autoayuda y Poblacional de salud; el grupo de Voluntariado no se consideró por su baja incidencia.

La mayoría de las preferencias, registradas por las Familias Usuarias, están centradas en un desconocimiento de las agrupaciones mencionadas, seguido de aquéllas que señalaban conocer el Grupo de Autoayuda y Monitores; persisten también respuestas que aseguran no existe ningún grupo y como última preferencia está la existencia del Grupo Poblacional de Salud, hecho que se relaciona directamente con la participación que los usuarios tendrían en estas mismas agrupaciones en igual orden de preferencia, situación que resulta poco significativa en términos de participación, por cuanto mientras menos se conozca de las agrupaciones, menos personas participarán de ellas, frenando la promoción del autocuidado de la salud en los usuarios.

En cuanto a la función de las Agrupaciones que Promueven la Salud, se puede deducir de la información obtenida del Personal de Salud, que mayoritariamente debe corresponder a la Función Educadora e Integradora, debido a que una gran cantidad de estos grupos han surgido dentro del Consultorio, y a que persiguen como finalidad, mejorar la salud de sus usuarios, fomentando así la responsabilidad que les cabe en la prevención y recuperación de sus enfermedades, logrando con ello además un mayor contacto e integración de las personas que participan en estos grupos, y con el Consultorio mismo.

De lo anterior se logra desprender el reconocimiento de sólo dos de las funciones consideradas, siendo importante destacar que el Personal de Salud No Profesional identificó solamente la función educadora, asociándola más que nada con las actividades de educación derivadas de los

Programas Generales de Salud. " ... Por ejemplo a los chicos se les enseña el lenguaje, vocabulario ... " (Administrativo SOME, Consultorio N° 4).

Dado que los entrevistados de las Organizaciones Intermedias desconocen la existencia de las agrupaciones que promueven la salud, resulta difícil para éstos hacer mención a las funciones que estos grupos en teoría deberían cumplir.

Para los entrevistados de las Organizaciones Comunitarias también resulta ser un aspecto complejo de responder, ya que estas agrupaciones son consideradas por ellos, como figuras aparentemente " no explotadas " en los Consultorios, en términos de la utilidad que podrían prestar. A pesar de lo anterior, la minoría que reconoce la existencia de algunas de las agrupaciones que promueven la salud, consideran que la función de éstas se orientaría básicamente a la de educación.

Las Familias Usuarias señalan que la Función Educativa, es decir, entrega de contenidos socioeducativos relacionados con la salud, es la que en mayor medida realizan; dejando un poco de lado las funciones netamente participativas, como lo son la Función Integradora, es decir, convocar a la comunidad del sector a conocer y participar de sus actividades y la Función Coordinadora, es decir, de contacto con otras organizaciones del sector, sean o no de salud, lo que habla del bajo desempeño efectivo de las funciones de promoción frente al resto de la comunidad y de la poca significancia que en términos participativos adquieren las funciones que desempeñan.

Respecto a las Instancias Organizacionales que permiten dar forma al sistema participativo de la Estrategia de Atención Primaria, es decir, organismos como la Comisión Mixta Salud Educación y los Comités de Participación, según opinión del Personal de Salud Profesional, funcionarían en la totalidad de los Consultorios investigados la Comisión Mixta Salud Educación, encontrándose en sólo cuatro de ellos un Comité de Participación, cabe señalar que estos comités pueden recibir otras denominaciones como por ejemplo: Comité de Salud Local o Comisión Mixta Salud Comunidad. " ... *En este momento están funcionando dos grupos de participación: la Comisión Mixta Salud Comunidad, la idea es afianzar más las relaciones de las organizaciones de la comunidad con el Consultorio ... y la Comisión Mixta Salud Educación ...* " (Asistente Social, Consultorio N° 1).

En torno a este tema se logra apreciar un menor manejo de información por parte de los entrevistados del Personal de Salud No Profesional, éstos sólo harían referencia al trabajo que realiza el Consultorio con algunas de las organizaciones de la comunidad, sin poder identificar a qué tipo de organismos se refiere, el único por ellos reconocido sería la Comisión Mixta Salud Educación.

La mayoría de los entrevistados de las Organizaciones Intermedias señalan saber de la existencia y funcionamiento de Comisiones Mixtas Salud Educación en los Consultorios del sector, participando además en ellos. " ... *Existe la Comisión Mixta Salud Educación en la que participamos a través de un profesor que representa a la escuela ...* " (Asistente Social Hogar de Menores, Consultorio N° 5).

Los representantes de las Organizaciones Comunitarias desconocen la presencia de estos organismos en los Consultorios, así son escasos los entrevistados que indican conocer la Comisión Mixta Salud Educación, a pesar de que todos los Consultorios este organismo funciona. En cuanto a los Comités de Participación, los entrevistados señalan no reconocer estas figuras más que como reuniones puntuales con el Consultorio que en alguna oportunidad se realizaron. Cabe destacar que a pesar del desconocimiento de este aspecto, los consultados valoran en gran medida la intención que organismos como éstos representan.

Se debe señalar que las Familias Usuaris encuestadas correspondieron a las de los Consultorios Mena, Reina Isabel, Las Cañas y Esperanza, debido a que en el resto de los Consultorios no estaba presente uno u otro organismo de participación.

El siguiente cuadro grafica la situación encontrada en estos Consultorios:

Cuadro 2

Organismos de participación en la salud que las familias usuarias reconocen en su sector de residencia	Fr.	%
<i>No conoce</i>	89	71
<i>Comité de Participación</i>	23	19
<i>Comisión Mixta</i>	13	10
Total	125	100

Se observa en relación a estos organismos, que la mayoría de los usuarios encuestados, un 71%, desconoce su existencia; dentro de los organismos reconocidos por los usuarios, el Comité de Participación resulta ser el organismo más nombrado por los encuestados , un 19 % así lo afirma; y la Comisión Mixta sólo es reconocida por un 10 % de los usuarios.

Se concluye de lo anterior, que estos organismos no son legitimados por los usuarios, desde la perspectiva referida al conocimiento de la existencia de éstos, estando mas bien alejados de la comunidad, aun cuando la Comisión Mixta y el Comité de Participación son organismos promovidos por parte del Ministerio de Salud; la dicotomía entre el conocimiento de uno u otro organismo, podría deberse a que el Comité de Participación agrupa principalmente a la comunidad, como instancia que representa sus intereses en

salud, y que en la Comisión Mixta participan sólo instituciones de carácter sectorial (Salud - Educación), lo que sin embargo, no exime la escasa información que se daría a los usuarios respecto a estos organismos por parte no sólo del Consultorio sino de aquellas organizaciones que, representando a la comunidad, participan en estas Comisiones de Promoción de la Salud.

Aquellos usuarios que señalan conocer uno u otro organismo de participación en salud, perciben que la utilidad de estos organismos corresponde principalmente a que dan respuesta a las necesidades y problemas de salud de sus sectores de residencia, por lo que podría hablarse de legitimación frente a la labor desempeñada por cada uno de ellos, sin embargo esta información pierde relevancia al analizar el alto porcentaje de encuestados que dice no conocer ninguno de los dos organismos. La utilidad de éstos, es vista por los entrevistados del Personal de Salud como favorable, debido al propósito que persiguen de integrar a la comunidad en la tarea de prevenir y mejorar la salud de la población y sobre todo de realizar un trabajo conjunto entre el Consultorio y las Organizaciones. " ... *Es ayudar a los pacientes, sentirlos integrados, que se sientan integrados ... rescatarlos de la deficiencia que tengan y ayudarlos para que salgan adelante ...* ". (*Administrativo SOME, Consultorio N° 4*) .

Los representantes de las Organizaciones Intermedias coinciden con la opinión de los entrevistados del Personal de Salud, en cuanto a la gran utilidad de este tipo de organismos.

Las opiniones dadas por los representantes de las Organizaciones Comunitarias en torno a la utilidad que prestan estos organismos son favorables, coincidiendo en señalar que la utilidad de éstos encontraría su razón de ser en los servicios que prestan dichos organismos en la resolución de los problemas de salud de la comunidad, además se destaca que a través de los Comités de Participación y las Comisiones Mixtas Salud Educación, todas las organizaciones, sean Comunitarias o Intermedias, podrían intervenir en las decisiones del Consultorio.

MODALIDAD :

En cuanto a la Modalidad de la Participación Social en Salud, es decir, " *la toma de decisiones en conjunto por los actores sociales, destinada a resolver los problemas sentidos por la comunidad* ", se encontró que cada una de sus etapas: Diagnóstico, Programación, Ejecución y Evaluación participativos, presentan resultados no coincidentes ni secuenciales, teniendo en cuenta que ésta hace referencia a un conjunto de decisiones concatenadas, tomadas sobre la base de aspectos que representan necesidades y problemas de los actores de la salud, que afectan las relaciones de poder establecidas entre estos y cuya finalidad es contribuir a mejorar estas relaciones, así como dar solución a las necesidades que éstos manifiestan.

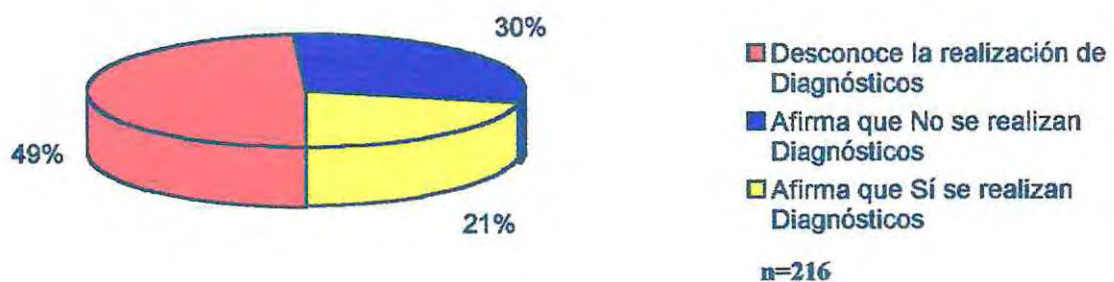
En lo relativo a Diagnósticos Participativos, la opinión de los entrevistados del Personal de Salud se divide en dos. La de aquellos representantes de los Consultorios de Salud Urbano Municipalizados Mena, Reina Isabel, Placeres, Esperanza y Barón, quienes señalan realizar diagnósticos, es decir, admiten que la toma de decisiones en sus Consultorios se desarrollaría en conjunto con las Organizaciones Comunitarias e Intermedias y las Familias Usuarias del mismo. " *... Los usuarios participan en los diagnósticos que hacen para proyectos locales, como el de San Roque y Ramaditas ... el poblador tendrá un rol de diagnóstico, de detección de problemas ...* " (*Asistente Social, Consultorio N° 5*). La segunda opinión, es aquella que indica que en los Consultorios no se llevarían a cabo Diagnósticos.

Previo al análisis de la información proveniente de las Familias Usuarias, es necesario señalar que la recolección de datos en relación a todas las etapas de la Modalidad, se llevó a cabo sólo en los Consultorios en que éstos se desarrollaba, es decir, los Consultorios mencionados anteriormente, los resultados por tanto, se refieren exclusivamente a los encuestados en dichos Consultorio, es decir, 216 personas, y no a la totalidad de la muestra.

En razón de lo anterior, el conocimiento que las Familias Usuarias tienen respecto a la realización de Diagnósticos Participativos en el sector correspondiente al Consultorio en que se atienden, hace referencia al carácter que en parte adquiere la realización de los diagnósticos en los Consultorios, es decir, si es reconocido en la comunidad como una actividad que es parte de las tareas que lleva a cabo el Consultorio y por otra parte si conlleva un proceso de información al resto de la comunidad, dando paso a un efecto democratizador en la Atención Primaria, que posibilite el desarrollo de un rol más protagónico de los usuarios en salud, asumiendo la responsabilidad de su propio bienestar y el de la comunidad, lo que contribuye a dignificar la calidad de usuario del Sistema Público de Atención en Salud.

El presente gráfico resume la información recolectada al respecto:

Gráfico 2. Conocimiento que poseen las Familias usuarias respecto de la realización de Diagnósticos Participativos de Salud



Estos resultados permiten inferir que de los 216 encuestados, la mayoría de ellos, un 49 %, no está al tanto de los diagnósticos de salud que se llevan a cabo en éstos, y un 30 %, afirma tajantemente que no se desarrollan en su sector de residencia. Por consiguiente, si se considera al 21 % restante de personas que afirman que en su Consultorio sí se desarrollan diagnósticos, se puede concluir que por una parte estos serían de carácter aislado y convocarían a un mínimo porcentaje de la población que es usuaria de los Consultorios, lo cual podría explicarse por el bajo impulso que éstos han adquirido, no llegando a convocar masivamente a la población, la que además está geográficamente dispersa en grandes poblaciones. Asimismo puede

relacionarse este desconocimiento con el que se experimenta respecto a otras materias analizadas como es el conocimiento de Organismos y Agrupaciones de Salud, espacios para participar, etc.; así como con la participación generalizada de la población en el Consultorio, la que principalmente ve en éste un lugar al que se acude a recibir atención médica y no como una instancia en que también es posible resolver otros problemas de índole sanitario que afectan a su familia y otros miembros de la comunidad. Esta situación es reafirmada por el gran desconocimiento del resultado de los diagnósticos, ya que si bien algunas personas saben de su realización, no se completa el ciclo informativo.

Los entrevistados del Personal de Salud señalan que la difusión de los resultados de los diagnósticos no se daría formalmente, quedando su realización en manos de aquéllos que han intervenido. Coincide con lo anterior las opiniones de los entrevistados de las Organizaciones Comunitarias y también de las Intermedias.

Respecto de la intervención de los actores sociales señalados en el párrafo anterior es posible indicar, de acuerdo a lo expresado por los integrantes del Personal de Salud, de aquellos Consultorios en que efectivamente se diagnostica, que en la mayoría de la situaciones dicha intervención se encuentra fuertemente limitada, en cuanto al poder decisorio que a cada uno de ellos les cabe en el planteamiento de problemas, ya que quienes tomarían la decisión final serían los integrantes del Personal de Salud, específicamente los Profesionales que lo integran. " ... Sí, pero es el Consultorio el que plantea las ideas ..., se llama a la comunidad y se ve que opiniones tienen ellos ... " (Administrativo SOME, Consultorio Nº 8); " ... Si

se ve algún problema de comunidad se trabaja en éste... pero la toma de decisiones es sólo de los profesionales ... " (Administrativo SOME, N° 3).

Por tanto, el " carácter participativo " de los diagnósticos realizados en la mitad de los Consultorios no sería tal, ya que para cumplir tal condición se espera que todos los actores sociales involucrados en el Proceso de Participación Social intervengan activamente de él y no de forma pasiva como sucedería en los Consultorios señalados.

Por otra parte, frente a la situación anterior, los representantes de las Organizaciones Intermedias reconocen mayoritariamente que en sus Consultorios sí se diagnostica, principalmente a través de los organismos que en éstos funciona, lo que es coincidente con lo expuesto por el Personal de Salud, identificándose a la Comisión Mixta Salud Educación como el principal organismo orientado a la promoción de la salud, y a través de la cual se realizan diagnósticos. " ... *Los diagnósticos generales de salud se resuelven de parte del Hogar en la Comisión Mixta Salud Educación ..., pero yo diría que tratan algunos de planificación o más que nada de información que ellos manejan ... " (Asistente Social Hogar de Menores, Consultorio N° 5).*

En cuanto a los Actores Sociales que idealmente debieran intervenir en la realización de diagnósticos de salud, la realidad no da cuenta de una intervención participativa en éstos, ya que al igual que en el caso del Personal de Salud, quien detenta el poder de decidir acerca de los problemas a abordar, en la mayoría de los casos, corresponde a los profesionales que lo integran, lo que constituye una constante en las opiniones de los entrevistados

de las Organizaciones Intermedias respecto del manejo de poder frente a la toma de decisiones, más aún si se considera lo expresado por los entrevistados en relación al rol pasivo que asumen sus respectivas organizaciones y las Comunitarias, además de las Familias Usuarias de los Consultorios, en la elaboración de diagnósticos. " ... A veces nos dan a conocer los proyectos ya hechos y nos los muestran para hacer algunas modificaciones si son necesarias ... " (Director Escuela, Consultorio N° 3) .

Los dirigentes de las Organizaciones Comunitarias, por otra parte, señalan que en los Consultorios no se realizan Diagnósticos Participativos; no obstante, algunos de ellos han asistido a reuniones, donde se habrían tratado asuntos relacionados con la Salud, no existiendo posteriormente un tratamiento de aquellas situaciones identificadas como problemas. " ... Ahora me invitaron a una reunión ... ¡ yo estoy cansada de promesas que no se cumplen ! ... ¡ quiero que me pregunten mi opinión ! ... " (Junta de Vecinos, Consultorio N° 10).

Importante es indicar el gran interés expresado por los representantes de las Organizaciones Comunitarias por relacionarse con los Consultorios en la tarea de identificación de los problemas y necesidades que los afectan, y que tienen que ver con la Salud. " ... No tengo idea de lo que hace el Consultorio ..., no me han invitado a nada ... Aunque yo creo que juntarnos sería bueno, compartir con otros grupos, con otras personas ... " (Centro Juvenil, Consultorio N° 6).

Es necesario señalar en este punto, que lo expresado por los dirigentes de las Organizaciones Comunitarias respecto de la no realización de diagnósticos en los Consultorios de Salud Urbano Municipalizados de la Comuna de Valparaíso, pasa en parte por un desconocimiento de lo que en términos reales se realiza, ya que en cinco de ellos, efectivamente, se llevan a cabo diagnósticos; no obstante ello, el carácter participativo de estos diagnósticos no está claramente determinado, pudiendo ser precisamente esto último lo que determinaría las opiniones vertidas por los dirigentes comunitarios, en términos de que lo realizado en los Consultorios, a juicio de éstos, no serían diagnósticos participativos en el sentido estricto.

No obstante lo anterior, existen algunas Organizaciones Comunitarias, aquellas que constituyen la minoría, cuyos representantes señalan participar en la realización de diagnósticos de carácter participativo; en éstos se desarrolla un trabajo conjunto con el Personal de Salud de los Consultorios orientado a la identificación de necesidades y problemas de salud. *" ... Sí, el principal problema de Salud es la atención, hay una rotación de profesionales ... se incorpora a la comunidad, ... se toma en cuenta su palabra ... "* (Centro de Madres, Consultorio N° 4).

Además de investigar el conocimiento que poseen los actores sociales respecto a la realización de Diagnósticos Participativos, y los Actores que intervendrían en ellos, es importante saber cómo se lleva a cabo la Problematicación, específicamente lo relativo a Identificación de Necesidades y/o Problemas. En relación a este aspecto, el Personal de Salud de los Consultorios, en donde sí se realizan diagnósticos, señala que la problematicación se orienta básicamente a la Salud Ambiental, agregando que

el hecho de identificar la necesidad y/o el problema no es un indicador de que éstos posteriormente se lleguen a abordar a través de proyectos que traten de darles solución.

Los representantes de las Organizaciones Intermedias que reconocen la realización de diagnósticos en sus Consultorios a través de las Comisiones Mixtas Salud Educación, indican que los problemas y necesidades identificadas derivan fundamentalmente de la labor o función que dicho organismo cumple, cual es la salud de la población en edad escolar, por tanto la problematización realizada se orienta principalmente a este punto.

El tema referido a la salud ambiental, vuelve a ser recurrente en las opiniones entregadas por los dirigentes de las Organizaciones Comunitarias entrevistados, quienes además señalan que la problematización se realiza respecto de la Calidad de la Atención en los Consultorios o bien acerca de la Prevención de Enfermedades o Epidemias Masivas.

Respecto a aquellas Familias Usuarías que señalaron que en su sector se realizaban diagnósticos participativos, es decir 46 personas, se consideró importante establecer a quienes irían dirigidos, es decir, si se les convoca a ellos mismos o a los otros actores sociales involucrados en salud. El análisis evaluativo de estos datos arroja que, de los 46 usuarios que afirman que se realizan diagnósticos, la mayoría identifica a las Organizaciones Comunitarias, al Personal de salud y a otras familias del sector como participantes, sin incluirse necesariamente dentro de estas últimas. En menor

medida logran identificar en el desarrollo de esta etapa a las Organizaciones Intermedias.

Estos datos revelan la no significancia, en términos participativos, de los diagnósticos realizados, en tanto se incorpora principalmente al Personal de Salud que los lleva a cabo y a organizaciones del sector, sin incluir a la comunidad de forma directa, hecho que denotaría un escaso desarrollo de los diagnósticos, así como la falta de uno de los elementos que contribuye a otorgarle la calidad de participativos, o sea la incorporación de todos los actores sociales que están comprometidos en el desarrollo de la salud comunitaria a nivel de Consultorios, dentro de los que se incluye a las Familias Usuarias.

En relación a la segunda etapa en el Proceso de Toma de Decisiones, constituida por la Programación, es decir, “ *la planeación conjunta de las actividades o proyectos que permitan abordar las necesidades y problemas detectados en el diagnóstico* “, la mayoría de los entrevistados del Personal de Salud señalan que en sus Consultorios no se presenta tal etapa del Proceso de Toma de Decisiones.

Los Consultorios en que se realizan Programaciones Participativas, a juicio del Personal de Salud, serían Los Placeres y Barón. Esta situación permite establecer que los nombrados Consultorios seguirían la continuidad establecida en el proceso de toma de decisiones, es decir, trascienden la pura identificación de problemas y/o necesidades ha un nivel superior de programación, en cuanto a cómo debe ser abordada su solución ,

realizándose tal etapa del proceso en forma conjunta con la comunidad organizada.

Existen determinadas situaciones que permiten explicar la opinión mayoritaria del Personal de Salud respecto de la no realización de Programación Participativa en sus Consultorios. Una de ellas hace referencia a la realización de proyectos locales de Salud por parte de la comunidad, ya que las propias Organizaciones Comunitarias y/o Intermedias serían las que, a través de la obtención de recursos, cumplirían con esta etapa, acudiendo al Consultorio sólo en búsqueda de supervisión técnica para el desarrollo de su trabajo, para lo cual recurren principalmente al profesional Asistente Social .
" ... En el caso del proyecto de la Isla, ahí los pobladores van a programar ..., yo ... se supone que los voy a supervisar solamente ..., no tengo un rol ... así como de hacer las cosas ... " (Asistente Social, Consultorio N° 5).

La otra situación, opuesta a la anterior, es la elaboración de proyectos a cargo exclusivo del Personal de Salud del Consultorio, específicamente de los Profesionales. " ... La comunidad manifiesta el problema ..., el Equipo de Salud hace todo lo demás ..., en lo que a programación se refiere ... " (Nutricionista, Consultorio N° 3).

En relación a la Elaboración de Proyectos de Salud Comunitaria, la mayoría de los entrevistados señalan que en sus Consultorios no existiría elaboración conjunta de proyectos locales surgidos de las necesidades sentidas por los miembros de la comunidad, trabajando más bien con proyectos derivados de Programas Generales o Campañas Nacionales de

Salud. " ... El año pasado se realizó un proyecto de tecnología alternativa ... esto pertenecía al proyecto IRA ..., programa proveniente del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio ... " (Enfermera, Consultorio N° 4).

De lo anterior se desprende la escasa elaboración de proyectos locales de salud en que hayan participado los actores sociales considerados para dicha tarea conjunta. Esto puede encontrar su fundamento en las características propias de la dinámica de trabajo interno de los Consultorios, en las que se aprecia un alto desconocimiento acerca de ciertos temas por parte del Personal de Salud No Profesional, lo que refleja la poca fluidez de los canales de comunicación que hay entre los diferentes estamentos que integran el Personal de Salud de los Consultorios (Estamento Profesional y Estamento No Profesional).

Coincide con lo señalado, el desconocimiento que presenta la mayoría de los representantes de las Organizaciones Intermedias acerca de la elaboración proyectos comunitarios de salud en los Consultorios, agregando que tales proyectos tampoco se llevan a cabo en sus organizaciones. " ... No tengo conocimiento ..., nosotros hemos realizados proyectos ... pero no con el punto salud ... " (Directora Jardín Infantil, Consultorio N° 7).

La minoría de ellos, reconocen que en sus respectivas organizaciones se elaboran proyectos de salud comunitaria, agregando que intervendrían básicamente la población que constituye su objetivo, así como sus propios representantes; en cuanto al personal del Consultorio, éstos

tendrían una intervención caracterizada por una fuerte influencia técnica sobre el resto de los actores y por estar condicionada a una solicitud previa.

En relación a las Organizaciones Comunitarias, se observa que la mayoría de los entrevistados señala que en sus Consultorios no se elaboran proyectos de salud comunitaria, existiendo algunos casos en que estas programaciones no podrían denominarse participativas en el sentido estricto de la palabra, por cuanto la intervención de los actores sociales que no forman parte del Consultorio, se reduce a la adaptación de proyectos o programas ya elaborados y presentados. " ... *Las enfermeras nos traen las actividades programadas ..., aunque nos informan que es lo que van a hacer ... y también hemos participado en actividades con otros sectores de Valparaíso ..., con los otros hipertensos, ... para ver cuáles son los problemas que tenemos, y realizar actividades ...* " (Club de Ancianos, Consultorio N° 5).

No obstante lo anterior, es posible destacar la existencia de proyectos de salud elaborados por algunas Organizaciones Comunitarias, las que constituyen minoría.

Del análisis de la información entregada por las Familias Usuarias respecto a la elaboración de Programaciones Participativas, se extrae que de las 46 personas que reconocen la realización de la etapa diagnóstica en los Consultorios Mena, R. Isabel, Los Placeres, Esperanza y Barón , el 50 % afirma que efectivamente se plantean actividades para abordar los problemas de salud, un 43 % desconoce si la etapa de programación se efectúa y una

mínima parte de los encuestados afirma que no se programan actividades para abordar los problemas de salud comunitaria detectados.

El siguiente cuadro grafica los resultados obtenidos:

Cuadro 3

<i>Conocimiento que las Familias usuarias manifiestan respecto a la Programación</i>	<i>Fr.</i>	<i>%</i>
<i>Conoce</i>	23	50
<i>No conoce</i>	20	43
<i>Afirma que no se realiza</i>	3	7
Total	46	100

Esta información da cuenta de una concordancia relativa entre el proceso participativo en sí y algunos de los elementos que lo componen como por ejemplo, la información que poseen los usuarios de la realización de las etapas del proceso de toma de decisiones, lo que se refleja en el 50 % de personas que afirman se plantearían las soluciones a los problemas o necesidades detectados. No obstante, la continuidad y desarrollo de la toma de decisiones no es tal, ya que de los cinco Consultorios estudiados sólo dos de ellos realizan programaciones participativas, respondiéndose esta situación a través del elevado porcentaje de usuarios que señalan desconocer la realización de esta etapa.



Interesante resultó también, conocer a quienes identifican los usuarios como actores involucrados en la etapa de programación, en tanto implica mayor compromiso de los participantes y el desarrollo de negociaciones entre ellos para dar con la solución adecuada y que represente todos los intereses en juego.

Se puede establecer, a la luz de los datos que entregan las Familias Usuarias, que los principales actores sociales involucrados en la programación de actividades serían el Personal del Consultorio y las Organizaciones Comunitarias como Juntas de Vecinos; y en menor proporción participarían las Organizaciones Intermedias como Escuelas, Iglesias, Hogares de Menores, etc.; y las Familias Usuarias. Los procesos de participación son impulsados frecuentemente desde el Consultorio a la comunidad, entonces, por lógica se esperaría que participara en mayor medida el personal del Consultorio; en el caso de las Organizaciones Comunitarias son los que tradicionalmente estarían mas ligados a los problemas que afectan a la comunidad. Menos ligados a este proceso, según los usuarios, aparecen las Organizaciones Intermedias y las propias Familias Usuarias, hecho que en el caso de estas últimas es plenamente corroborado por la evaluación de las otras variables, en cuanto a la participación generalizada de la población usuaria en el Consultorio; y en el caso de las Organizaciones Intermedias, se corresponde con las opiniones vertidas por los informantes clave en relación a los actores que estarían mayormente comprometidos con los procesos participativos en los Consultorios.

Respecto de la Ejecución Participativa o “ *implementación de las actividades programadas para abordar los problemas de salud detectados* ”,

el Personal de Salud, coincide en señalar que en la mayoría de los Consultorios se ejecutarían actividades, ya sean derivadas de Campañas Nacionales o Proyectos Locales de Salud, en que intervendrían las Familias Usuarias del sector, Organizaciones Comunitarias e Intermedias y por supuesto, el Personal de Salud.

Los Consultorios en que efectivamente se lleva cabo Ejecución, corresponden a: Las Cañas, Quebrada Verde, Marcelo Mena, Reina Isabel, Los Placeres y Barón. Como es posible visualizar, existirían dos Consultorios que se integran al proceso de toma de decisiones (Las Cañas y Quebrada Verde) sólo en el punto analizado, omitiéndose las etapas anteriores de Diagnóstico y Programación. Por otra parte, se integrarían a esta etapa de ejecución los Consultorios M. Mena y Reina Isabel, en los que no se habría realizado la etapa de Programación Participativa. Así, es posible indicar que sólo en los Consultorios Los Placeres y Barón efectivamente se ejecutarían proyectos locales de salud comunitaria, ya que son los únicos en que el proceso de toma de decisiones se ha realizado completo hasta esta etapa, siendo posible deducir que el resto de los Consultorios nombrados, sólo ejecutaría actividades derivadas de Campañas Nacionales de Salud, o bien, de proyectos elaborados por los profesionales de los Consultorios que no cuentan con la intervención de otros actores sociales, como las Familias Usuarias y organizaciones comunitarias e intermedias, es decir, proyectos que no tienen el carácter de participativos en el sentido que éstos deben tener.

Respecto de los Actores que intervendrían en la Ejecución, los entrevistados del Personal de Salud, específicamente los Profesionales, señalan que se ejecutan actividades en conjunto. No obstante, el Personal de

Salud No Profesional presenta un manejo de información limitado en cuanto al tema, ya que pocos reconocen la intervención de la comunidad en la ejecución de proyectos locales o derivados de Campañas Nacionales de Salud.

El desconocimiento de los integrantes No Profesionales del Personal de Salud, acerca de la Ejecución de algún proyecto o campaña en que intervengan conjuntamente las Familias Usuarias, las Organizaciones Comunitarias e Intermedias y el Personal de Salud, se presenta también en la mayoría de los representantes de las Organizaciones Intermedias. Sin embargo, existe una minoría que señala dicha realización, tratándose principalmente de actividades que se derivan de Campañas Nacionales o Programas Generales de Salud, cuya elaboración está en manos de las autoridades del área Salud, teniendo carácter de obligatoria su ejecución por parte del Consultorio. Así también los entrevistados señalan que en cuanto a la ejecución de proyectos locales esta situación, en la mayoría de sus organizaciones, no se presentaría.

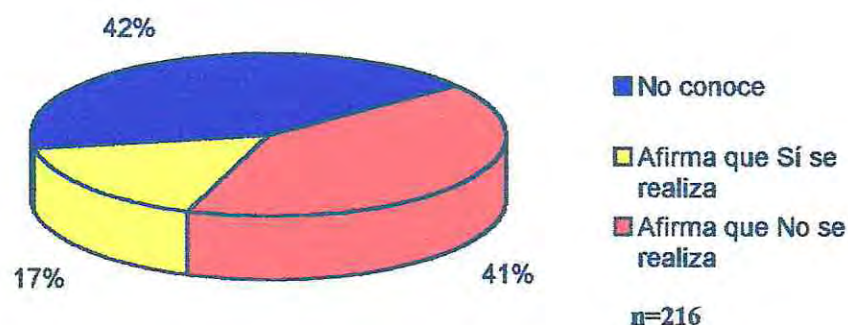
En la tarea de implementar los proyectos surgidos de los Programas Generales o Campañas Nacionales de Salud, intervienen fundamentalmente el Personal de Salud a través de los Profesionales y por otra parte, las Familias Usuarias y las Organizaciones Comunitarias e Intermedias que funcionan en el radio de acción de los Consultorios; no obstante, el papel que cada uno de ellos desempeña varía notablemente, como más adelante se explicitará. Así lo expresan los entrevistados que representan a las Organizaciones Intermedias.

Los representantes de las Organizaciones Comunitarias señalan mayoritariamente ejecutar actividades en conjunto con el Consultorio, y en algunos casos con las Organizaciones Intermedias.

De esta etapa, al igual que las anteriores, se desprende el conocimiento que los usuarios tienen acerca de su desarrollo en los Consultorios en que se atienden, observándose en este caso que del total de personas encuestadas, es decir 216, el conocimiento que tienen de la ejecución, alcanza al 41 % de los encuestados; sin embargo, la mayoría está dada por quienes señalan desconocer la realización de ejecuciones en salud, representado por un 42 %.

El siguiente gráfico presenta los datos obtenidos en este tópico:

Gráfico 3: Conocimiento que poseen las Familias Usuarias respecto de la realización de Ejecuciones Participativos de Salud



Estos datos describen un escaso manejo de información por parte de los usuarios, pues estos resultados no se corresponden con la información entregada por los informantes clave, ya que se ejecutarían actividades o proyectos de salud en cuatro de los cinco Consultorios investigados. Esto revela una vez más, la falta de elementos participativos de que adolece el proceso de toma de decisiones. Contrastada esta información con la obtenida en los Diagnósticos se aprecia que, aparentemente, existiría una continuidad entre los procesos; sin embargo, ello podría deberse a que no necesariamente esta ejecución emana de un diagnóstico o programación local, sino que los usuarios la identifican mayoritariamente con campañas de salud que se realizan a nivel nacional, pero que podrían no tener un carácter participativo.

Frente a la identificación de los participantes en la ejecución de las actividades de salud que, como se ha señalado anteriormente, es una característica distintiva del proceso de Toma de Decisiones, permitiendo además delinear estrategias que fortalezcan a aquellos actores participantes de esta etapa, fomentando las cualidades de los procesos participativos y lograr incorporar a más participantes. Al respecto, los datos señalan que participarían principalmente en la ejecución de actividades, el Personal de Salud de los Consultorios y las Organizaciones Comunitarias, y en menor medida las Familias Usuarias y las Organizaciones Intermedias.

Lo anterior confirma los hallazgos antes expuestos, en relación a la participación de los mismos y tradicionales actores en esta etapa y también la baja participación generalizada de los usuarios encuestados y la exclusión de estos en los diagnósticos y las programaciones realizadas.

En aquellos casos en que se presenta Ejecución, el Rol que asumen los Actores Involucrados, sería activo en el caso de la comunidad representada a través de las Organizaciones Comunitarias e Intermedias, según lo señala el Personal de Salud Profesional, ya que asumirían predominantemente el rol de colaborador . " ... *En cuanto a campañas masivas, la comunidad presta sus sedes, en ese sentido apoyan bastante ...* " (Nutricionista, Consultorio N° 3).

Por otra parte las Familias Usuarias asumirían un rol pasivo, de beneficiarios, frente a los servicios derivados de la puesta en marcha de los programas o campañas de salud. " ... *Es en la ejecución donde la gente entra a participar, ya sea como beneficiario del servicio otorgado o bien capacitándose como monitores ...* " (Administrativo SOME, Consultorio N° 3).

No obstante lo anterior, la mayoría del Personal de Salud No Profesional, señala que el principal rol asumido por las Organizaciones Comunitarias e Intermedias y las Familias Usuarias en la etapa de ejecución es el de beneficiario, sin hacer alusión alguna a los roles activos considerados en esta etapa, cuales son el de dirigir, organizar y colaborar.

En cuanto al rol asumido por del Personal de Salud, éste es organizador, en mayor medida, a diferencia de los otros actores sociales, quienes actúan como colaboradores o beneficiarios de la acción realizada por éstos, dependiendo directamente de su manejo técnico, como así lo señalan los representantes de las Organizaciones Comunitarias e Intermedias.

Por último, desde la perspectiva de las Familias Usuarias, los roles que asume cada actor en la ejecución de las actividades programadas, se describen en el siguiente cuadro :

Cuadro 4

<i>Roles asumidos por los actores</i>	<i>organizando colaborando dirigiendo</i>	<i>Beneficiario</i>	<i>Total</i>
<i>Actores Sociales</i>			
<i>El Personal del Consultorio</i>	<i>86</i>	<i>0</i>	<i>86</i>
<i>Las Organizaciones Comunitarias</i>	<i>75</i>	<i>0</i>	<i>75</i>
<i>Las Organizaciones Intermedias</i>	<i>45</i>	<i>0</i>	<i>45</i>
<i>Familias Usuarias</i>	<i>19</i>	<i>36</i>	<i>55</i>

Se observa que la totalidad de los encuestados adjudica un rol activo a las Organizaciones Comunitarias, Organizaciones Intermedias y al Personal del Consultorio, en tanto la mayoría se identificó a sí mismos con rol pasivo.

Estos datos dan cuenta de una marcada diferencia entre los roles que asume cada actor, es llamativo el hecho que la mayoría de los usuarios se reconozca a sí mismos y a otras familias del sector como beneficiarios de los proyectos, y en menor medida sean organizadores o colaboradores directos en la ejecución de las actividades; sin embargo, esta situación, al tenor de los datos anteriormente analizados, no resulta del todo

novedosa si se considera su escasa incorporación a estos procesos y la prevalencia del Modelo Biomédico de atención en salud que limitaría la participación activa de la población en todo aquello que dice relación con la entrega de mayor responsabilidad a la comunidad y al cuidado de su salud.

Finalmente, la última etapa en el Proceso de Toma de Decisiones, la Evaluación, implica un reconocimiento de los logros y avances realizados, así como de las falencias que puedan presentarse en el proceso, determinando un aprendizaje que permita perfeccionar cada etapa del proceso de toma de decisiones, ésta se debería realizar en los Consultorios Urbanos Municipalizados de la Comuna. A este respecto, los entrevistados del Personal de Salud señalan que sólo en la minoría de éstos se llevan a cabo, presentándose además, situaciones diversas en lo que a Actores Sociales involucrados se refiere. La primera de ellas es que en la mayoría de los Consultorios sólo evalúan los Profesionales del Personal de Salud. " ... *Las reuniones de Consejo Técnico son programadas mensualmente, asiste el coordinador de cada estamento, el jefe de programas y el director ...* " (*Nutricionista, Consultorio N° 3*).

Por otra parte, una minoría de los entrevistados reconoce la presencia de la comunidad en la etapa de evaluación, es decir, participarían los Profesionales del Personal de Salud y representantes de las organizaciones de la comunidad. " ... *En las reuniones que tenemos con los dirigentes vecinales ... son personas muy críticas ... hay que tomar en cuenta que ellos participan de la Comisión Mixta Salud Comunidad, que es la que está más organizada ..., y hacen llegar sus planteamientos ...* " (*Asistente Social, Consultorio N° 6*).

La tercera situación es aquella indicada por los integrantes del Personal de Salud No Profesionales, los que en su mayoría no manejan suficiente información en relación a los aspectos cualitativos considerados en la Evaluación. Así, respecto a los actores involucrados, muy pocos hacen mención de la intervención exclusiva de los Profesionales en la tarea de evaluación. " ... *Las reuniones técnicas las hacen solamente los profesionales ..., cuando participan todos ... es sólo informativo ... cada profesional evalúa su programas ...* " (*Administrativo SOME, Consultorio N° 10*).

Los representantes de las Organizaciones Intermedias, al ser consultados acerca de la realización de evaluaciones en los Consultorios de Salud, en su mayoría desconocen si tal situación se presenta. Una minoría, por otra parte, coincide en indicar que sí se llevan a cabo, ya sea a través de las Comisiones Mixtas Salud Educación, o bien que las evaluaciones realizadas en los Consultorios estarían a cargo de los directivos de este tipo de establecimientos . "... *En la Comisión Mixta ... con esto de las vacunas ... existen evaluaciones cuando las campañas no resultan ..., pero cuando todos cumplen, no queda más que abrazarse ...* " (*Director Escuela, Consultorio N° 3*).

En cuanto a los actores que intervienen en las evaluaciones, como se desprende del anterior párrafo, serían básicamente las Organizaciones Comunitarias e Intermedias y el Personal de Salud Profesional del Consultorio, cabiéndole ejercer a cada uno de ellos roles diferentes. Los Profesionales del Personal de Salud ejercerían un rol que les permitiría dominar la situación y detentar el poder de decidir frente a determinadas realidades, limitando la intervención de los otros actores.

De acuerdo a la opinión de los directivos de las Organizaciones Comunitarias, se logra desprender que su intervención es menor. Sin embargo, aquéllos que señalan haber participado de alguna evaluación, se mostraron insatisfechos con los avances en torno a los temas planteados. " ... *El Consultorio con la directiva de la Junta de Vecinos se reúnen, pero, nunca se llega a un punto final, porque todas las reuniones, siempre son lo mismo ..., siempre es el tema del arriendo ...* " (*Junta de Vecinos, Consultorio N° 6*).

Por otra parte, la mayoría de los entrevistados consideró como instancia de evaluación al libro de reclamos existente en el Consultorio. Además señalan que efectivamente al interior de su organización se realizarían evaluaciones en torno al Consultorio, ya sea por reclamos puntuales de los socios o por motivación de los dirigentes.

Respecto de las principales Areas Evaluadas, los integrantes del Personal de Salud entrevistados señalan que éstas serían las relativas a Funcionamiento del Consultorio, de Programas Generales o bien de los Proyectos de Salud Comunitarios cuando la situación así lo requiera. " ... *En el Consejo Técnico se repasa principalmente lo relativo a programas, a modificaciones ..., participan todos los profesionales más la auxiliar de farmacia ... también se ven todos los problemas que se pueden presentar con el personal, las inasistencias, etc. ...* " (*Asistente Social, Consultorio N° 1*); " ... *Nosotros cada dos meses hacemos una evaluación , vemos como van los programas, por qué no han resultado y vemos como podemos solucionarlo ... en la evaluación de proyectos, los que participan ... dependen de los parámetros que uno se ponga ...* " (*Asistente Social, Consultorio N° 5*).

De la información obtenida, es importante señalar que sólo los Profesionales aparentemente intervendrían evaluando, no obstante los No Profesionales también lo harían en cierto tipo de reuniones, cuya temática a evaluar correspondería en su mayoría al funcionamiento del Consultorio. " ... Aquí se evalúa, pero no con la gente, sólo evaluamos cosas de nosotros, problemas interpersonales ..., el equipo de salud parece que hace evaluaciones de otro tipo, pero que yo sepa con la gente no se hace eso ... " (Administrativo SOME, Consultorio N° 5).

Los representantes de las Organizaciones Intermedias, frente a la realización de evaluaciones en los Consultorios, afirman que tal condición se presentaría en relación con las áreas de los Programas Generales y Campañas Nacionales de Salud. Señalando además, como tema recurrente en sus respuestas, la necesidad de evaluación en temas como la calidad de la atención y dotación de recursos al Consultorio. " ... Recurso humano, están muy carentes ... sobre todo en la parte médica tienen exceso de trabajo ... " (Director Liceo, Consultorio N° 9).

Finalmente los representantes de las Organizaciones Comunitarias, señalan que el principal tema de evaluación se refiere a la calidad de la atención. " ... Siempre nosotros como directivos decimos que la gente reclama por la mala atención ... " (Junta de Vecinos, Consultorio N° 6).

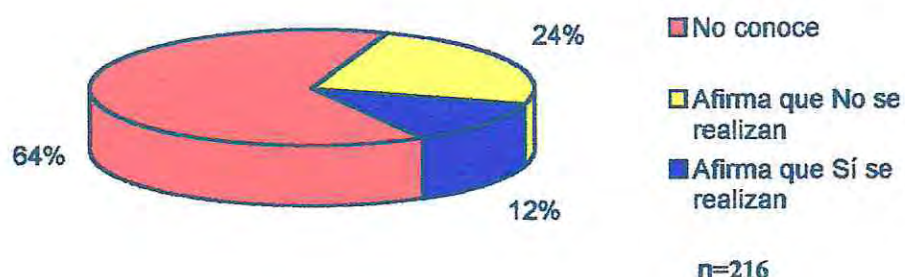
En relación a las Familias Usuarias, se consideró pertinente consultar a los encuestados acerca del conocimiento que tienen respecto a la realización de evaluaciones de actividades o proyectos no sólo a quienes

habían señalado tener conocimiento de realización de ejecuciones, es decir 26 personas, sino a todos los usuarios de aquellos Consultorios donde se realizaban diagnósticos participativos, es decir un total de 216 personas, ampliando además el área sobre la cual era posible que tuvieran conocimiento de aplicación de evaluaciones, es decir, problemas de salud comunitario; funcionamiento del Consultorio y evaluación de los programas generales de salud.

Respecto al conocimiento que los usuarios tienen de la realización de evaluaciones, la información analizada arroja que sólo un 12 % de la población encuestada está al tanto de esto, mientras un 64 % afirma desconocer su realización y el resto de los encuestados afirma que no se realizarían evaluaciones en su sector.

Por un lado, se puede señalar que existe una escasa realización de evaluaciones en los Consultorios, lo que se corresponde con lo dicho por los informantes clave en relación a que sólo en tres de ellos se hacían evaluaciones. Esto tiene que ver con el bajo porcentaje de personas que las reconocen y a la vez, se relaciona con la discontinuidad del proceso de toma de decisiones apreciada en todas las etapas. Por otra parte, es posible deducir que a medida que se avanza en el proceso de toma de decisiones se hace menos participativo, por cuanto cada vez se reduce más la concurrencia de actores involucrados.

Gráfico 4.: Conocimiento que poseen las Familias Usuarias en relación a la realización de Evaluación Participativa



Respecto a las áreas evaluadas, a juicio de los usuarios, se observa que de las personas que señalaron tener conocimiento de la realización de evaluaciones, la mayoría señaló que las áreas evaluadas corresponden principalmente a problemas de salud que afectan a la población, como higiene ambiental por ejemplo; y en menor medida se evalúa el funcionamiento del Consultorio, ya sea en lo que se refiere a calidad de la atención, disponibilidad del recurso humano y material, etc.; y los programas generales de salud, es decir, aquellos programas de salud que están establecidos desde el Ministerio y que son implementados a nivel nacional, como son los programas Materno Infantil, Del Niño y del Adolescente y programa del Adulto. Las preferencias están relacionadas con las capacidades asignadas al usuario y al espacio que se le da por parte del Consultorio en relación a las materias en que podría intervenir evaluando, situación que se hace más patente en los programas generales de salud, los que tienen una clara estructuración, a la que sólo tendrían acceso los profesionales de la salud.

En cuanto a quienes son los actores que participarían en estas evaluaciones, se puede establecer que la mayoría de las Familias Usuarias encuestadas identifica principalmente al Personal de Salud y a las Organizaciones Comunitarias como actores incorporados a esta etapa; en menor medida lo harían las Organizaciones Intermedias y las propias Familias Usuarias.

Se puede concluir que, el mayor número de participantes posee roles de carácter directivo, como es el caso de las Organizaciones Comunitarias, los que tradicionalmente asumirían la responsabilidad sobre los intereses de la comunidad. Cabe destacar, sin embargo, que aun cuando las Organizaciones Intermedias debieran asumir los intereses de sus representados, ello no ocurre, hecho este último que se repite en las etapas anteriores del proceso de Toma de Decisiones, evidenciándose en el escaso reconocimiento de su participación por parte de los usuarios, en las distintas etapas de este proceso.

ANALISIS DE LA HIPOTESIS DESCRIPTIVA DE LA EVALUACION

Además de conocer el desarrollo de las variables que permiten dar cuenta del proceso de Participación Social en Salud, es necesario poder identificar las características propias que asumen los actores sociales, características sobre las cuales se desarrollan, forman, o no existen los procesos participativos. Así, como se retoma la hipótesis formulada en la Estrategia Evaluativa: *“ Las Familias Usuarías, Organizaciones Comunitarias e Intermedias y el Personal de Salud de los Consultorios Urbano Municipalizados de la Comuna de Valparaíso presentarían características económicas y sociales; organizacionales; y laborales, respectivamente, que no favorecerían la efectiva participación Social en Salud ”.*

A. Características económicas y sociales de las Familias Usuarías

Las características económicas dan cuenta de los recursos que poseen las personas para satisfacer sus necesidades, dentro de las cuales no solamente están las básicas (alimentación, vivienda, educación, etc.), sino contemplan también otras dadas por la posición que el individuo ocupa en la estructura social, como la capacidad de presión frente a las estructuras sociales, el acceso a la información, el poder relativo que pueda tener la persona. Vista así, la situación económica de cualquier individuo condicionaría

en cierta forma el acceso a participar de la toma de decisiones sociales en la comunidad y por lo tanto, el peso que tengan sus opiniones, hecho que es posible extrapolar a la Atención Primaria de Salud. En los Consultorios de Salud el Usuario típico pertenece al estrato socioeconómico bajo; en la Comuna de Valparaíso, los usuarios de éstos responden a esta tendencia, ya que presentan en promedio un ingreso per-cápita de \$ 35.134 en consideración que el promedio del ingreso per-cápita nacional es de \$ 45.670 (1990). Si bien, el ingreso de los usuarios de los Consultorios de la Comuna de Valparaíso mantiene una diferencia de alrededor de \$ 10.000 con el per-cápita nacional, éste supera escasamente dos canastas mínimas familiares, situación que de igual forma los ubica en situación de pobreza.

En cuanto a la situación educacional, los representantes de las Familias Usuarias de los Consultorios de Salud consultados, éstos presentan un nivel de educación formal que se concentra entre Educación Básica Incompleta y la Media Completa, esto es un 89 % de los encuestados, destacando un alto porcentaje de usuarios que presentan sólo Enseñanza Básica Completa, 27 % y un 25 % que cuenta con Enseñanza Media Incompleta. Sólo el 9 % del total de los encuestados posee algún grado de especialización técnica o universitaria.

Cuadro 5

ESCOLARIDAD	FR.	%
<i>Analfabeto</i>	4	1
<i>Básica Incompleta</i>	109	27
<i>Básica Completa</i>	67	17
<i>Ens. Especial Incompleta</i>	2	1
<i>Ens. Media Incompleta</i>	99	25
<i>Ens. Media Completa</i>	76	19
<i>Ens. Media Téc. Incompleta</i>	1	0
<i>Ens. Media Téc. Completa</i>	10	3
<i>Ens. Instituto Prof.</i>	15	4
<i>Ens. Academias y otros</i>	1	0
<i>Ens. Universitaria</i>	9	2
<i>Sin Dato</i>	4	1
Total	397	100

Respecto de la situación de salud, frente a la previsión de salud, se considera que aquellas personas que tienen atención de salud gratuita o que son beneficiarios de Programas de Seguridad Social, son las personas que mayoritariamente se atienden en los Consultorios de Salud, es decir, es el grupo que posee mayor representatividad en el Programa de Salud per-cápita: Familia Sana. Esta situación queda de manifiesto en el análisis de la muestra seleccionada, presentándose un 36 % de ésta perteneciente al Grupo A de atención, es decir, personas en situación de indigencia o pobreza permanente o relativa y que reciben atención gratuita, seguido de un 23 % de

personas pertenecientes a FONASA en el Grupo B de atención; existiendo un mínimo de personas inscritas que pertenecen al sistema privado de atención; existe además, un grupo no despreciables que carecen de previsión pero que no reciben gratuidad en salud.

En cuanto a la presencia de enfermedades crónicas y agudas, las tendencias encontradas, indican que mayoritariamente la gente no presenta enfermedades crónicas, esto es un 80 %; no obstante, el 20 % de la muestra indica presentar alguna enfermedad crónica, como Hipertensión arterial, Diabetes y Enfermedades respiratorias crónicas, que obedecen a ciertos estilos de vida poco saludables.

Más ligadas a las condiciones de vida que las anteriores (situación educacional, previsional, laboral) se encuentran las enfermedades agudas, en el caso de los usuarios estudiados, éstas condiciones son deficientes, lo que determina que prevalezcan ciertas enfermedades como las infecto contagiosas, ascendiendo éstas al 72 % de la muestra.

En cuanto a la importancia de la información y su manejo, ésta radica en que, poseyendo y dándole un uso adecuado es posible tomar decisiones acertadas frente a determinados temas; la teoría indica que en la entrega y flujo de la información existen desigualdades notorias, que se caracterizan por la mantención de ésta en grupos reducidos, en aquéllos que detentan el poder o representan alguna autoridad; siendo influenciado también por la posición social y económica que tenga el individuo. En los Consultorios Municipalizados de la Comuna de Valparaíso un 51 % de los usuarios

manifiesta estar informado por el Consultorio de su sector; el resto de los encuestados, un 49 %, señala que no lo es. La mayoría de las personas, un 84 %, dice recibir información acerca de las actividades desarrolladas por el Consultorio y del funcionamiento de éste; el 16 % restante se distribuye en temas como la salud individual y la salud comunitaria. Cabe destacar, que la información que afirman recibir los usuarios no contempla tópicos como sus derechos y obligaciones para con el Consultorio, pero sí lo hace en cuanto a las situaciones de salud concretas, probablemente las que les afectan individualmente, ya que en relación a la salud comunitaria las respuestas entregadas bajan ostensiblemente.

Por otro lado, la percepción del poder está influenciada por las condiciones sociales, económicas y culturales que tengan los usuarios. Componentes de este poder son los derechos y obligaciones que el individuo puede hacer efectivos, en el caso de los usuarios de los Consultorio de salud, al consultarles por este tópico llegan a identificar algunos, como lo muestra el cuadro que sigue:

Cuadro 6

<i>Aspectos del Consultorio en que el usuario cree tener derecho a intervenir</i>	<i>Fr.</i>
<i>En el funcionamiento del Consultorio salud</i>	<i>115</i>
<i>En la detección y solución de problemas de que afectan a su comunidad</i>	<i>113</i>
<i>No sabe cuáles son sus derechos</i>	<i>107</i>
<i>No cree poder intervenir</i>	<i>91</i>
<i>En los programas generales de salud</i>	<i>50</i>

Se observa que la mayoría de las respuestas dice relación con que los usuarios señalan tener derechos de intervenir en el funcionamiento del Consultorio, luego en orden de preferencia: en la detección y solución de problemas que afectan a la comunidad y a los programas generales de salud, no obstante una gran proporción de las respuestas tienen que ver con que los usuarios no saben cuáles son sus derechos o en qué ámbito del accionar del Consultorio podrían intervenir; otro tanto, lisa y llanamente no cree poder intervenir en aspectos del accionar del Consultorio.

Altamente ligado a los derechos de los usuarios están sus obligaciones:

Cuadro 7

<i>Deberes que el usuario cree tener respecto al Consultorio</i>	<i>Fr.</i>
<i>Ser responsable frente a la atención y beneficios recibidos</i>	246
<i>No sabe cuáles son sus deberes</i>	80
<i>Plantear iniciativas que mejoren la atención en el Consultorio</i>	56
<i>No cree tener deberes frente al Consultorio</i>	45
<i>Plantear iniciativas que mejoren la salud de su comunidad</i>	39
<i>Colaborar en actividades del Consultorio</i>	38
<i>Sin Dato</i>	1

La mayoría de las respuestas se referían a ser responsables frente a la atención y beneficios recibidos por parte del Consultorio, las

preferencias bajan, evidentemente a medida que aumenta el nivel de exigencia y compromiso necesarios con éste. Las respuestas de los usuarios que señalan no creer que tienen obligaciones respecto al Consultorio o no saben cuáles son sus deberes, no es tan significativa como en el caso de aquellas personas que dicen no conocer sus derechos, situación que da cuenta que las personas reconocen con mayor facilidad algunas de sus obligaciones frente a los Consultorios que sus derechos como usuarios de éstos, lo que también se relaciona, como se señaló anteriormente, con el tipo de información que dicen recibir por parte del establecimiento en que reciben atención.

Otro aspecto importante a considerar es la pertenencia de los usuarios a organizaciones comunitarias, ya que teóricamente es posible considerar a estas organizaciones como un nexo imprescindible entre el Consultorio y las Familias; y ser una de las principales manifestaciones participativas de la comunidad. Al consultar sobre este aspecto se encontró que el mayor porcentaje de encuestados, correspondiente al 56 %, no pertenecía a ninguna Organización Comunitaria, seguido de un 30 % que señala pertenecer a Juntas de Vecinos y un 13 %, que se agrupa en otro tipo de organizaciones. La situación presentada ratifica el estilo pasivo de participación de los usuarios en el Consultorio como un hecho que se puede generalizar a otros ámbitos de la vida social, no obstante las que tienen mayor convocatoria siguen siendo las Juntas de Vecinos, como históricamente ha sido.

Cuadro 8

Organizaciones a que pertenecen los Usuarios de los Consultorios	Fr.	%
<i>Ninguna</i>	224	56
<i>Juntas de Vecino</i>	118	30
<i>Iglesia</i>	21	5
<i>Centros de Madres</i>	13	3
<i>Escuela</i>	10	3
<i>Club de Ancianos</i>	8	2
<i>Sin Dato</i>	3	1
Total	397	100

Por otro lado, las funciones que desempeñan dentro de la asamblea apuntan a la pasividad detectada hasta el momento, ya que más de la mitad de las personas sólo forma parte de las organizaciones sin desempeñar un cargo en las directivas o formar parte de un comité de trabajo.

Otro aspecto a considerar es la motivación del usuario, es decir, los intereses particulares que impulsan a las personas a desarrollar alguna actividad, en el caso de la participación en los Consultorios, el usuario tiene una oferta limitada de actividades de salud y que no necesariamente responden a sus requerimientos, por lo que es de interés conocer la reales inquietudes de los usuarios.

Cuadro 9

Actividades en que participaría el Usuario	Fr.	%
<i>No participaría, por falta de interés; falta de tiempo; falta de información; por presentar enfermedad; por considerar que no hay espacios para participar</i>	210	53
<i>En charlas o en reuniones informativas</i>	83	21
<i>En actividades entretenidas que se desarrollen en el sector de residencia, que beneficien a la comunidad y que tengan relación con todas las etapas del proceso participativo. O bien ya participa en ese tipo de actividades.</i>	70	17
<i>En grupos de Voluntariado. Ya participa</i>	31	8
<i>Sin Dato</i>	3	1
Total	397	100

Nos encontramos con una mayoría que no tiene interés en participar, manifestando diversos motivos para no comprometerse participativamente, siendo muchas de estas razones, posibles de modificar con Acciones Promotoras que pudieran llevar a cabo los Consultorios de Salud, las Organizaciones Comunitarias e Intermedias. Aquéllas personas que manifiestan algún interés lo hacen en actividades con un carácter pasivo, como son las charlas o reuniones informativa.

B. Características Organizacionales de las Organizaciones Comunitarias e Intermedias

En relación a las actividades participativas realizadas, según opinión de los entrevistados representantes de las Organizaciones Comunitarias, en la mayoría de ellas tal condición se presenta, derivándose estas actividades de los objetivos propios de su organización.

Se debe señalar, por otra parte, la coordinación que en casos puntuales se presenta con otras organizaciones, sean Comunitarias e Intermedias, en la implementación de actividades participativas, a fin de alcanzar metas comunes. *“ ... Sí, lo que estamos haciendo ahora tiene que ver con la salud y otros problemas ... está dirigido al adulto mayor. Surgió del Ministerio y de las Municipalidades ... hay Sicólogas, Médicos, Abogados, Asistentes Sociales ... ” (Junta de Vecinos, Consultorio N° 3).*

Las Campañas Nacionales o agentes externos a la comunidad, se constituyen en factores motivantes en la realización de actividades participativas en salud, según lo declaran los entrevistados pertenecientes a las Organizaciones Comunitarias.

Los entrevistados de las Organizaciones Intermedias señalan llevar a cabo actividades participativas, sin embargo, existiría una variación en el tipo de actividades desarrolladas, dependiendo éstas de la Organización Intermedia consultada, así por ejemplo, si la organización es una Escuela, las

actividades participativas que realizan derivan de la función social que cumplen, orientándose principalmente a su población objetivo. “ ... *El Hogar de Menores atiende a niñas de entre los cuatro y dieciocho años de edad que presentan tuición alterada y/o riesgo físico y moral ...* “ (*Hogar de Menores, Consultorio N° 5*).

La convocatoria o población objetivo de las Organizaciones Comunitarias guarda directa relación con la función que cumplen en la sociedad y el área geográfica en que se encuentra inserta dicha organización.

En el caso de las Organizaciones Intermedias, se presentan situaciones diferentes en relación a la población objetivo o convocatoria, en algunas de ellas la población está claramente definida y delimitada. “ ... *Atender en forma integral a niños de escasos recursos de la población, tanto de Placeres como de lugares que están relativamente cercanos ...* “ (*Jardín Infantil, Consultorio N° 7*). Y en el resto, su convocatoria se orienta hacia segmentos de la población más amplias. “ ... *Se dedica a la ayuda fraterna, en este caso ayudar a la comunidad del Cerro Esperanza, tanto a los pertenecientes a la Iglesia Católica como a los no pertenecientes ...* “ (*Iglesia Católica, Consultorio N° 8*).

Relacionando este aspecto y el anteriormente señalado, se puede establecer la existencia de una relación entre ambos, ya que dependiendo de la “población objetivo” de la organización, será el tipo de actividad realizada y los actores que participen en ellas. De esta forma, mientras más amplia sea la población objetivo de la organización, mayor

probabilidad hay de que las actividades que realicen cuenten con una "participación real" de los diferentes actores sociales. " ... Hay un proyecto que el Centro de Padres trabaja durante el año, las actividades que se realizan son solidarias, actividades culturales, algún tipo de talleres de manualidades ... " (Jardín Infantil, Consultorio N° 7).

C. Características Laborales del Personal de salud de los Consultorios

Haciendo referencia a las condiciones laborales, se pudo desprender del estamento profesional, que la mayoría de los entrevistados considera la existencia de un clima laboral favorable, es decir, las relaciones humanas dadas entre el Equipo de Salud serían buenas, existiendo un trato igualitario entre éstos. " ... *En cuanto a las relaciones personales funcionan bastante bien, somos un equipo chico y la mayoría lleva años trabajando aquí, así es que nos llevamos bien ...* " (Asistente Social, Consultorio N° 1). Sólo uno de los entrevistados hace mención a la existencia de un clima laboral poco grato, esto debido a un cierto resentimiento por parte de los trabajadores del estamento No Profesional hacia el estamento Profesional, "... *Entre los diferentes estamentos hay un poco de resentimiento, especialmente por parte de los auxiliares o administrativos, o empleados de servicio, con los profesionales... ellos no piensan que están ahí porque no pudieron ser otra cosa ...* " (Odontóloga, Consultorio N° 7). Pudiendo extraerse de esta cita, la falta de reconocimiento por parte del profesional entrevistado, en cuanto al trabajo realizado por el estamento No Profesional.

Opinión opuesta es la presentada por el estamento No Profesional, la mayoría reconocería relaciones humanas desfavorables entre el personal de salud del Consultorio, lo que dificultaría una comunicación e información más fluida entre los trabajadores de los diferentes estamentos. "... *Clima laboral, pésimo, malo... relaciones humanas pésimas, cada uno tira para su lado, aquí uno no se pone la camiseta con el sector, ni con el Consultorio, lo que pasa es que hay muchas diferencias entre los estamentos,*

nosotras somos las “chiquillas” para los profesionales ... ” (Auxiliar Paramédico, Consultorio N° 7).

En lo que a capacitación en participación se refiere, ésta no se daría en la mayoría de los Consultorios. Los entrevistados del Personal de Salud declaran que la capacitación estaría orientada más bien a temas propios de la labor que desempeñan: *“... Ahora se nos va a empezar a evaluar y a capacitar, pero no todas las capacitaciones son en participación, se supone que los temas corresponderían a cada profesión ... ” (Asistente Social, Consultorio N° 5).* Sin embargo, los consultados señalan que la capacitación recibida es buena, en primer lugar porque permite la participación de todo el personal de salud, y en segundo, porque se está en un constante perfeccionamiento.

En relación a la satisfacción laboral, el personal de salud de los Consultorios entrevistados, manifiesta en su mayoría una disconformidad en la labor desempeñada, la que se vería entorpecida por factores ajenos a su vocación profesional, es decir, se le atribuiría más que nada a la falta de incentivos y de recursos, tanto humanos como materiales. *“... En lo personal, depende de la vocación que uno tenga para trabajar con las personas ... lo que a uno no le gusta es por qué a otros Consultorios les han renovado su mobiliario ... por otra parte necesitamos un Técnico en Bienestar Social, porque para cualquier informe que se necesite lo tengo que hacer yo, y si no tengo tiempo, la señora tiene que esperar...” (Asistente Social, Consultorio N° 1).*

Realizando un análisis de los datos obtenidos en relación a los actores de la salud, las Características Sociales y Económicas, en términos

generales, son deficientes; así, el ingreso per-cápita que poseen las Familias Usuarias los ubica dentro de un nivel socioeconómico preferentemente bajo, lo que estaría influyendo en la intervención que presentan en los procesos participativos en los Consultorios investigados, esta situación queda expresada en la evaluación de la Modalidad de la Participación Social, en que éstos intervienen minoritariamente, asumiendo un rol básicamente pasivo. Es posible conjeturar acerca de la barrera que constituye el ubicarse en un nivel bajo de la estructura socioeconómica establecida, para generar procesos participativos en Salud, debido a la posición desfavorable en el proceso de desarrollo social y económico, que dificulta la capacidad de presión que ellos pudieran ejercer en el proceso de Toma de Decisiones; esta situación también se vería reforzada por la actitud pasiva que prevalece en estos sectores, lo que se aprecia en la Evaluación de la Extensión de la Participación Social, en que las Familias Usuarias se reconocen a sí mismas principalmente como beneficiarias de los Consultorios, en desmedro de un rol más protagónico.

El nivel educacional que presentan, asimismo, es deficiente por cuanto un número considerable de usuarios no llega a cursar la Enseñanza Media completa, lo que relacionado con la participación, determina una escasa preparación para comprender la importancia de la participación en salud como medio para mejorar su nivel de vida y el de la comunidad en general, y como un valor a alcanzar que promueve el desarrollo de voluntades cogestivas que apunta al reforzamiento y afianzamiento de la democratización a todo nivel. Esto se demuestra al analizar el concepto que de Participación Social manejan las Familias Usuarias, el que es limitado; y no permite mayores proyecciones en cuanto a las características que incluye este concepto, el que en parte determinaría la conducta que frente a la salud adopta el sujeto.

En relación a la Situación de Salud que presentan los usuarios, específicamente la Previsión, se establece que la mayoría de ellos es beneficiario de Programas de Seguridad Social, lo que está directamente relacionado con el nivel de ingreso que presentan. Desde este punto de vista, la previsión es un indicador más del bajo nivel socioeconómico que presentan los usuarios atendidos en los Consultorios, siendo desde esta perspectiva un obstáculo más para la participación. Por otro lado, pudiera constituirse en factor que impulsa a estos usuarios a acercarse más al Consultorio, debido a la existencia de una necesidad sentida por éstos, lo que no implica necesariamente que sean usuarios más participativos.

En relación a la información manejada por los usuarios, se observa que ésta es suficiente en términos generales. Sin embargo, en relación al análisis de los temas identificados por los usuarios, se establece que sólo una minoría logra reconocer actividades que conllevan un mayor compromiso participativo y que dice relación con la salud comunitaria. Coinciden con lo anteriormente expuesto, las conclusiones evaluativas que se hace del conocimiento que poseen los usuarios, referentes a los Espacios Físicos e Instancias Organizacionales, para participar de las diferentes etapas comprendidas en la Modalidad de la Participación Social, conocimiento que se caracteriza por ser escaso; la que se relaciona, por otra parte, con el tipo de información que el Consultorio entrega a los usuarios, la que está determinada por la dinámica interna de éste. Esta situación es desfavorable para generar el proceso participativo, por cuanto el conocimiento limitado que manejan de aspectos vitales del Consultorio hace que sea poco probable la intervención atingente y adecuada en los procesos de Toma de Decisiones.

En cuanto a la Pertenencia a organizaciones, se logra apreciar que ésta es mínima y por tanto desfavorable a la participación que pudieran tener los usuarios en el Consultorio, o si se considera que las organizaciones son el nexo a través del cual la población se acerca a las actividades de promoción de la salud que realiza el Consultorio. La situación descrita anteriormente, estaría influyendo en la escasa participación que reconocen las Familias Usuarias en el Consultorio, lo que limita la intervención de los usuarios en el proceso participativo y en el apoyo que éstos pueden prestar a las actividades participativas que surgen tanto del Consultorio, como de las organizaciones presentes en la comunidad.

Respecto a las actividades en que las Familias usuarias estarían dispuestas a participar en el Consultorio, se concluye que éstas mayoritariamente son actividades que corresponden a necesidades individuales y directas de la población; la mayoría de las personas no participaría en el Consultorio por uno u otro motivo, lo que se relaciona en parte con la escasa intervención en actividades participativas y con la baja incorporación a organizaciones de la comunidad; lo que configura un panorama de condiciones desfavorables hacia la Participación Social, puesto que como se ha señalado anteriormente, una participación activa de la población tanto en organizaciones como en el propio Consultorio facilitaría la puesta en marcha de los esfuerzos de la población hacia intereses relacionados con la salud.

En relación a la Percepción que tienen los usuarios respecto a sus Derechos y Deberes, en su mayoría es adecuada, puesto que reconocen el derecho a intervenir en alguna u otra temática relacionada con el Consultorio. En cuanto a los deberes que identifican, se puede establecer que

a pesar de ser adecuados, la mayoría dice relación con la adopción de una actitud pasiva frente a los servicios que otorga el Consultorio, es decir, existe una mínima expresión de protagonismo en las tareas que involucran un accionar participativo. Estos dos aspectos, íntimamente relacionados y calificados como adecuados, se verían limitados por la falta de información que manejan los usuarios respecto al tipo de actividades en que pudieran intervenir en el Consultorio, situación que se ve reforzada por la baja pertenencia que éstos tienen en las organizaciones de la comunidad, debido a que éstas dan cabida a la integración de la población en el desarrollo de una conciencia participativa y la internalización de los derechos y deberes que les corresponde.

Se logra apreciar además contradicción entre las actividades que las Familias Usuarias dicen estar dispuestas a realizar y los deberes que reconocen, ya que si bien, asumen como deberes el ser responsables frente a la atención y beneficios, plantear iniciativas que mejoren la atención en el Consultorio y la salud de su comunidad, la mayoría de éstos no presenta interés por participar.

En cuanto a las Características Organizacionales que adquieren las Organizaciones Comunitarias e Intermedias, dadas por la Convocatoria y la realización o no de actividades participativas, se establece que en general este primer aspecto dependería de los objetivos institucionales que las organizaciones se hallan planteado. A este respecto, el eco que en la población tiene la convocatoria que realiza la organización dependería de una serie de factores asociados, como el beneficio que prestan a la comunidad; el respaldo jurídico que presentan; la capacidad organizativa de sus miembros; el

prestigio que poseen , entre otros. Caso especial lo constituyen las Juntas de Vecinos que, convocando a toda la población que reside en su área de acción y teniendo como misión representar los diversos intereses comunitarios, en términos reales, según se desprende del análisis de la información que entregan, presentan una convocatoria alta o baja en unos casos, dependiendo del objetivo que de momento persigan, el cual puede ser o no representativo de los intereses de la comunidad; esto debido al potencial participativo que la organización implica, no sólo en términos de la intervención que en ellas le cabría al usuario, sino también en términos que de representación de sus necesidades éstas realizan frente al Consultorio y a organismos de promoción de la participación en salud, convocatoria que en el caso de ser baja, no contribuiría a facilitar la participación de la población en las actividades de salud que realiza el Consultorio, como se ha logrado apreciar en la Evaluación de la Participación de los usuarios.

Tanto las Organizaciones Comunitarias como las Intermedias realizan actividades de carácter participativo, es decir, actividades que convocan a la comunidad en general. Estas sin embargo, no corresponden en su gran mayoría a actividades relacionadas con el área salud; situación que se observa en el análisis evaluativo de la Variable Extensión, del cual se concluye que dichas actividades son de iniciativa del Consultorio y derivan, ya sea de Campañas Nacionales o de Programas Generales de Salud, no teniendo su origen en las Organizaciones Comunitarias e Intermedias .

Se concluye de este modo, que la realización de actividades sería favorable por cuanto poseen el potencial participativo para ser la base experiencial sobre la cual se desarrollan las actividades de salud; por otro lado,

serían desfavorables si se considera que existen, según las opiniones vertidas por los entrevistados, problemas de salud comunitarios factibles de ser abordados a través del trabajo conjunto de las organizaciones de la comunidad y sus respectivos Consultorios

Haciendo referencia al Clima Laboral, se observa una dicotomía en las opiniones vertidas por el Personal de Salud de los Consultorios; se logra apreciar por parte de la mayoría del Personal de Salud Profesional, la existencia de un clima laboral favorable que permite el desarrollo de relaciones armónicas entre los diferentes estamentos; en cambio, el estamento No Profesional opina que el clima laboral presente en el Consultorio es desfavorable a la falta de compromiso hacia la comunidad y el Consultorio por parte del Personal de Salud, y a la desigualdad que perciben entre los distintos estamentos. Este aspecto se relacionaría con las características que presentan las diversas etapas del proceso de toma de decisiones; en éstas se aprecia la intervención predominante del estamento Profesional, que refleja una dinámica interna marcada por el conocimiento técnico que produciría el resentimiento que se observa por parte de los No Profesionales hacia el estamento Profesional.

La capacitación recibida por el Personal de Salud es considerada adecuada en relación al perfeccionamiento laboral que ésta implica. Por otro lado, se la considera inadecuada en cuanto no constituye un incentivo monetario posible de recibir a corto plazo. No obstante, las opiniones presentadas por el Personal de Salud, se considera que desfavorece a la Participación Social, el hecho de que la capacitación en participación se limite al Personal Profesional relacionado con el área social, esta situación

determinaría la falta de herramientas técnicas que le permita a todo el Personal estar apto para intervenir en los procesos participativos. Situación que se refleja en la diferencia de opiniones entre el Personal de Salud No Profesional y el Personal de Salud Profesional dadas en las diferentes etapas de la Modalidad de Participación Social, en cuanto al conocimiento de realización de actividades participativas, la intervención que presentan los No Profesionales en la toma de decisiones y en la importancia que le adjudican a la participación propia y la de los diversos actores sociales en el proceso participativo en salud.

Por otro lado, las capacitaciones en participación pudieran sufrir un desgaste en la temática que abordan al no ser consistentes en la práctica con las condiciones materiales y humanas para dar curso a las actividades participativas, como se concluye del análisis evaluativo de la Intensidad.

En cuanto a la Satisfacción Laboral, ésta es considerada inadecuada por la falta de incentivos y de recursos materiales y humanos que se presentan en los Consultorios; lo que resulta desfavorable para la promoción de la participación en salud, debido a que la insatisfacción laboral pudiera determinar una baja motivación para realizar actividades que impliquen esfuerzos extras para incorporar a la comunidad a los procesos participativos.

Asociada a la insatisfacción laboral, además se encuentra la falta de compromiso que pudiera surgir en torno al desarrollo de instancias participativas; así como una falta de propuestas por parte del Personal de Salud que impulse el desarrollo de cursos de acción participativos; y la

insuficiente internalización de la Política Participativa, representada en la Estrategia de Atención Primaria, que promueve el Ministerio de Salud, situación que se ve reflejada en la evaluación final que se hace de la Participación Social en los Consultorios Urbano Municipalizados de Atención Primaria de la Comuna de Valparaíso.

Se concluye finalmente, en relación a los datos anteriormente expuestos, que la mayoría de las condiciones presentes en los diferentes actores sociales analizados, no favorecerían el Proceso de Participación Social en los Consultorio.

CAPITULO
QUINTO

SINTESIS EVALUATIVA Y PROPUESTAS

SINTESIS EVALUATIVA Y PROPUESTAS

SINTESIS EVALUATIVA :

Al dirigir la mirada al comportamiento de los actores sociales: Personal de Salud, Organizaciones Comunitarias e Intermedias y Familias Usuarias, en términos de Extensión, es posible apreciar un perfil No Significativo de esta variable de la participación en salud, principalmente por presentar características de baja coordinación e integración entre los actores, y carecer de una visión global respecto de lo que implica todo proceso participativo en cuanto a la importancia que adquiere que determinados personajes se involucren en salud y las circunstancias y elementos esenciales para facilitarla.

El análisis evaluativo realizado demuestra que la Intervención conjunta de los actores sociales en el Proceso de Participación Social, no alcanza la categoría de adecuada, ya que la generación de acciones en salud, emana si no únicamente, en gran medida sólo del Consultorio de Salud a través de su personal, específicamente del Personal Profesional. Si bien la historia indica que se ha dado un marco legal a la participación de la comunidad a lo largo de la existencia del Sistema de Salud, éste no ha sido legitimado en la práctica, asignándose al Consultorio la exclusiva responsabilidad de ser el " generador de salud " de la población, deber que es

asumido por parte de éstos y de la comunidad como se ha descrito. Es así, que el poder participativo se centraliza en un actor, no delegándose ni posibilitando que surja un protagonismo más dinámico entre los involucrados, demostrándose una ausencia de capacidad interventora y decisora en las Organizaciones Comunitarias e Intermedias y en las Familias Usuarias, quienes a su vez tampoco exigen un rol protagónico, reforzando así el antiguo modelo de salud.

Por otro lado, se aprecia una intervención de los actores en las actividades de salud mediatizada por el beneficio concreto, es decir, los actores se relacionan con el Consultorio y especialmente, las Familias Usuarias en busca de un objetivo específico, cual es obtener atención médica; situación que ratifica una vez más el arraigo del Modelo Biomédico, caracterizado por una presencia pasiva de los usuarios de la salud y el desconocimiento de los otros actores de la salud, ya que en cuanto a la relación establecida entre el Consultorio y las Organizaciones Comunitarias e Intermedias, ésta radica en que las últimas se transforman en colaboradoras en las acciones de salud; no obstante, esta colaboración resulta pasiva, obteniendo el Consultorio, por parte de Escuelas, Jardines Infantiles, Juntas de Vecinos, principalmente infraestructura, logrando cobertura masiva debido a la capacidad de convocatoria que estas organizaciones tienen. Las Organizaciones Intermedias y Comunitarias son, por tanto, colaboradores pasivos del Consultorio sólo en Programas Generales y Campañas Nacionales de Salud.

Esto manifiesta claramente que la intervención conjunta de los actores, no está presente en la forma descrita teóricamente, sino que presenta

falencias que se traducen en una relación transitoria e inmediatista de los actores sociales, en la que más allá de "invertir en la gente", se destina el recurso humano sobre todo a tratar enfermedades, pues como queda explicitado en la Participación en Agrupaciones de Promoción de la Salud, ésta es muy escasa, dándose dentro de éstas últimas una participación usuaria mayor medida en grupos de autoayuda o de enfermos crónicos.

La participación usuaria desde una perspectiva individual es nula, ya que éste se percibe asimismo sólo como receptor de atención médica, dándo mayor énfasis a la incorporación de Organizaciones Comunitarias, representadas a través de las Juntas de Vecinos, las que al parecer, contarían con la mayor representatividad en la comunidad y con el mayor peso frente a las estructuras sociales y políticas, aun cuando las Organizaciones Comunitarias Funcionales buscan también ser reconocidas por el Consultorio de su sector.

Las Organizaciones Intermedias como Escuelas y Jardines Infantiles serían las más representativas en cuanto a presencia y relación con el Consultorio.

Respecto del Concepto de Participación Social en Salud, manejado por los actores sociales, éste carece también de un carácter adecuado, por cuanto éstos tienen un discurso limitado en relación a los elementos constituyentes de la Participación Social en Salud, ya que si bien identifican los valores subyacentes a ella, lo hacen en términos generales sin centrarse en lo que es Participación en Salud, este hecho se da en el caso de

las Familias Usuarias, Organizaciones Comunitarias e Intermedias; en cambio, el Personal de Salud y de éste, el Estamento Profesional, reconoce además de ciertos valores que deben estar presentes en el proceso participativo, la presencia de todos los actores involucrados en salud, identificándolos claramente; llama la atención que reconociendo la participación conjunta de todos ellos, ésta no sea llevada a la práctica por el Consultorio, incorporando a los demás actores en la toma de decisiones.

Todos los actores hacen referencia a una participación difusa, sin presentar claridad respecto a los ámbitos de acción de éstos, los que deberían traducirse en las etapas del Proceso de Toma de Decisiones. Por otro lado, esta participación a que se refieren los actores tiene un planteamiento abstracto, no reconociéndole objetivos, facilitadores, ni espacios físicos o instancias organizacionales donde se ponga en práctica. La Participación Social en Salud es vista en forma segmentada, desde la particularidad de cada actor y suele ser relacionada o igualada a la calidad de atención, especialmente por parte de las Familias Usuarias y Organizaciones Comunitarias.

Teniendo en cuenta que el concepto de participación en términos ideales debe contemplar la intervención conjunta de los actores en el proceso de toma de decisiones en espacios físicos e instancias organizacionales que así lo permitan, se estima que hay una exigua aprehensión del concepto de participación por una falta de conducción integradora en las actividades de salud, que afianza aún más la falta de apropiación de la noción de participación en salud.

A partir de lo anterior, queda en evidencia la inconsistencia entre el discurso y las acciones, por lo tanto, se estima que la presencia o ausencia de los actores se mantiene en statu quo a pesar de las señas del actual Gobierno respecto a la participación no sólo en salud, sino en todos los ámbitos sociales.

En cuanto a los escenarios participativos como los de orden Físico y Organizacional, es decir, la Intensidad de la Participación Social, éstos no están suficientemente desarrollados dentro o fuera de los Consultorios de Salud investigados, lo cual no le asigna el carácter de adecuados.

Importantes hallazgos a este respecto demuestran que, existiendo la infraestructura física para que se desarrollen los procesos participativos al interior de los Consultorios, éstos son desconocidos por el resto de los actores sociales, Familias Usuarias, Organizaciones Comunitarias e Intermedias; hecho que por lo demás revela, que éstos no serían espacios de encuentro, al menos de manera reconocida, para la reunión de los actores sociales en las acciones conducentes a la realización de los procesos participativos, así tampoco, en el caso que estas actividades se llevarán a cabo, presentan las condiciones materiales adecuadas para que éstas se pongan en práctica.

La situación expuesta por las Organizaciones Intermedias, respecto a los espacios físicos, da cuenta de una realidad diferente que responde a la naturaleza de éstas mismas, es decir, dirigen su acción a poblaciones de gran número impartiendo determinados contenidos, lo que

determina que dispongan de lugares físicos para realizar sus actividades y que las condiciones materiales sean en general adecuadas. Lo que permite en cierta medida, que sea en éstas organizaciones en donde se ejecuten las actividades masivas de promoción de la salud que lleva a cabo el Consultorio; esta disposición a facilitar sus espacios físicos da cuenta del potencial participativo de este tipo de organización, ya que derivado de lo anteriormente expuesto, posee mayor contacto con el Consultorio y con la labor de prevención de la salud que desarrolla éste último.

No obstante, las Organizaciones Comunitarias tienen la misión de ser representantes de las necesidades de la población y son uno de los principales órganos de participación en la comunidad organizada; se desprende del presente estudio que un número importante de ellas carecen de las herramientas materiales, que les permitan llevar a cabo su tarea participativa, y que en el contexto de la Participación Social en Salud les impiden convocar en la práctica a la comunidad en las actividades que difundan la importancia de la intervención comunitaria en la producción de la salud, y convertirse en apoyo material del incremento de la participación en salud, lo que no desdice el apoyo organizacional que puedan prestar.

Respecto a las Agrupaciones de Promoción de la Salud y Organismos de Participación éstos se presentan débiles, careciendo de los principales elementos que las constituyen en los ejes de la participación comunitaria en las tareas sociales para promover, mantener y mejorar la salud; y en los entes que asumirán los nuevos pactos sociales que en el ámbito de la salud se persigue a través de acciones colectivas que impiden la marginación y postergación de cualquier grupo social.

Se destacan las características que asumen los organismos de participación en los Consultorios, Comisiones Mixtas y Comités de Participación, puesto que el proceso de transición que atraviesan, es decir, en vías de constitución plena en algunos casos y de legitimación en otros por parte de los actores sociales, condicionará en gran medida el carácter participativo o no, que en sus diferentes aspectos éstos asumirán más adelante.

Por ello cabe señalar el menor impulso que presenta el organismo que integra a representantes de la comunidad organizada a la labor que realiza, es decir, el Comité Salud Comunidad o Comité de Participación como también es conocido, a diferencia de lo que acontece con la Comisión Mixta de Salud, puesto que ésta última respondería a las necesidades que en términos de prevención de epidemiología presenta la población infantil que se educa, siendo de esta forma un aliciente para el desarrollo de una labor conjunta entre sus representantes. Sin embargo, el carácter que asumiría la Comisión Mixta es principalmente de coordinación de actividades derivadas de Programas Nacionales de Salud, no constituyéndose en organismo que reúna las inquietudes de sus representados y concrete en proyectos de salud comunitarios las soluciones para abordarlos, no contribuyendo, inicialmente, a la promoción de la Participación Social en Salud.

Estos organismos presentan asimismo, una escasa difusión de la función que llevan a cabo, hacia el resto de las organizaciones que no participan de ellas, y a la comunidad en general; falencia que impide y limita el impulso que pudieran adquirir, al contar con la colaboración de diferentes actores en las tareas que realizan estos organismos, sea en el ámbito de la

difusión de las campañas de Salud, o en la colaboración hacia las actividades locales que realiza, en el caso que así fuera, por tanto, no cumplirían la función de Promoción de la Participación Social en salud, en el contexto global de la producción de ésta, a través de la intervención concertada de los actores sociales involucrados en salud.

Situación similar es la que presentan las Agrupaciones de Promoción de la Salud, es decir, están presentes en un número reducido en los Consultorios investigados, correspondiendo sobre todo a grupos que son promovidos desde el Consultorio en virtud de la necesidad de tratar en conjunto problemas de salud permanentes que presenta un grupo etario de la población que se atiende en los Consultorios; específicamente es el caso de los Grupos de Autoayuda, cuyos miembros son en la mayoría enfermos crónicos; sin embargo, la labor que realizan estos grupos no es coordinada, conocida, ni adecuada en términos de participación, así se deduce del escaso reconocimiento que por parte de la gran mayoría de los actores sociales tienen, siendo principalmente identificados por el Personal de Salud de los Consultorios, quienes aparecen más ligados a estos grupos por prestar el Personal Profesional de Salud asesoría técnica a éstos.

Se extrae de lo anterior que la Intensidad presenta características no significativas en términos de la promoción de la participación, constituyendo las características que asumen una limitante para el logro de la Estrategia de Atención Primaria en Salud, la que orienta su acción a la consecución de la participación de todos los sectores conexos a la salud, para el desarrollo de una democracia participativa; en tanto la existencia de Espacios Físicos e Instancias Organizacionales adecuadas es precondition

necesaria para que pueda en términos prácticos implementarse las actividades que integran a los actores sociales, ya que la Participación Social exige lugares de encuentro para la deliberación, construcción y puesta en marcha de propuestas, dadas en parte por los espacios físicos de que se disponga y de las instancias organizacionales existentes y las características que éstas asumen para el desarrollo de la salud.

Respecto de la Modalidad de la Participación Social, evaluativamente es posible señalar, que el Proceso de Toma de Decisiones no es continuo en relación a las etapas de Diagnóstico, Programación, Ejecución y Evaluación Participativos en los Consultorios estudiados, existiendo momentos aislados que no permiten el real surgimiento y existencia del proceso participativo.

El proceso se presenta esporádica o aisladamente, no pudiendo ser catalogado como participativo, ya que los actores sociales que intervienen en él no presentan igualdad de condiciones en la toma de decisiones, constante en el proceso que se evalúa, así nos encontramos con relaciones de poder basadas en la subordinación de unos frente a otros, más claramente de las Familias Usuarias y Organizaciones Comunitarias e Intermedias, en relación al Personal de Salud, siendo éstos últimos los que dirigen el curso y objetivos del proceso, así la gestión participativa se encuentra altamente medicalizada, lo que es una expresión del carácter jerarquizado del sistema de salud en nuestro país y aún más de la subsistencia del Modelo Biomédico en éste, derivado de una antigua estructura en que la toma de decisiones y la gestión en general se caracteriza por ser autoritaria,

basada en una subordinación del conocimiento técnico sobre las experiencias participativas que puedan aportar la población y comunidad organizada.

La etapa de Diagnóstico es no adecuada, ya que es un proceso desconocido para la mayoría de los actores sociales que no se vinculan directamente con él. Cuando los Diagnósticos son realizados existen diferencias notables en términos del rol y funciones que cada uno de los actores desempeñan, el Personal de Salud lidera esta etapa en relación a las decisiones que en ella se toma, quedando el resto de los actores sociales limitados en su intervención y la trascendencia que ésta pueda alcanzar, situación que advierte la falencia del Personal de Salud de no delegar poder a la comunidad en la toma de decisiones, lo que encuentra fundamento en la consideración de la comunidad como no capacitada para intervenir en una etapa técnica, a juicio de éstos; lo que refuerza el desconocimiento que existe en la comunidad respecto de las características de la etapa diagnóstica y de la importancia que en términos de su bienestar personal y social tiene la intervención activa. Los temas que suelen abordarse en los Diagnósticos surgen principalmente de las propuestas que realiza el Personal de Salud Profesional a la comunidad, no existiendo un proceso estricto de negociación de intereses entre los actores.

La Programación es la etapa menos desarrollada en los Consultorios Urbanos Municipalizados de la Comuna, presentando un carácter no adecuado debido a la intervención que asumen los diferentes actores, que más que ser una etapa en que se planea en forma conjunta el curso que seguirán las actividades a ejecutar es una mera coordinación con las organizaciones de la comunidad en cuanto a proyectos ya establecidos por las

autoridades del área y adaptados por los Profesionales del Personal de Salud. Ello determina que éste no sea un proceso reflexivo y deliberativo con el propósito de materializar las soluciones de los problemas y necesidades surgidas en el diagnóstico; por tanto no se daría la distribución de tareas y obtención de recursos necesarios para su implementación. Situación que determinará el carácter participativo de una posterior Ejecución, por cuanto estos proyectos no cuentan con la validación de la comunidad a la cual van destinados, mermando por ende el impacto que éstos pudieran tener.

La Ejecución Participativa es la etapa dentro del proceso participativo que adquiere mayor presencia a nivel de los Consultorios analizados, no obstante, presenta características no adecuadas en relación a lo que se espera de ella, ya que en aquellos Consultorios en que se presenta esta etapa intervendrían todos los Actores Sociales, existiendo diferencias en cuanto al rol que cada uno asume. Así, el rol activo es desempeñado por el Personal de Salud, en particular por los Profesionales, lo que encuentra fundamento en el orden y dinámica interna de los Consultorios, que es de una estricta jerarquización y segmentación del Personal, en el que sólo los que presentan un grado profesional pueden acceder o intervenir en determinadas áreas, situación que se refleja en la intervención que tiene el Personal de Salud en las diferentes etapas del proceso de toma de decisiones, en el cual es una constante la presencia del estamento Profesional, frente a la falta de protagonismo del estamento No Profesional. El resto de los actores sociales que intervienen en la ejecución, asumen un rol de beneficiarios en el desarrollo de los programas o proyectos. La percepción de las Familias Usuarias en relación al rol que desempeñan las Organizaciones Comunitarias e Intermedias corresponde a un papel activo, ya sea organizando, colaborando o dirigiendo las actividades, lo que puede deberse a la preconcepción que de las funciones

y roles tienen que asumir este tipo de organizaciones en el contexto global de la sociedad.

De la Ejecución se puede concluir que esta no contribuye a la promoción de la Estrategia de Atención Primaria, caracterizándose, al igual que en etapas anteriores, por la no integración de elementos participativos en su desarrollo, que den cuenta del cambio del Modelo Biomédico al Biosicosocial. Las falencias que asume esta etapa del proceso, es la consecuencia del desarrollo de las etapas anteriores, de Diagnóstico y Programación, debido al carácter cíclico que asume el proceso, lo que determina también el carácter participativo que adquirirá la siguiente etapa de éste, ya que la Evaluación permitirá en última instancia establecer la relación existente entre el impacto y la viabilidad de las actividades desarrolladas con la incorporación de los intereses y perspectivas de los diferentes actores sociales.

En relación a la etapa de Evaluación, ésta se presenta como una de las facetas que tiene menor presencia y desarrollo en los Consultorios analizados, lo cual determina sus características inadecuadas, ya que la intervención que tiene los actores sociales está limitada por las características generales que asumen los procesos de participación en la Atención Primaria de Salud. En opinión de los Profesionales, las evaluaciones realizadas incorporan a todos los actores sociales, lo que contradice lo señalado tanto por el estamento No Profesional, las Organizaciones Comunitarias e Intermedias y las Familias Usuarias, ya que mayoritariamente desconocen la existencia de esta etapa en los Consultorios; la minoría de las Organizaciones Comunitarias que reconocen la realización de evaluaciones señalan no estar satisfechos con los métodos y temas que se evalúan. Los temas corresponden principalmente al

funcionamiento interno del Consultorio y a los Programas Generales de salud. Es así que no se logran abordar temas que representen las necesidades sentidas de la comunidad en relación a aquellos aspectos que siendo importantes, dan origen a situaciones de insatisfacción del usuario hacia la atención que recibe en el Consultorio.

El bajo impulso que adquiere la evaluación en los Consultorios y las características no participativas de los que se realizan, no permiten canalizar las relaciones y actividades sociales alrededor del desarrollo de la salud hacia la cogestión participativa. Asimismo se dificulta reflexionar sobre cuál es la dinámica de los procesos participativos; y recuperar sistemáticamente un saber sobre procesos cogestivos de modo que pueda predecirse el curso de los eventos y planear acciones que permitan la sumatoria y aplicación de experiencia participativas.

Concluyendo en torno a la Modalidad, se puede señalar que ésta es No Significativa, por cuanto el proceso que da cuenta de ella es discontinuo y no presenta las características que permiten asignarle el carácter de participativo, así en términos de los actores sociales y de su intervención, la realidad de los Consultorios estudiados se aleja de lo que es el Proceso de Participación Social en el desarrollo de la Salud, ya que en el hecho de ser actor, lo fundamental es la posibilidad de tener influencia en las decisiones colectivas que permitan mejorar la calidad de vida de los sujetos participantes, y que ésta sea reconocida y legitimada a través del adecuado desarrollo del Proceso. Lo anterior encuentra fundamento en la desigualdad de poder asumido por los actores sociales en las diferentes etapas, situación que limitaría la negociación conjunta de los problemas que afectan a la comunidad

en un clima de igualdad de oportunidades y posiciones que permitan promover, sostener y potenciar la participación .

Haciendo una reflexión final de la Participación Social, después de haber conocido el comportamiento de las variables en estudio: Extensión, Intensidad y Modalidad; cabe indicar que la Participación en los Consultorios Urbano Municipalizados de la Comuna de Valparaíso resulta *NO SIGNIFICATIVA*; sin perjuicio que en algunos Consultorios se realicen intentos participativos como llevar a cabo junto a la comunidad algunas etapas del proceso de toma de decisiones, crear comités de participación, fomentar los organismos y agrupaciones de promoción de la salud, por ejemplo; no obstante, estas experiencias son aisladas y sin la trascendencia que le podría otorgar el que la población usuaria intervenga activamente en este proceso, desde su origen hasta su término contemplando el carácter ciclico de éste, es decir, una actividad esporádica pese a contar con elementos participativos, no conduce al Consultorio y su entorno hacia una cultura participativa, pero puede ser el inicio de ésta si es que se toma conciencia de la necesidad de asumir un compromiso con la salud de la comunidad. Por otra parte, estas instancias no han alcanzado relevancia comunal y si esto no ha ocurrido, difícilmente existe la posibilidad de retroalimentación de otros procesos participativos que se estén gestando.

La actual Política de Salud da énfasis a la Participación de la Comunidad en general y de todo el Personal de Salud en la identificación y priorización de sus problemas, así como en la programación, ejecución y evaluación de los planes, programas y proyectos destinados a enfrentarlos. Se le considera como eje central de la misma, desplegándose esfuerzos



tendientes a generarla y fortalecerla, como es el propiciar un cambio de enfoque en la salud desde un Modelo Biomédico basado sólo en factores biológicos y que privilegia la capacidad técnica del Personal de Salud en desmedro del aporte que pueden realizar los usuarios; hacia el modelo biopsicosocial que considera la salud desde una perspectiva amplia, permitiendo un mejor tratamiento de los nuevos desafíos, lo que requiriere a nivel global una intersectorialidad en las acciones y a nivel local, la participación concertada de todos los actores.

El desafío para el Sistema de Salud, especialmente para el Nivel Primario de Atención radica en que los Consultorios deben dar respuestas eficaces y eficientes a las necesidades específicas de salud sentidas por las personas y familias; y contribuir también, a mejorar el ambiente donde éstas se encuentran insertas. Este desafío requiere un profundo cambio en el diseño actual de los Consultorios y la labor que estos desempeñan, ya que los nuevos planteamientos traen consigo un nivel de exigencias diferentes a las imperantes en este momento, surgiendo así los *Centros de Salud* nacidos dentro del marco de la política sectorial, la cual pretende mantener la coherencia con los principios que rigen la política social del país. Estos tienen como responsabilidad primordial elevar el nivel de salud de la población de un territorio definido y con ello contribuir a mejorar la calidad de vida de estos.

Así, la presente Evaluación nos permite dar cuenta de la diferencia existente entre lo esperado por la política y la manifestación real de la Participación en los Consultorios de Salud de la Comuna de Valparaíso, por cuanto al tratar de implantar el nuevo Modelo Biopsicosocial en una realidad

determinada no se han tomado en cuenta las características de ésta, dando origen a una serie de obstáculos que han impedido que éste se desarrolle.

En relación a las Familias Usuarias, la intervención de éstas en el proceso de toma de decisiones se caracteriza por una actitud pasiva de receptor de atención en el Consultorio de Salud, situación que lejos de contribuir a la generación del proceso participativo se constituye en un obstáculo para el surgimiento de éste, debido a que históricamente esta actitud de la población ha sido una constante reforzada por la estructura de nuestra sociedad y del sistema de salud, a pesar de los esfuerzos realizados durante décadas para darle a la participación social en salud un marco legal y político coherente con los valores que la subyacen, con más énfasis en algunos períodos políticos que en otros, dependiendo de las doctrinas que los inspiren. No obstante, todos los esfuerzos desplegados, el influjo emergido desde el Sistema de Salud a la comunidad a través del Modelo Biomédico predominantemente ha impedido la integración de las personas a una cultura participativa.

Otra carencia que refuerza lo anterior, hace referencia a la falta de formación en participación de los usuarios del Sistema de Salud, que implique la adquisición de principios participativos desde los inicios de la educación, porque cualquier cambio que se pretenda realizar será más efectivo en etapas de vida tempranas. Por consiguiente, nos encontramos con el actor Familias Usuarias en una posición de desventaja frente a los otros actores, ya que sus propias características implican un obstáculo para la participación, tienen una percepción negativa de la calidad de atención recibida lo que refuerza su desmotivación a relacionarse participativamente con el Consultorio

y por otra parte, sus representantes, las Organizaciones Comunitarias, se encuentran muy ausentes del acontecer en salud como para constituirse en las condiciones actuales en sus interlocutores válidos frente al Consultorio.

Otros actores implicados en el estudio son las Organizaciones Comunitarias y las Organizaciones Intermedias, las que emergen con un rol variable en su relación con el Consultorio de Salud al actuar como colaboradoras o beneficiarias de éste. Esta escasa definición en cuanto al papel que les cabe desempeñar en salud tiene su explicación en que las Organizaciones Comunitarias, por ejemplo, en la actualidad están abocadas principalmente a legitimarse frente a la comunidad en la que están insertas, haciendo uso de la relevancia que la política actual les ha otorgado; además, parecieran no identificar la salud y su problemática como tarea en la cual ellos pueden asumir un papel directivo, sino más bien, lo suponen como responsabilidad de otro tipo de Instituciones: a nivel local, el Consultorio de Salud, pudiendo referirse a la actitud presentada por éste en cuanto al parcelamiento del poder de decisión y privilegio excesivo del criterio técnico frente a las experiencias que pudiera aportar la comunidad y sus organizaciones.

Las Organizaciones Intermedias, por su parte, al presentar definiciones específicas de su quehacer en la comunidad, restringen su participación en los Consultorios a los recursos con que cuentan y a la utilidad que le preste esta relación, viéndose restringidas a la conexión que pueda establecerse en la red sectorial donde esté presente el Consultorio.

El actor social que asume mayor relevancia en su actuación participativa en los Consultorios de Salud de la Comuna de Valparaíso, es el Personal de Salud, debido a la posición estratégica que tienen, es decir, "están dentro del Sistema que promueve el cambio" ; sin embargo, ellos están conduciendo el proceso sin contar con la presencia activa de los otros actores que idealmente debieran intervenir, es decir, están desarrollando un proceso que no es participativo en esencia. Esto tal vez porque se encuentran altamente institucionalizados en el Modelo Biomédico de la salud, situación que los impulsaría conciente o inconcientemente a privilegiar el manejo técnico que poseen del área en que se desempeñan en desmedro del aporte que los otros actores sociales pueden hacer.

La actitud que asume este actor social puede estar condicionada por la concepción que de la salud manejan, la que se centra en la enfermedad, a diferencia de la propuesta por el Modelo Biopsicosocial, que ve la salud en una perspectiva más amplia, debiendo considerarse para su entendimiento diversas variables además de la biológica como las de orden psíquico, social, cultural y ambiental . Es precisamente este último enfoque el que se ha impulsado para hacer efectivos los cambios que en salud se pretenden alcanzar, los cuales deben ser coherentes, como ya se ha señalado, con los principios que rigen la actual Política de Salud y la Política Social en general.

No obstante, los resultados no son los que se esperaban, existiendo escasos avances en materia de Participación en Salud a nivel de la gestión interna de los Consultorios, dificultando la posibilidad de generar

procesos participativos hacia el exterior si es que internamente no se han producido.

Cabe hacer mención que el hecho que no sea significativa la Participación Social en Salud, correspondería más bien a un fenómeno que se produciría en todos los sectores de la sociedad nacional, y al parecer mundial, lo que sería un reflejo de los valores que se encuentran imperando en la actualidad, como por ejemplo, el creciente individualismo, por lo cual se vuelve más difícil implantar un modelo de Participación.

Otro aspecto al cual cabe referirse, es el doble estándar que presenta la Participación Social en Salud, ya que por una parte es un fin en sí misma y por otra es un medio para la consecución de las metas. Es así que ésta dicotomía genera desorientación en los actores para llevar a la práctica esta definición.

Finalmente, surge la necesidad de proponer desde la realidad local, ya que desde este nivel es posible conocer la mayoría de las dificultades descritas y sobre la base de este conocimiento plantear las alternativas de participación más atingentes a esa realidad y por otra parte, hacer que el cambio sea más permante al surgir desde las bases. Lo señalado valida la realización de estudios de los Procesos Participativos en Salud, constantes retroalimentadores de aquéllos que tratan de fomentarlos, surgiendo esa retralimentación, sólo si es que existe un planteamiento de propuestas que den cuenta de la estrategia a seguir en el logro de la superación de los actuales niveles de participación.

PROPUESTAS PARA PROMOVER LA PARTICIPACION SOCIAL EN LOS CONSULTORIOS URBANOS MUNICIPALIZADOS DE ATENCION PRIMARIA EN LA COMUNA DE VALPARAISO

La Evaluación de la Participación Social en los Consultorios de Salud Urbano Municipalizados de la Comuna de Valparaíso, ha permitido concluir que ésta es No Significativa, en relación a lo que teóricamente se espera de ella como aporte esencial para el logro de los objetivos que la Estrategia de Atención Primaria se ha planteado, en términos de hacer justicia en salud disminuyendo las diferencias actuales en el acceso y calidad de la salud que presenta la población; aumentar las expectativas de vida, disminuyendo las muertes evitables; y mejorar la calidad de vida de la población a través del desarrollo de una vida saludable.

Surge por tanto, la necesidad de Redefinir los objetivos en relación a la Participación Social en Salud, ya que éstos adolecen de falta de metas concretas a lograr en un plazo determinado, que les permitan constituirse en parámetros frente a los cuales definir una programación local que concreten los procesos que conducen a la participación social y de esta forma evaluar los esfuerzos realizados en este sentido.

Si bien esta redefinición en una primera instancia provendría del nivel central del área salud, deberá considerar posteriormente los

planteamientos que, en torno a la Participación Social, definan localmente los actores sociales involucrados en la salud; retroalimentación que permitirá apoyar sobre bases sólidas los principios que guían a nivel nacional la Participación Social en el área Salud, pues reflejarán los intereses, necesidades y problemas de salud posibles de superar a través de la participación activa de la comunidad. Esto permitirá, además, conferir la flexibilidad necesaria para que los sucesos participativos generados logren adaptarse a los cambios que la población experimenta, en una sociedad que se desarrolla socioeconómicamente, pero a la vez estar en posesión de bases sólidas ya establecidas, sobre las cuales sea posible afianzar la Participación Social en Salud.

Las adaptaciones locales que se hagan de los metas a nivel nacional debieran contemplar la realización de deliberaciones y negociaciones en cada Consultorio, en las que participen en un primer nivel delegados de las Familias Usuarias de los Consultorios, representantes del Personal de Salud que incluya a los Estamentos Profesional y No Profesional, y representantes de Organizaciones de la comunidad; en ellas se delinearán las bases programáticas sobre las cuales se dará curso a un segundo nivel de planificación, el que contará con las síntesis de las propuestas que cada Consultorio se haya acordado en relación a la participación. Este segundo nivel deberá estar compuesto por las autoridades regionales de Salud, es decir, representantes de la Secretaría Ministerial Regional de Salud, de Servicios de Salud, de la Corporación Municipal de Salud y delegados del Personal de Salud de los Consultorios, que serán los voceros de las propuestas planteadas por los actores sociales en el primer nivel. Este nivel permitirá introducir los cambios necesarios para dar curso a los procesos

participativos formulados, destinando para ello los recursos esenciales para llevar éstos a la práctica.

Siendo lo anteriormente expuesto producto de un proceso reflexivo que emana de las conclusiones de la Evaluación de la Participación Social llevada a cabo en los Consultorios de Salud Urbanos Municipalizados de la Comuna de Valparaíso y del análisis de la Política existente en el sector Salud, la presente investigación aporta valiosos puntos a considerar en las deliberaciones y negociaciones que se realicen entre los actores sociales involucrados en el primer nivel, debido a que refleja las principales temáticas a abordar en la generación de la Participación Social en la realidad local de cada Consultorio. A nivel de la autoridad regional la presente Evaluación respalda la necesidad de poner en práctica los niveles de deliberación y negociación propuestos, a fin introducir las correcciones pertinentes que faciliten la retroalimentación de las metas que promueven la Participación a nivel nacional.

El Equipo Seminarista propone cinco puntos a ser tomados en cuenta para el desarrollo de procesos participativos en los Consultorios Urbanos Municipalizados de la Comuna de Valparaíso:

I. Intervención Participativa de los Actores Sociales en Salud.

II. Concepto de Participación Social en Salud Manejado por los Actores Sociales.

III. Espacio Físico destinado a la Participación Social en Salud.

IV. Instancias Organizacionales para dar curso a la Participación Social en Salud.

V. Proceso de Toma de Decisiones en los Consultorio.

I. INTERVENCIÓN PARTICIPATIVA DE LOS ACTORES SOCIALES EN SALUD.

La Intervención participativa pretende lograr que todos los actores sociales que deben estar presentes en el ámbito de la salud puedan desarrollarse participativamente en las acciones emprendidas en salud, para elevar el nivel de vida de las comunidades, alcanzando un protagonismo equitativo y coordinación estable .

En este proceso al Personal de Salud le corresponde tomar la iniciativa de motivar a los otros actores involucrados en salud, las acciones deben partir desde el propio Consultorio, para luego tornarse en acompañante y fomentador del liderazgo de las Organizaciones Comunitarias, Organizaciones Intermedias y el Usuario, en la ascensión hacia una mejor vida comunitaria y mayor calidad de salud, pero la realidad en que se encuentran los Consultorios de la Comuna de Valparaíso da cuenta de una excesiva centralización de la toma de decisiones, específicamente en el Personal de Salud Profesional, con la presencia de dificultades internas que estarían impidiendo un buen desempeño de éste en la apertura hacia la comunidad.

Las Organizaciones Comunitarias, por otra parte, tienen gran importancia desde la perspectiva de su representación en los variados intereses de la comunidad toda, ya sean territoriales o funcionales la comunidad logra canalizar la satisfacción a sus necesidades. De ahí la importancia que asume que estas intervengan activamente en salud, ya que

actualmente éstas se sienten insatisfechas con el rol que se les ha asignado hasta el momento, como colaboradoras de las gestiones del Personal de Salud y las organizaciones convocadas se restringen a las Juntas de Vecinos, obviándose el potencial de que disponen las Organizaciones Funcionales.

En cuanto a las Organizaciones Intermedias éstas poseen diversas características que las hacen un importante recurso para la Participación en Salud, enmarcadas en una amplia capacidad de convocatoria, posesión de infraestructura, recurso humano especializado y lo más importante, persiguen objetivos o metas que apuntan al desarrollo del hombre desde distintas perspectivas. En la Comuna de Valparaíso han estado relativamente ausentes del proceso participativo en salud, focalizándose la participación principalmente en aquéllas dedicadas al ámbito de la educación, a través de la Comisión Mixta Salud Educación.

En relación a las Familias Usuarias , éstos son los actores que de alguna manera se encuentran más alejados de una Participación real en los Consultorios, debido a las características especiales que asume su presencia en ellos, es decir, la relación estrecha que mantienen con el Consultorio a través de la atención que en éste reciben.

Como forma de contrarrestar estas situaciones se propone:

1. *Fortalecer la Intervención de los actores sociales en la generación y desarrollo de procesos participativos.* Para el logro de lo anterior se sugieren las siguientes acciones:

a) Dar curso y/o fortalecer los Consejos Técnicos Administrativos Ampliados, a fin de que todo el Personal de Salud se sienta incorporado al quehacer del Consultorio, protagonizando la toma de decisiones a su interior; medida que potenciará la coordinación y motivación de parte del personal en el proceso de Gestión Interna. Esta instancia debiera incorporar en sus temáticas materias específicas de Participación Social, y evaluar la contribución de cada uno de los integrantes del Personal de Salud a los procesos participativos.

b) Difundir el quehacer del Consultorio, como una medida para acercar el Consultorio a la comunidad. Es fundamental que éste informe acerca de las actividades, acciones y beneficios que otorga, que involucren a la comunidad, a través de medios audiovisuales; informantes clave; medios de comunicación masiva; visitas domiciliarias; trabajo individual, grupal y comunitario, entre otros, para así mantener el contacto fluido con los usuarios y que éstos estén al tanto de lo que ocurre en el Consultorio de su sector.

El Consultorio debe mantener además, un contacto permanente con las Organizaciones Comunitarias e Intermedias a fin de estar informado del quehacer de éstas en la población, conociendo sus intereses y acciones en general. Para esto es posible generar por ejemplo, Mesas de Encuentro,

donde se convoque a todas las Organizaciones Comunitarias Territoriales y Funcionales, Organizaciones Intermedias y a la comunidad en general estableciendo procesos de conocimiento, coordinación y negociación de intereses para facilitar el inicio del proceso participativo.

c) Crear Mesas de Encuentro, en que intervenga el Personal de Salud, Organizaciones e Instituciones de la Comunidad y representantes de las Familias Usuarias, pues se requiere de una instancia participativa donde los diversos actores involucrados den a conocer sus intereses e iniciativas, como también puedan escuchar las motivaciones que inspiran a los demás, compartiendo así las diversas experiencias respecto a la posible acción en salud. Para concretar lo anterior será necesario que exista una normativa interna que rija la estructura y funcionamiento que deban tener éstas instancias locales, con énfasis en la convocatoria hacia todos los actores sociales y hacer continuo el trabajo con un sistema como este.

d) Generar una Red de Apoyo en torno a la labor participativa en Salud, a la que se integren las Organizaciones e Instituciones de la comunidad y la población en general, con el fin de que todas ellas trabajen coordinadamente en las necesidades que experimenta el sector al que pertenecen y que se orienten al fomento de las acciones de prevención y protección de la salud.

II. CONCEPTO DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD MANEJADO POR LOS ACTORES SOCIALES.

El Concepto de Participación Social en Salud se orienta a lograr que los actores sociales involucrados hagan suyo el valor que subyace a éste y más que distinguirse por una definición implique una manera de comportarse participativamente, esto porque la participación está hecha de acciones articuladas a través de un discurso coherente. A modo de sugerencia se consideran lo siguiente:

1. *Fomentar el concepto de Participación en Salud, por medio de las tareas realizadas en capacitación a todos los actores.*

a) Este fomento puede ser formal, a través de los contenidos entregados en las capacitaciones; e informal, a través del propio desarrollo de actividades participativas como una forma de hacer en salud. Esta labor está fuertemente ligada a la responsabilidad que tiene el Personal de Salud en la tarea de fomentar la participación y encausar a los actores involucrados, especialmente a las Familias Usuarias, hacia una cultura participativa que facilite el mejoramiento de su calidad de vida y por supuesto su calidad de salud.

III. EXISTENCIA DE ESPACIO FISICO PARA DAR CURSO A LA PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD

La situación general que en materia de infraestructura exhiben los Consultorios Municipalizados de la Comuna son deficientes, y los espacios físicos destinados a la realización de actividades participativas no están presentes en algunos Consultorios y en aquellos en que existen, éstos no son adecuados para llevar a cabo actividades participativas, lo que determina que éstos sean parcialmente utilizados, frenando la generación de los procesos conducentes a la deliberación y negociación de necesidades y problemas de salud sentidos por la comunidad. Ante esta situación se propone :

1. *Mejorar las Condiciones Materiales existentes en los Espacios Físicos destinados a la realización de actividades participativas.* Lo que se podrá lograr a través de:

a) La existencia de una eficiente destinación de recursos materiales, humanos y financieros por parte de las autoridades locales del área, que permitan crear los espacios de reunión participativos; y en el caso de los ya existentes, mejorar las condiciones materiales de éstos, habilitando y dotando de infraestructura suficiente que permitan llevar a cabo las actividades de salud en un ambiente adecuado.

b) Elaborar Proyectos de Carácter Local, que surjan de la negociación concertada entre los actores sociales y permitan captar los recursos existentes en la red social constituida por organizaciones e instituciones privadas de la comunidad, con el fin de lograr habilitar o crear los espacios destinados a fortalecer la participación en los Consultorios de Salud.

IV. INSTANCIAS ORGANIZACIONALES PARA DAR CURSO A LA PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD

La realidad existente en los Consultorios da cuenta de un bajo impulso en el desarrollo de las instancias organizacionales que fomentan la producción de la salud a través de la participación, es decir, Organismos de Participación como los Comités de Participación y Comisiones Mixtas; y Agrupaciones de Promoción de la Salud.

Objetivos generales de los Organismos de Promoción de la Participación en Salud han sido integrar a los actores sociales susceptibles de ser incorporados a la labor de fomento de la salud, asumiendo éstos un rol protagónico en la detección y planteamiento de soluciones a las necesidades y problemas que presenta la comunidad. No obstante, estos objetivos de reciente data, no han adquirido las características participativas que de ellos se espera, como tampoco han recibido el apoyo financiero y material para que éstas se concreten, y las facilidades, en términos de incentivos, para el Personal de Salud y el resto de los actores sociales, cuya disponibilidad para participar se ve limitada por las funciones que llevan a cabo en sus respectivas organizaciones. En este sentido se propone:

1. *Fortalecer el Rol que los Organismos de Promoción de la Participación cumplen en la actualidad.* Para el logro de ello se sugiere:

a) Difundir los objetivos que a nivel de la realidad local tienen estos organismos, lo que permitirá comprometer a la comunidad en las acciones que éstos lleven a cabo, contando además con los recursos que de la comunidad se deriven; y que estos organismos sean los entes que canalicen las aspiraciones que en salud presenta la comunidad y los potenciales recursos que ésta posee. Esta labor deberá ser responsabilidad compartida entre las autoridades regionales de salud y los Consultorios, las que deberán convocar a las organizaciones e instituciones privadas y estatales de la comunidad con el propósito de dar a conocer dichos organismos y coordinar esfuerzos de integración.

b) Los organismos que actualmente existen deberán incorporar a su gestión las funciones que definen su quehacer participativo, es decir, recoger las necesidades sentidas de la comunidad y las alternativas que les den solución, superando el nivel de coordinación entre instituciones, para concretar a través de la realización de actividades los objetivos que persiguen.

c) Las funciones que estos organismos lleven a cabo deberán ser retroalimentadas a través de la elaboración de Informes Periódicos que den cuenta del avance de la gestión realizada por éstos. Estos informes de avance, que deberán incorporar las opiniones de los actores involucrados, se constituirán en evaluaciones que permitirán introducir correcciones en la labor realizada de forma oportuna y continua.

Por otro lado, en relación a las Agrupaciones de Promoción de la Salud, la labor que éstas llevan a cabo se encuentra debilitada en la comunidad, a las funciones de prevención y promoción de la salud que debieran llevar a cabo , debido a la falta de incorporación de elementos participativos a su gestión con la consecuente desconocimiento de la comunidad en general en cuanto a su cometido. Es por ello que se propone:

2. *Reforzar el desempeño de las Agrupaciones de Promoción de la Salud.* Se recomienda para ello:

a) Destinar por parte de las autoridades y organizaciones de la comunidad, mayores recursos materiales y humanos que permitan una gestión acorde con los objetivos que estos grupos se plantean. Esto recursos debieran permitir además, realizar una labor amplia de difusión de la labor que llevan a cabo las Agrupaciones, lo que favorecerá su reconocimiento y convocatoria a nivel de toda la comunidad.

b) El fortalecimiento de las Agrupaciones de Promoción de la Salud debiera contemplar además la Coordinación necesaria con los organismos de participación, de forma que éstas se conviertan en agentes colaboradores en la generación de la participación social y apoyo en la acciones conducentes a la prevención de la salud.

V. PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

La existencia de Participación Social en salud conlleva implícita la necesidad de que los diferentes actores sociales que componen la comunidad local en la que se genera este proceso intervengan conjuntamente en las diferentes etapas que lo conforman, es decir, en los Diagnósticos, Programación, Ejecución y Evaluación. Esto requiere, a su vez, que la forma en que se lleve a cabo la toma de decisiones en las diferentes etapas tenga un carácter participativo real, o sea, que todos los actores sociales intervengan, en igualdad de condiciones, detentando una posición dentro de la estructura de poder que les permita decidir activamente acerca de los principales aspectos que cada etapa contiene.

Por otra parte, la Participación Social en Salud, requiere que exista continuidad en el desarrollo de las etapas del Proceso de Toma de Decisiones, es decir, que los Diagnósticos que se realicen sean la base sobre la cual surja la Programación que posteriormente dará paso a la Ejecución y la consecuente Evaluación orientada a la retroalimentación del proceso. Esta continuidad en el proceso le otorgará la consistencia necesaria a los esfuerzos que la comunidad local defina para dar respuesta y/o solución a sus necesidades y problemas de salud, evitando de este modo que los esfuerzos realizados sean estériles con la consecuente pérdida de los recursos invertidos para darle curso.

Los resultados de la Investigación Evaluativa, no obstante, reflejan situaciones opuestas a lo que se espera de un Proceso de Toma de Decisiones Participativo, pues a nivel de los Consultorios Urbano Municipalizados de la Comuna de Valparaíso no existe la continuidad deseada.

La intervención de los actores sociales en las etapas del Proceso por otra parte, da cuenta de la desigualdad que existe en lo que respecta al papel que cada uno desempeña. Así nos encontramos con el protagonismo exclusivo del Personal de Salud Profesional de los Consultorios frente a la pasividad de los otros actores sociales principalmente de las Familias Usuarias, situación que es producto de una percepción distorsionada del rol que a los actores sociales les cabe en el Proceso. Frente a lo expuesto se propone :

1. *Reforzar la Potencialidad Participativa de los Actores Sociales, en términos de lo esencial del aporte que cada uno de ellos realice a la generación de los llamados procesos participativos. Para ello se sugiere:*

a) Generar en el Personal de Salud de los Consultorios conciencia respecto de la importancia y validez de los aportes participativos que el resto de los actores sociales, es decir, Familias Usuarias y Organizaciones Comunitarias e Intermedias, pueden realizar.

Esta generación de conciencia participativa requiere el logro de determinados estados que les permitan comprender que los problemas de

salud de la comunidad deben surgir precisamente de un trabajo conjunto entre los actores sociales, lo que otorgará mayor eficacia a la Participación Social, ya que cualquier iniciativa que se origine en la imposición de un criterio sobre los otros conducirá inevitablemente al desarrollo de infructuosos procesos que impedirán el logro de una real participación, permitiendo así que el Consultorio y la comunidad en la que se inserta avancen hacia mejores niveles de salud.

El Personal de Salud debe ser capaz de desempeñarse interdisciplinariamente en cuanto a participación se refiere, asumiendo la responsabilidad que le cabe en la orientación de los otros actores hacia la Participación Social. En tal sentido, el Asistente Social tiene una doble responsabilidad debido a su formación profesional, cuenta con las herramientas necesarias para generar el proceso participativo, siendo uno de los pocos profesionales que está al tanto de las tecnologías participativas, por lo que la promoción de la participación que pueda hacer esta Disciplina, es fundamental. Y por otro lado, está el compromiso intrínseco de la profesión de propender a la búsqueda de una mayor calidad de vida en las comunidades.

Por tanto concordando con la importancia asignada a la Participación y la responsabilidad que le compete al Servicio Social en salud, se hace necesario reforzar la labor que realiza, dotándolo de los recursos necesarios para que lleve a cabo su gestión y asignando la importancia necesaria a la sistematización del conocimiento cotidiano y gran cúmulo de experiencias en su quehacer, en definitiva, reconociendo su labor junto con la labor de otros profesionales y trabajadores de la salud.

b) Reforzar en las Familias Usuarias y Organizaciones Comunitarias e Intermedias la Responsabilidad que les cabe en términos de intervención activa en las diferentes etapas del Proceso de Toma de Decisiones, íntimamente ligado al cambio de enfoque bajo el cual determinan sus deberes y derechos en relación al Consultorio. Lo anterior requerirá que cada Consultorio cree los puntos de encuentro en los que se definan las vías a través de las cuales los actores sociales determinen las acciones más adecuadas a la realidad local de cada uno de ellos.

En relación a las falencias que asume el Proceso de Toma de Decisiones en los Consultorios de la Comuna, se propone además:

2. Reforzar el conocimiento de los actores sociales acerca del Concepto y Metodología implícita en el Proceso Participativo. Las sugerencias son las siguientes:

a) Capacitar al Personal de Salud de los Consultorios en el Concepto y la Metodología del Proceso Participativo, es decir, Diagnóstico, Programación, Ejecución y Evaluación, lo que les permitirá tener un manejo teórico-práctico acerca de los principales puntos que se deben abordar al emprender la tarea de generar y de fortalecer dicho proceso. Así, se pretende que exista una continuidad en las diferentes etapas que dan cuenta de la Participación Social, contribuyéndose de esta forma, al logro de las metas que en el área de la Salud se han planteado.

La capacitación deberá contener dos elementos esenciales: el primero de ellos se refiere a la adquisición de los principios necesarios por parte del Personal de Salud para que logre un adecuado manejo del concepto de Participación Social en Salud, lo que constituirá el marco de referencia para la acción cogestiva en los Consultorios.

La relevancia del Personal de Salud encuentra fundamento en su posición de educador y de transmisor de lo que acontece en el área Salud, siendo el concepto de Participación en Salud uno de los elementos primarios que la población que se atiende en el Consultorio y las organizaciones de la comunidad en que se inserta, deben conocer para dar el paso inicial en participación. Así el marco de referencia será común a todos los actores, determinando que los esfuerzos e iniciativas que surjan de ellos persigan objetivos también comunes, los que al ser coherentes con la Política Social de Salud, asegurarán el éxito de las metas que ésta se ha planteado. El segundo elemento que deberá contener la capacitación dirigida al Personal de Salud dice relación con la aplicación de la Metodología del Proceso de Toma de Decisiones. De esta forma, se sugiere que el Personal de Salud incorpore a su conocimiento elementos de planificación social a fin de que los procesos participativos generados tengan un carácter técnico que permita una continuidad en la satisfacción de las necesidades de salud de la población y de la relación participativa establecida entre los actores.

b) Extender el conocimiento en torno al concepto y metodología del proceso de toma de decisiones al resto de los actores sociales, es decir, Familias Usuarias y Organizaciones Comunitarias e Intermedias a nivel de cada Consultorio. Esta propuesta constituye el siguiente eslabón en la cadena

del fomento de la participación , siendo el Personal de Salud el encargado de llevarlo a cabo, generando las instancias adecuadas, como jornadas, mesas de encuentro o bien haciendo uso de las ya existentes. En este contexto, la apertura que demuestre el Personal de Salud hacia la comunidad y sus privilegiar la iniciativa de los usuarios es imprescindible y no puede estar desligado de los conocimientos técnicos adquiridos.

CAPITULO
SEXTO

METAEVALUACION

METAEVALUACION

Esta etapa del Seminario permite determinar las fortalezas y debilidades acontecidas durante el desarrollo de la Evaluación de la Participación Social en los Consultorios de Salud Urbano Municipalizados, generando la necesaria retroalimentación del Modelo E.P.S. tanto en su gestación como en el proceso que le dio curso, considerando además el contexto en el cual se enmarcó el estudio.

La presente Metaevaluación permitirá dar cuenta del logro del objetivo último de la Evaluación, es decir, Evaluar la Participación Social en los Consultorios Urbanos Municipalizados de la Comuna de Valparaíso, en base a los requisitos fundamentales a los cuales debe responder una evaluación, cuales son: ser válida, objetiva, confiable, oportuna y práctica .

En tal sentido los requisitos mencionados darán cuenta de la riqueza y calidad logradas a través de la complementación de los enfoques cualitativos y cuantitativo que guiaron la evaluación.

Respecto de la Validez del estudio, cabe preguntarse si se escogieron y lograron medir las variables más significativas de la Evaluación, es decir, la Extensión, Intensidad y Modalidad de la Participación Social, enmarcadas en el diseño del Modelo E.P.S

Frente a lo anterior uno de los aspectos que confiere validez al seminario es el hecho que el Modelo E.P.S. surgió de la adaptación del Ministerio de Salud de una propuesta internacional de criterios para evaluar la Participación Social, siendo adaptado por las autoras para crear un Modelo Local que evalúe la realidad de la Participación Social a nivel local. En tal sentido el Modelo evaluativo considera tres de las cinco variables que contiene la Propuesta para la evaluación de la Participación Social de la OPS-OMS, de esta forma se considera la Extensión, la Intensidad y la Modalidad como principales variables que dan cuenta de los procesos participativos privilegiando la profundidad a alcanzar en la Investigación Evaluativa. Los otros dos criterios propuestos, es decir, Impacto y la Sostenibilidad pudieran orientar la realización de futuras investigaciones que consideren la medición del avance y continuidad de las metas y procesos de la Participación Social en salud.

De forma particular, se logra conferir validez intersubjetiva a la evaluación, en su enfoque cualitativo, a través de la diversidad de opiniones y visiones acerca de la Participación Social recogidas a través de las entrevistas realizadas.

Por otro lado, la validez del enfoque cuantitativo está dado por la concordancia existente entre los objetivos planteados en la Evaluación y la operacionalización que deriva directamente de las variables contenidas en los objetivos, lo que se refleja en la construcción de instrumentos de recolección de datos acordes a la operacionalización que permitieron captar aquella información más adecuada a los requerimientos de la Estrategia Evaluativa.

En relación a la Objetividad del Seminario, nos preguntamos si los instrumentos cuantitativos permiten medir, analizar y concluir acerca de los hechos tal como éstos se presentan en la realidad. Frente a esto, la objetividad se refleja, entre otras cosas, en la muestra seleccionada, ya que esta se dirigió a aquellos actores sociales que teóricamente son quienes deben intervenir en la generación y desarrollo de los procesos participativos en salud, de esta forma se trató de asegurar que la información requerida acerca de la Participación Social, surgiera precisamente de quienes son los protagonistas de ésta. La extensión de la muestra seleccionada fue la adecuada para recolectar la información que se planteó en la operacionalización del estudio, lo que junto al bajo nivel de error muestral y la utilización de informantes clave permitió conciliar la riqueza de la información con la menor desviación de ésta, en términos de lo esperado lo cual objetivó el proceso planteado. Asimismo la objetividad estuvo dada por la especificidad y acuciosidad de los instrumentos al ser pretesteados, lo que aseguró que la información recolectada realmente diera cuenta del objetivo de la Evaluación . A la vez, se decidió mantener en el anonimato a aquellos personas a las que se les aplicó las encuestas, recogiendo la información de los usuarios en su propio domicilio, evitando posibles sesgos al realizarlo dentro del Consultorio.

Otro requisito a ser considerado en la Evaluación es la Confiabilidad, es decir, la estandarización de los procedimientos de medición. De acuerdo a ello, es posible señalar que el presente estudio evaluativo responde a ésta puesto que las preguntas formuladas en el cuestionario fueron estandarizadas a la generalidad de las personas encuestadas, respondiendo la información entregada a los objetivos de la Evaluación.

El cuarto requisito a que deben responder las evaluaciones en general, es el ser Oportunas, es decir, que deben aplicarse en el momento adecuado. En relación a esto es posible señalar que la evaluación de la Participación Social realizada por las autoras, surge de una petición de las autoridades de la salud, quienes al constatar los bajos niveles de desarrollo de los procesos participativos a nivel nacional, ha manifestado interés por realizar estudios evaluativos al respecto, que permitan determinar con precisión los reales niveles que éstos presentan en las diversas realidades locales, a fin de introducir los cambios necesarios para dar impulso a dichos procesos.

Al concebir la Participación Social como un proceso en constante desarrollo, en cualquier etapa de éste es posible realizar cortes evaluativos que permitan conocer el estado en se encuentra el proceso en dicho momento con el fin de retroalimentarlo. Dentro de este marco surge la Oportunidad de la Evaluación realizada por el Equipo Seminarista. Su carácter oportuno ha permitido recoger antecedentes importantes, por cuanto ha dejado en evidencia las condiciones que presentan los actores sociales respecto de las características necesarias para dar curso a la Participación Social, cuyo síntoma más contingente lo constituye el surgimiento de una serie de movimientos sociales que dan cuenta de las carencias existentes en uno de los principales actores de la salud, cual es, el Personal de Salud. Por otro lado, el requisito de Oportunidad estuvo dado por la aplicación de los instrumentos de recolección de datos en el lugar y situación adecuada permitiendo una buena disposición por parte de los actores considerados

El carácter Práctico de la evaluación está dado por la utilización de los resultados de ésta para generar los cambios necesarios que

permitan ir retroalimentando la evaluación misma. Es así, que se considera que la evaluación resultante de la aplicación del Modelo E.P.S., cumple con el requisito anterior, ya que forma parte de la esencia de cualquier estudio evaluativo, cual es el orientarse a influir en la toma de decisiones de quienes por su ubicación en la estructura social, tienen el poder de hacerlo. De esta forma, la evaluación realizada coincide con dicho planteamiento, ya que sus resultados y las propuestas estratégicas persiguen precisamente, que las autoridades del área de la salud se basen en ellas para introducir los cambios necesarios para mejorar el estado de la Participación Social a nivel de los Consultorios de Salud.

La definición de Servicio Social Profesional, como una Tecnología Social orientada a introducir cambios a la realidad que aborda, a través de la aplicación de conocimientos adecuados a las situaciones que se pretenden modificar coincide claramente con el carácter práctico de la evaluación. En este sentido, Servicio Social, se ubica al nivel de la toma de decisiones en la política social a través del ejercicio del rol de evaluador, lo que permite nutrir esta área con nuevas experiencias en el campo de la investigación evaluativa.

El desarrollo de evaluaciones conlleva implícita cierta complejidad para quienes están vinculados a ella, ya que el óptimo desempeño de ésta requiere de un alto nivel de abstracción de parte de los investigadores, así también de una adecuada dotación de recursos que les permitan enfrentar los diferentes obstáculos que en el transcurso de ésta se puedan ir generando, por otra parte la evaluación no es sólo una etapa más del ciclo tecnológico, sino que desde el punto de vista manejado por las autoras, éste contiene su

propio ciclo, el que se puede extrapolar con el fin de alcanzar el conocimiento de la complejidad social con vías de acceso cuantitativas y cualitativas que van desde la valoración diagnóstica hasta la valoración de los logros y su consecuente retroalimentación.

Del desarrollo del análisis anterior se concluye que la Evaluación realizada por las Alumnas Seminaristas cumple su principal objetivo, cual es, evaluar la Participación Social en Salud en los Consultorios Urbano Municipalizados de la Comuna de Valparaíso, ya que responde adecuadamente a los requisitos que debe contener toda Evaluación Social.

Finalmente, la Evaluación desarrollada constituyó para el Equipo Seminarista una fuente constante de aprendizaje y reflexión, debido a las elevadas exigencias teóricas, metodológicas y prácticas que planteó el estudio, siendo un desafío constante a la capacidad de adaptación y flexibilidad de éstas, lo que contribuye a ampliar los espacios para el ejercicio profesional, en base a una praxis tecnológica que valide la presencia del Servicio Social a nivel de la Política Social.



BIBLIOGRAFIA



BIBLIOGRAFIA

LIBROS CONSULTADOS :

1. Ahumada, Pedro y otros. " Modelos de Evaluación y Evaluación de Programas ". Edit. UCV/REDUC, Santiago, Chile, 1990.
2. Ballart, Xavier. " ¿ Cómo Evaluar Programas y Servicios Públicos ? Aproximaciones Sistémicas y Estudios de Caso ". Madrid, España, 1992.
- ✓ 3. Bosio de Ortecho, Cristina y otros. " Evaluemos con un Método Simple ". Edit. Hvmánitas, Buenos Aires, Argentina, 1991.
4. Briones, Guillermo. " Evaluación de Programas Sociales ". Edit. Trillas. México, 1985.
5. Bunge, Mario. " Epistemología ". Edit. ARIEL. España, 1981.
6. Caride Gómez, José Antonio. " La Evaluación como Mediación ". Universidad de Santiago de Compostela, España.

7. Caride Gómez, José Antonio. " Evaluación de Programas y Experiencias de Educación Social ". Universidad de Santiago de Compostela, España.
8. Espinoza, Mario. " Evaluación de Programas Sociales ". Buenos Aires, 1975.
9. García Letelier, Patricio. " Servicio Social y Desarrollo Local ". EDEVAL, Chile 1982.
10. Jimenez, M. y otros. " Participación de los Actores Pobres en los Programas de Desarrollo Local ". Escuela de Trabajo Social - UNICEF. 1989.
11. Marschall, María Teresa y otros. " Participación Social en Salud : Lecciones y Desafíos ". MINSAL, 1991.
12. MINSAL. " Atención de la Salud en Chile ". Santiago, Chile. 1995.
13. MINSAL. " Atención Primaria de Salud en Chile . Foro Panel: La Salud en el Proceso de Desarrollo Chileno ". Santiago, Chile, 1985.
14. MINSAL. " De Consultorio a Centro de Salud : Marco Conceptual ". Santiago, Chile, 1993.
15. MINSAL. " Orientaciones y Normas Técnicas para el Asistente Social en Salud ". Santiago, Chile. 1993.

16. MINSAL. " Participación Social en el Sistema Público de Salud : Evaluaciones y Desafíos ". Santiago, Chile. 1995.
17. MINSAL. " Salud con la Gente ". Santiago, Chile. 1995.
18. MINSAL. " Trabajo Comunitario en Salud ". Santiago, Chile. 1994.
19. MINSAL. " Situación y Atención de la Salud en Chile ". Santiago, Chile. 1992.
20. Pastén Cordovéz, Fernando. " Metodología de la Investigación Social ". EDEVAL, Valparaíso. 1993.
21. Pastén Cordovéz, Fernando. " Las Técnicas Cualitativas en Servicio Social ". EDEVAL, Valparaíso. 1991.
22. UNICEF. " Del Macetero al Potrero (O de lo Micro a lo Macro) ". Chile. 1996

DOCUMENTOS CONSULTADOS :

23. Boeninger, G. " Participación : Oportunidades, Dimensiones y Requisitos para su Desarrollo ". CED, Nº 16. 1984.
24. Corporación Centro Regional de Población. " Manual de Evaluación para Programas de Planificación Familiar ". Colombia. 1975.
25. De Roux, G. " Participación y Cogestión de la Salud ". Vol. 27, Nº 1 PAHO. Washington. 1993.
26. Guerra, Francisco. " Problemas Generales de la Participación ". CPS-26, ILPES. Lima, Perú. 1980.
27. MINSAL-OPS. " Informe Final Proyecto Evaluación de la Participación Social para el Apoyo de la Gestión de los Servicios de Salud ". Chile. 1996.
28. MINSAL. " Los Directivos del Sector Salud y la Participación Social ". Unidad de Participación Social. DAI, DIPROG. Chile, 1994
29. MINSAL. " La Misión del Ministerio de Salud Pública y de sus Instancias Autónomas ". Chile. 1994.

30. MINSAL . " Logros y Avances de Participación Social : 1995, Consejos de Desarrollo ". Chile, 1996.
31. OPS-OMS. " Análisis de Datos Cualitativos ". Washington DC. 1994.
32. OPS-OMS. " Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud ". Serie HSS/SILOS-26. Washington DC. 1992.
33. OPS. " Estrategias de Participación Social en los Sistemas Locales de Salud : Estudios de Factibilidad ". Washington DC.
34. OPS-OMS. " La Participación Social en el Desarrollo de la Salud ". Serie HSS/SILOS-26. Washington DC.1993.
35. OPS-OMS. " La Participación Social ". Serie HSD/SILOS-3. Washington DC. 1990.
36. OPS-OMS. " Metodología para la Evaluación Participativa ". Washington DC. 1994.
37. OPS-OMS. " Planificación Participante ". Serie HP/HE-12. Washington DC. 1975.
38. Rojas, Luz. " Manual del Dirigente Vecinal : Una Alternativa de Promoción del Desarrollo Local ". Universidad de Valparaíso, Chile. 1991.

39. Urrutia Boloña, Carlos y otros. " Al Encuentro de la Salud Popular ", Nuevos Cuadernos, CELATS, N° 5. Perú, 1985.

40. Ministerio del Interior - MINSAL. " Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, Ley 19.378 ". Chile.1995.

SEMINARIOS CONSULTADOS :

41. Bravo, Andrea y otra. " Evaluación del Programa de Mejoramiento de Barrios : Comuna de Viña del Mar ". Seminario de Título. Escuela de Servicio Social, Universidad de Valparaíso. 1994.

42. Vidal, Vanesa y otras. " Evaluación del Impacto Social del Programa Entretodos 1994 : Comuna de Valparaíso y San Antonio ". Seminario de Título. Escuela de Servicio Social, Universidad de Valparaíso. 1995.

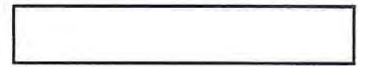
CURSO REALIZADO :

" Evaluación de Proyectos Sociales ", dictado por el Doctor José Antonio Caride Gómez, Profesor Titular Universidad Santiago de Compostela, España.

Curso organizado por Facultad de Filosofía y Educación, Instituto de Educación, Universidad Católica de Valparaíso.

Coordinador: Pedro Ahumada Acevedo.

Realizado los días 8, 9 y 10 de Octubre de 1996.



ANEXOS



ANEXO 1. INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

CUESTIONARIO

Dirigido a:
Familias Usuarias del Consultorio.

Códigos de uso interno:
(E): Extensión
(I) : Intensidad
(M): Modalidad

Fecha:

Hora :

I. ITEM

1.- Ud. En el Consultorio: **(E)**

- a) Sólo recibe atención
- b) Recibe atención y plantea problemas
- c) Recibe atención y plantea propuestas

2.- ¿ En cuál de las siguientes organizaciones existen lugares donde se realicen actividades de salud como charlas, reuniones, elaboración de proyectos, etc. ? **(I)**

- a) En el Consultorio de Salud
- b) En Organizaciones Comunitarias (Juntas de Vecinos, Centros de Madres, Club Deportivo)
- c) En Organizaciones Intermedias (Liceos, Escuelas, Iglesias, Clubes, ONGs)
- d) Ninguno
- e) No sabe

Si contestó alternativa d) o e) pasar a la pregunta 6.

3.- ¿ Estos lugares se utilizan para la realización de actividades de salud ? **(I)**

- a) Si
- b) No

4.- ¿ Las condiciones materiales de los lugares que Ud. nombró son: **(I)**

- a) En el Consultorio : ____ adecuados ____ Inadecuados
- b) En Organizaciones Comunitarias : ____ adecuados ____ inadecuados
- c) En Organizaciones Intermedias : ____ adecuados ____ inadecuados

5.- ¿Cuál de las siguientes agrupaciones funcionan en el Consultorio de su sector ? (I)

- a) Grupo de Monitores
- b) Grupo de Autoayuda
- c) Grupo de Salud o Voluntariado
- d) Grupo poblacional de Salud
- e) Ninguna
- f) No sabe

Si contesta alternativa e) o f) pasar a la pregunta 8.

6.- ¿ En cuál de las siguientes agrupaciones participa Ud. ? (I)

- a) Grupo de Monitores
- b) Grupo de Autoayuda
- c) Grupo de Salud o Voluntariado
- d) Grupo poblacional de Salud
- e) Ninguna

Si contestó alternativa e) pasar a la pregunta 8.

7.- ¿Cuál de las siguientes funciones realiza la agrupación a que Ud. pertenece ? (I)

- a) Se coordina o toma contacto con otra agrupación
- b) Transmite contenidos educativos
- c) Integra a sus actividades a toda la comunidad

8.- ¿Cuál de los siguientes organismos funciona en el Consultorio de su sector ? (I)

- a) Comité de Participación
- b) Comisión Mixta
- c) Ninguno
- d) No sabe

Si contesta alternativa c) o d) pasar a la pregunta 10.

9.- ¿ La agrupación nombrada da respuesta a los problemas de su sector ? (I)

- a) Si
- b) No

10.- ¿ En su sector se realizan Diagnósticos Participativos de Salud, es decir, Identificación de necesidades o problemas que afectan la salud de las personas ? (M)

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

Si contesta alternativa b) o c) pasar a la pregunta 15.

11.- En los diagnósticos de salud participan: (M)

- a) Ud. y su familia
- b) Personal de Salud del Consultorio
- c) Juntas de Vecinos, Centros de Madres, Club Deportivo, Centro Juvenil
- d) Liceos, Escuelas, Iglesias, Clubes, ONGs

12.- ¿ Ud. conoce los resultados a los que se ha llegado en los diagnósticos de salud realizados ? (M)

- a) Si
- b) No

13.- Identificados los problemas de salud que afectan a la comunidad ¿ Se plantearon actividades o proyectos para abordarlos ? (M)

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

Si contesta alternativa b) o c) pasar a la pregunta 15.

14.- En la elaboración de las actividades o proyectos participan: (M)

- a) Ud. y su familia
- b) Personal de Salud del Consultorio
- d) Juntas de Vecinos, Centros de Madres, Club Deportivo, Club de Ancianos
- c) Liceos, Escuelas, Iglesias, Clubes, ONGs

15.- ¿ Se han ejecutado, es decir, llevado a cabo actividades o proyectos de salud en su sector ? (M)

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

Si contesta alternativa b) o c) pasar a la pregunta 18.

16.- En la ejecución de actividades o proyectos, participan: (M)

- a) Ud. y su familia
- b) Personal del Consultorio de Salud
- c) Juntas de Vecinos, Centros de Madres, Club Deportivo, Club Juvenil
- d) Liceos, Escuelas, Iglesias, Clubes, ONGs

17.- Durante la realización de las actividades, qué papeles asumieron: (M)

- | | |
|---|--|
| a) Ud. y su familia | : ___ organizando, colaborando, dirigiendo |
| | : ___ recibiendo el beneficio |
| b) El Personal del Consultorio de Salud | : ___ organizando, colaborando, dirigiendo |
| | : ___ recibiendo el beneficio |
| c) Las Organizaciones Comunitarias | : ___ organizando, colaborando, dirigiendo |
| | : ___ recibiendo el beneficio |
| d) Las Organizaciones Intermedias | : ___ organizando, colaborando, dirigiendo |
| | : ___ recibiendo el beneficio |

18.- ¿ En el Consultorio de su sector se ha realizado algún tipo de evaluación ? (M)

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

Si contesta alternativa b) o c) pasar al Item II

19.- ¿Cuál de los siguientes aspectos relacionados con la salud han sido evaluados ?

- a) Problemas de salud comunitarios (Higiene ambiental, enfermedades que afectan a las familias del sector, etc.)
- b) Funcionamiento del Consultorio (calidad de la atención, condiciones materiales, horarios de atención, personal con que se cuenta, etc.)
- c) Programas generales de salud (Programa Materno-Perinatal, Del Niño y del Adolescente, Del Adulto, etc.)
- d) No sabe

20.- En evaluaciones de aspectos relacionados con la salud, participan: (M)

- a) Ud. y su familia
- b) Personal del Consultorio de Salud
- c) Juntas de Vecinos, Centros de Madres, Club Deportivo
- d) Liceos, Escuelas, Iglesias, Clubes, ONGs

21.- ¿ Qué es para Ud. La Participación en el Consultorio ? (E)

II. ITEM (Hipótesis)

Caracterización del entrevistados:

Relación parentesco	Escolaridad	Sistema de Salud	Ingreso	Enfermedades crónicas

1.-¿ Qué problema de salud ha tenido su familia en los últimos 6 meses ?

- a) Enfermedades infecto contagiosas (resfríos, pestes, pediculosis, etc.)
- b) Accidentes domésticos, del tránsito, del trabajo, etc.
- c) Intoxicaciones y envenenamientos
- d) Otros _____
- f) Ninguno

2.- ¿ En qué aspectos del Consultorio cree Ud. que tiene derecho a intervenir ?

- a) En la detección y solución de problemas de salud que afectan a su comunidad
- b) En el funcionamiento del Consultorio (calidad de la atención, condiciones materiales, horarios de atención, personal con que se cuenta, etc.)
- c) En los programas generales de salud (Programa Materno-Perinatal, Del Niño y del Adolescente, Del Adulto, etc.)
- d) No cree poder intervenir
- e) No sabe cuáles son sus derechos

3.- ¿ Cuáles son sus deberes respecto al Consultorio en que se atiende ?

- a) Ser responsable frente a la atención y beneficios recibidos (respetar horarios, no hacer mal uso de la leche y medicamentos, participar en charlas, etc.)
- b) Plantear iniciativas que mejoren la atención en el Consultorio
- c) Plantear iniciativas que mejoren la salud de su comunidad
- d) Colaborar en actividades del Consultorio (detección de problemas, planificación, realización y evaluación de actividades)
- e) No cree tener deberes frente al Consultorio
- f) No sabe cuáles son sus deberes



4.-¿ A cuál de las siguientes organizaciones pertenece Ud. ?

- a) Juntas de Vecinos
- b) Centros de Madres
- c) Club Deportivo
- d) Escuela, Liceo o Colegio
- e) Otra organización del sector: _____
- f) Ninguna

Si contesta alternativa f) pasar a la pregunta 6.

5.- ¿ Qué actividad realiza Ud. dentro de su organización ?

- a) Tiene un cargo en la Directiva
- b) Es parte de un Comité
- c) Sólo forma parte de la Asamblea
- d) No siempre asiste pero acata las decisiones
- e) Otra: _____

6.- ¿ Ud. recibe algún tipo de información del Consultorio ?

- a) Si
- b) No

Si contesta alternativa b) pasar a la pregunta 9.

7.- ¿ Qué tipo de información recibe ?

- a) Acerca de las actividades del Consultorio
- b) Acerca de los problemas de salud de su comunidad
- c) Acerca del funcionamiento del Consultorio (Horarios, Utilización de recursos, etc.)
- d) Otra: _____

8.- Luego de recibida la información Ud. :

- a) La transmite a su familia
- b) La transmite a vecinos
- c) La transmite a los dirigentes de su Junta de Vecinos, Centro de Madre, Centro Juvenil, etc.
- d) La transmite a los encargados de otras instituciones (Escuelas , Iglesias, ONGs, etc.)
- e) Acude al Consultorio en busca de mayor información
- f) Plantea ideas a partir de la información entregada por el Consultorio

9.- ¿ En qué actividades del Consultorio le gustaría participar ?

Observaciones: _____

ENTREVISTA SEMI - ESTRUCTURADA

Dirigido a :
Informantes claves del Personal de Salud del Consultorio

Códigos de uso interno:

Fecha:

(E): Extensión
(I): Intensidad
(M): Modalidad

Hora :

1.- ¿ Qué es para Ud. la participación social en el área Salud ? (E)

Ref. para el entrevistador:

- *Intervención conjunta de los actores*
- *Intervención en el proceso de toma de decisiones*
- *Existencia de espacios físicos e instancias organizacionales*

2.- ¿ Qué actividades de participación se realizan en el Consultorio ? (E)

Ref. para el entrevistador:

- *Actores involucrados*
- *Participación en Agrupaciones de Promoción de la Salud*

3.- ¿ Qué espacios físicos existen en el Consultorio para realizar actividades participativas de salud ? (I)

Referencia para el entrevistador:

- *Existencia*
- *Utilización que se da a los lugares*
- *Condiciones materiales de los lugares*

4.- ¿ Qué instancias organizacionales posee el Consultorio para promover actividades participativas de salud ? (I)

Referencia para el entrevistador:

- *Agrupaciones que participan (Monitores, Autoayuda, Voluntariado, Poblacional)*
- *Funciones participativas que asumen las agrupaciones (coordinadora, educativa, integradora)*
- *Organismos que promueven la salud (Comisión Mixta, Comité de Participación)*
- *Utilidad que le asigna a los organismos*

5.- En el Consultorio se realizan diagnosticos participativos de salud que afectan a la comunidad ? (M)

Ref. para el entrevistador:

- *Actores que participan*
- *Necesidades que identifican*
- *Difusión que hacen de las conclusiones*

6.- Identificados los problemas de salud ¿ se realizan programaciones en conjunto con la comunidad para abordarlos ? (M)

Referencia para el entrevistador:

- *Existencia*
- *Actores que participan*

7.- ¿ Se ejecutan con la comunidad los proyectos elaborados ? (M)

Referencia para el entrevistador:

- *Existencia*
- *Actores que participan*
- *Roles que asumen los actores*

8.- ¿ En el Consultorio se realizan evaluaciones participativas ? (M)

Referencia para el entrevistador:

- *Existencia*
- *Areas evaluadas*
- *Actores que participan*

9.-¿Cuál es su visión acerca de las condiciones laborales de Consultorio ? Hip.

Referencia para el entrevistador:

- *Clima laboral*
- *Capacitación en el tema "Participación"*
- *Satisfacción laboral*

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA

Dirigido a :
Informantes claves de Organizaciones Comunitarias e Intermedias

Códigos de uso interno:

(E): Extensión

(I): Intensidad

(M): Modalidad

Fecha:

Hora :

1.- ¿ A qué se dedica su organización ? **Hip.**

Referencia para el entrevistador:

- *Actividades participativas realizadas*
- *Convocatoria o población objetivo*

2.- ¿ Qué es para Ud. la participación social en el Consultorio ? **(E)**

Ref. para el entrevistador:

- *Intervención conjunta de los actores*
- *Intervención en el proceso de toma de decisiones*
- *Existencia de espacios físicos e instancias organizacionales*

2.- ¿ Qué actividades de salud comunitaria se realizan en su organización ? **(E)**

Ref. para el entrevistador:

- *Actores involucrados*
- *Participación en Agrupaciones de Promoción de la Salud*

3.- ¿ Qué espacios físicos existen dentro o fuera del Consultorio para realizar actividades participativas de salud ? (I)

Referencia para el entrevistador:

- *Existencia*
- *Utilización que se da a los lugares*
- *Condiciones materiales de los lugares*

4.- ¿ Qué instancias organizacionales posee el Consultorio o su organización para promover actividades participativas de salud ? (I)

Referencia para el entrevistador:

- *Agrupaciones que participan (Monitores, Autoayuda, Voluntariado, Poblacional)*
- *Funciones participativas que asumen las agrupaciones (coordinadora, educativa, integradora)*
- *Organismos que promueven la salud (Comisión Mixta, Comité de Participación)*
- *Utilidad que le asigna a los organismos*

5.- En el Consultorio o en su organización ¿ se realizan diagnosticos participativos de problemas de salud que afectan a la comunidad ? (M)

Ref. para el entrevistador:

- *Actores que participan*
- *Necesidades que identifican*
- *Difusión que hacen de las conclusiones*

6.- Identificados los problemas de salud ¿ se plantean proyectos para abordarlos ? (M)

Referencia para el entrevistador:

- *Existencia*
- *Actores que participan*

7. - ¿ Se ejecutan los proyectos elaborados para dar respuestas a los problemas de salud ?
(M)

Referencia para el entrevistador:

- *Existencia*
- *Actores que participan*
- *Roles que asumen los actores*

8.- ¿ En el Consultorio se realizan evaluaciones participativas ? (M)

Referencia para el entrevistador:

- *Existencia*
- *Areas evaluadas*
- *Actores que participan*

Anexo 2. Matriz de Entrevistas Semiestructuradas

ENTREVISTADO	Percepción de Participación Social	Actividades de Participación	Instancias Físicas.	Instancias Organizacionales.	Diagnóstico	Programación	Ejecución	Evaluación
Asistente Social Consultorio N°1	Es tratar de que todas las instancias que participan en salud tengan una opinión hacia un lado, es decir, que ellos sepan que es lo que nosotros hacemos en beneficio de la comunidad y a su vez nosotros ayudarlos en sus necesidades relativas a salud. Muchas veces los programas de salud vienen orientados del Ministerio, en cuanto a la epidemiología y de acuerdo a las diversas materias que nosotros tratamos, pero que no son sentidos por la comunidad y la participación social nos permite ponerlos de acuerdo.	Siempre estamos haciendo actividades, primero fue la campaña del sarampión, después la de zoonosis, el mes pasado con la comunidad, es decir, con las Parvulias de los jardines infantiles, con las mamás de los niños con infecciones respiratorias agudas se hizo un taller de replica con la enfermera, el médico, la asistente social, a partir de un curso de TBC; en esto no pudo participar en la escuela por falta de tiempo de los profesores, tuvo buenas respuestas.	Tenemos una sala para dar charlas.	Tenemos acá el Comité Salud Comunal, que se reúne cada dos meses, y a través de él hemos podido organizar en este año la campaña del sarampión y de zoonosis. Participan los organismos de la comunidad como centros de madres, unidades vecinales, carabineros, colegios etc. Por lo general aquí participan las unidades vecinales más que los centros de madres, los centros de madres es poco lo que se acercan y poco lo que nosotros nos acercamos a ellos. Del equipo de salud participa el médico, la matrona, la enfermera, la.	El compromiso de gestión se basa en un diagnóstico, el equipo de salud decide que es lo más importante a trabajar. La gente cuando tu le dices venga a conversar con nosotros para que hablemos de problemas, qué es lo que te plantean, primero los problemas del Consultorio, o sea la espera, la falta de horas para interconsultas, cosas que no están en el manejo nuestro, nosotros tratamos dentro de lo posible que la gente espere lo menos.		Siempre estamos haciendo actividades, primero fue la campaña del sarampión, después la de zoonosis, el mes pasado con la comunidad, es decir, con las Parvulias de los jardines infantiles, con las mamás de los niños con infecciones respiratorias agudas, se hizo un taller de replica con la enfermera, el médico, la asistente social a partir de un curso de TBC.	En el Consejo Técnico se repasa principalmente todo lo relativo a programas, a modificaciones, participan todos los profesionales más la auxiliar de farmacia, la auxiliar de enfermería, con sus representantes, también se ven todos los problemas que se puedan presentar con el personal, las insatisfacciones, etc., para mejorar sobre todo la higiene laboral.

<p>Directora Consultorio N° 4</p>	<p>Como la toma de conciencia por parte de la comunidad en cuanto a sus problemas de salud, como solucionarlos, y nosotros como Consultorio poder darle solución a éstos. La gente tiene una actitud demandante de atención, hay una exigencia, no ven que los problemas de salud deben partir por ellos, tomar conciencia. Es bueno que las personas se hagan responsables de su salud, se van sintiendo culpables de no tomar las precauciones necesarias para.</p>	<p>Programamos la educación a grupos focalizados, ésta es muy lenta, los grupos son de ocho a diez personas, más sería antipedagógico. En relación a los crónicos, llevo cinco años acá y recién este año se está formando un grupo de educación física dirigido al adulto mayor.</p>	<p>En este momento estamos ocupando el comedor o a veces una sala más chica que "ésta". Si pensamos en más recursos humanos tendríamos que ir a la ampliación del Consultorio.</p>	<p>Existe una Comisión Mixta Salud Educación que ha estado funcionando a saltos, por falta de tiempo desmotivación y desparticipación de las instituciones que participan en la Comisión.</p>	<p>Si, se acogen todos los problemas y se orientan donde corresponda, ya sea dentro del Consultorio o fuera de éste. Si se plantea un problema comunitario tendría que ser algo muy bien focalizado y planeado y que no lo vean como una pérdida, sino como una ganancia.</p>	<p>No tenemos un programa local a nivel de Consultorio, es muy difícil trabajar con esta gente, el año pasado se realizó un proyecto de tecnología alternativa, ésta pertenecía al proyecto IRA, proveniente del Servicio de Salud, dirigido a 16 más, llegaron sólo tres.</p>	<p>La gente participa dependiendo del problema, en el caso de las mamás son ellas las que han ido tomando conciencia del problema de sus hijos... a veces es propia gente, es ignorante.</p>	<p>Están las reuniones técnicas en que debiera participar un representante de cada estamento, aquí hay un poco de resistencia a participar, de eso se trata, de romper esa mala comunicación que pudiere existir, en estas reuniones debieran aflorar los problemas y el encargo de cada estamento debería difundirlos.</p>
--	---	---	--	---	---	--	--	---

	<p>evitar las enfermedades. Si bien el Consultorio es su único medio, no participan, si la gente participa siempre va hacer a cambio de, no participa por voluntad propia</p>	<p>Más que nada en el sentido de organización de la comunidad, de la educación que se le da por parte del Consultorio.</p> <p>El único sentido que le doy es que ayude a elevar el nivel de vida de la comunidad.</p> <p>Tiene una importancia secundaria, no fundamental, porque primero tenemos que organizarnos nosotros y después a ellos.</p>	<p>Actividades de nutrición, educación, talleres, club de diabéticos, etc.</p>	<p>Una sala de educación que fue donada por un grupo de madres que son socias de la Children International. De repente les prestamos el comedor del Consultorio, cuando se juntan dos grupos. Las condiciones de salud, esta es bien importante.</p> <p>Es bueno que los otros grupos se organicen y tengan personalidad jurídica, porque así ellos pueden postular a proyectos.</p> <p>También hay grupos de autocuidado y de monitores, pero no funcionan dentro del Consultorio, sino que la asistente social sale a terreno y tiene sus contactos con la población misma.</p>	<p>Con la Comisión Mixta Salud Educación también funcionamos, una vez al mes nos reunimos en el Comedor, su función es coordinar la educación que se les da en el colegio con temas de salud, esta es bien importante.</p> <p>Es bueno que los otros grupos se organicen y tengan personalidad jurídica, porque así ellos pueden postular a proyectos.</p> <p>También hay grupos de autocuidado y de monitores, pero no funcionan dentro del Consultorio, sino que la asistente social sale a terreno y tiene sus contactos con la población misma.</p>	<p>Tenemos uno, se hizo el año pasado, por parte de la asistente social, quien presentó un proyecto y este año tiene que hacer otro.</p>	<p>Participaron en la elaboración del proyecto la asistente social, la enfermera y toda la comunidad general.</p>	<p>Se ejecuto el proyecto de salud ambiental, se les dio educación a la gente ya que ellos vivían a orillas de la quebrada, se les dieron tarros para la basura.</p> <p>La gente asumió un rol activo, de protagonismo, ellos lo están haciendo, sino estuviesen ellos no se podría hacer, nosotros sólo somos intermediarios para que cumplan sus objetivos.</p>	<p>El proyecto que se ha señalado fue evaluado en conjunto con la gente y el Servicio de Salud, nosotros tenemos que dar cuenta y ser evaluados por el Servicio de Salud.</p> <p>De hecho se está haciendo un segundo proyecto, resultado de una evaluación interna, claro que este fue un proyecto fuera de programa.</p> <p>Internamente no evaluamos, sólo el cumplimiento de los programas.</p>
<p>Odonóloga Consultorio N° 7</p>									
<p>Auxiliar de Farmacia Consultorio N° 2</p>	<p>Es participar en equipo, unidos. Es importante en cuanto a participar</p>	<p>Si hay..., no me acuerdo del nombre, pero la verdad es que yo no</p>	<p>En el Consultorio ocupan la cocina, me acuerdo que la otra vez se juntaban</p>	<p>Está el Consejo Técnico, pero los participan los universitarios nada</p>	<p>A veces plantean problemas respecto a los ratones, que dicen que no saben</p>				

	<p>con la comunidad y con las personas que trabajan en el Consultorio.</p>	<p>participo porque paso.más aquí, en la farmacia. Me acuerdo que la otra vez se juntaban la Nutricionista con varias mamás, les enseñaba a cocinar, últimamente están yendo grupos de enfermos crónicos me dicen venimos a hacer gimnasia. Estos grupos son buenos, a la gente le gusta participar, pero hay otros a los que les molesta</p>	<p>la Nutricionista con varias mamás</p>	<p>más, porque nosotros no tenemos derecho, siempre hemos alegado por eso, si somos un equipo de salud , tenemos todos que participar. Hay Consultorios donde participan todos.</p>	<p>qué hacer, a dónde recurrir, uno los guía más o menos</p>	<p>Administrativo SOME Consultorio N° 3</p>	<p>Que exista un conocimiento del sistema, que cada estamento maneje... todos deberían participar para así mejorar la atención, existe mucha demanda de público.</p>	<p>Este grupo de primeros auxilios...también hay un grupo de adolescentes embarazadas. Aun la que más realiza trabajo es la enfermera.</p>	<p>No hay sala para educación, dependiendo del programa se pide la colaboración a dirigentes, se utilizan sedes de la comunidad.</p>	<p>Reuniones por estamento, dependencia de la disponibilidad del director y del personal. No hay libertad para dar a conocer las cosas, no se puede confiar en nadie.</p>	<p>Si se ve algún problema en la comunidad se trabaja en éste, pero la toma de decisiones es sólo de los profesionales, realizan pesquisas y luego actividades para darle solución a los problemas de salud encontrados.</p>	<p>Desconozco esa parte, pero me da la impresión de que la realizan sólo los profesionales.</p>	<p>Es en la ejecución donde la gente entra a participar, ya sea como beneficiaria del beneficio otorgado o capacitándose como monitora.</p>	<p>Los profesionales realizan las actividades, parte del director, cada profesional que aporta con ideas debe dirigirse a éste.</p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>
	<p>Auxiliar Paramédico Consultorio N° 7</p>	<p>Pienso que es el medio para que en el área de la salud logremos solucionar los problemas que tenemos. Es importante, yo diría que esencial para que nosotros,</p>	<p>Si se realizan, pero las que conocen y manejan el tema son las asistentes sociales, ellas nos han dicho que cuando se quedan hasta tarde, es porque tienen una reunión con la comunidad...se hace también educación a la</p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>	<p></p>

	<p>como parte de la salud podemos enfrentar los problemas en conjunto con toda la comunidad... para mí todos los sectores de la comunidad deberían participar en el consultorio y tener cierta capacidad de tomar alguna decisión.</p>	<p>gente.</p>	<p>Esta la sala de educación, ahí funcionan los crónicos y se hacen las sesiones de educación..está bien implementada.</p>	<p>Digamos que funciona como grupo el equipo de salud, pero ahí participan sólo los profesionales, nosotros no, son sólo reuniones entre ellos, en estas reuniones se estudian los programas.</p>	<p>Si se hacen pero los abordan las asistentes sociales, participa la gente y las asistentes sociales, pero más no sé, es muy mala la comunicación interna.</p>	<p>Por lo que yo sé no lo menos...sé que se deben hacer, pero como a nosotros no nos informan, a parte de lo que nos dicen las asistentes sociales, que son las únicas que se preocupan.</p>	<p>Sólo se evalúa el cumplimiento de los objetivos de los programas que desarrollamos...a mi también me califican, mi superior directa que es la enfermera.</p>
--	--	---------------	--	---	---	--	---

ASPECTO CUALITATIVO	CLIMA LABORAL	SATISFACCION LABORAL
ENTREVISTADO Asistente Social Consultorio N° 1	<p>En cuanto a las relaciones personales funcionamos bastante bien, somos un equipo chico, y la mayoría lleva años trabajando aquí, así es que nos conocemos, y nos llevamos bien</p>	<p>En lo personal depende de la vocación que uno tenga para trabajar con las personas, este es un Consultorio antiguo, no se ha renovado en mobiliario, aunque presta utilidad, lo que a uno no le gusta es por que a otros Consultorios les han renovado su mobiliario, y a nosotros ni siquiera lo que ellos votaron nos dieron, no se a qué se refiere, por otra parte, necesitamos un técnico en bienestar social, porque para cualquier informe que se necesite lo tengo que hacer yo, y si no tengo tiempo, la señora tiene que esperar porque no hay nadie que lo pueda escribir, porque son cosas personales que no deben salir de la oficina de la asistente social, además tengo a cargo el SOME que implica desempeñar otra funciones.</p>
Directora Consultorio N° 4	<p>Existe un trato parejo, las relaciones tienen que ser cordiales, si estamos trabajando nada sacamos con estar peleados.</p>	
Odontóloga Consultorio N° 7	<p>Yo pienso que la gente tiene muy poco espíritu de trabajo, hay muy poco compromiso con lo que hacen, es poca la gente que está comprometida y lo hace bien.</p>	
Auxiliar Paramédico Consultorio N° 7	<p>Clima laboral pésimo, malo, relaciones humanas pésimas, cada uno tira para su lado, aquí uno viene hace su trabajo, termina y se va, y mientras menos roce mejor. Aquí uno no se pone la camiseta con el sector ni con el Consultorio como hace años atrás... lo que pasa es que hay muchas diferencias entre los estamentos, nosotros por ejemplo somos las "chiquillas" para los profesionales.</p>	<p>Laboralmente no estoy satisfecha porque espero más... faltan muchas cosas.</p>

ASPECTO CUALITATIVO	ACTIVIDADES PARTICIPATIVAS REALIZADAS	CONVOCATORIA O POBLACION OBJETO
ENTREVISTADO Presidenta Centro de Madres Consultorio N° 8	Se hacen talleres, charlas. Participaban de ellas los socios y la comunidad en general. Nosotras hacemos participar a toda la comunidad, no sólo a las socias sino también a los vecinos, a todo el vecindario, aquí están las puertas abiertas para recibirlos.	Tratar de superar el standar de vida de las mujeres en general, participar en las tareas de la comunidad, y así formación de talleres, en fin.
Dirigente Club Deportivo Sara Brown Consultorio N° 7	El Club al menos realiza la parte comunitaria por que es el ente que tiene más comunidad	El Club está abierto a la comunidad, no solamente para entretener a los peques, sino que apoyar a los adultos en sus problemas.
Presidente Junta de Vecinos Consultorio N° 5	En las actividades del sarampión y el PAP, esas son ... sectoriales, esas son campañas abiertas y ahí nos han pedido ayuda a la junta de vecinos, a la directiva.	Nosotras como junta de vecinos, funcionamos 5, la pura directiva, la gente nos coopera, si nosotros vamos a venderles rifas a la casa, la gente no asiste a reuniones, porque hace viento, hay frío, etc.
Directora Escuela Naciones Unidas Consultorio N° 3	Está dentro de los planes de la escuela y del Ministerio que se hagan proyectos de salud... por ejemplo partiendo del aseo personal... consistentemente estamos detectando niños con pediculosis.... quienes lo manifiestan son derivados al Consultorio, lo mismo pasa con la sarna , para que esto de resultado se tiene que proyectar más allá, a sus familias. No existe más que eso , nosotros acá estamos limitados.	No es muy distinta de lo que se propone el estado... pero nosotros tenemos una específica... queremos formar un alumno con mentalidad científica, responsable y útil... esa es nuestra gran misión... de ésto se desprenden una serie de pasos... que sean capaces de mostrarse como personas amables, de decir lo que tienen que decir, de aportar, que cuando entre a la vida laboral se sienta feliz de hacerlo.
Directora C.A.D. Montedónico Consultorio N° 4	Trabajamos con familias, con el menor directamente... en todos los niveles de servicio social, caso, grupo y comunidad.	El C.A.D. trabaja en prevención principalmente en adolescentes y pre-adolescentes... tenemos un convenio con el SENAME y atendemos a 138 menores entre 12 y 18 años.
Asistente Social Hogar de Menores Consultorio N° 5	Participo en la Comisión Mixta Salud Educación.	Hogar de menores que atiende niñas entre 4 y 18 años de edad que presentan tuición alterada y/o riesgo físico y moral. También hay internas por demanda espontánea. Nosotros si bien estamos insertos en la comunidad, muchas de nuestras situaciones no responden al sentido comunitario que ellos tienen, porque nosotros tenemos un acceso directo con el Consultorio.

ANEXO 3. : Presencia de Organismos y Grupos de salud, Espacio Físico y Secuencia en el Proceso de Toma de Decisiones en los Consultorio de Salud evaluados.

Cuadro N° 1

Consultorio	Grupos y Organismos de Salud					
	Monitores	Autoayuda De Salud o Voluntariado	Poblacional de Salud	Comisión Mixta	Comisión Participación	
Las Cañas	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Cordillera	SI	SI	NO	NO	SI	NO
Q. Verde	SI	SI	NO	NO	SI	NO
P. Negras	NO	SI	NO	NO	SI	NO
M. Mena	SI	SI	SI	NO	SI	SI
R. Isabel	SI	SI	NO	SI	SI	SI
Los Placeres	SI	SI	NO	NO	SI	NO
Esperanza	NO	SI	NO	NO	SI	SI
Barón	NO	SI	NO	SI	SI	NO
Rodelillo	NO	SI	NO	NO	SI	NO

Cuadro N° 2

Consultorio	Espacio Físico			
	En Consultorio	En Organizaciones Comunitarias		En Organizaciones Intermedias
Las Cañas	SI	SI	SI	SI
Cordillera	SI	SI	SI	SI
Q. Verde	NO	SI	NO	SI
P. Negras	SI	SI	NO	SI
M. Mena	SI	NO	NO	SI
R. Isabel	NO	NO	NO	SI
Los Placeres	SI	SI	NO	SI
Esperanza	NO	SI	NO	SI
Barón	SI	NO	SI	SI
Rodelillo	SI	SI	SI	NO

Cuadro N° 3

Consultorio	Toma de Decisiones			
	Diagnóstico	Programación	Ejecución	Evaluación
Las Cañas	NO	NO	SI	NO
Cordillera	NO	NO	NO	NO
Q. Verde	NO	NO	SI	NO
P. Negras	NO	NO	NO	NO
M. Mena	SI	NO	SI	SI
R. Isabel	SI	NO	SI	SI
Los Placeres	SI	SI	SI	NO
Esperanza	SI	NO	NO	NO
Barón	SI	SI	SI	SI
Rodelillo	NO	NO	NO	NO

ANEXO 4. CUADROS DATOS CUANTITATIVOS

Cuadro 1

Agrupaciones Promoción de la Salud en que Familias usuarias reconocen participar	Fr.
No participa	13
Participa en un Grupo de Autoayuda	4
Participa en un Grupo de Monitores	2
Participa en un Grupo Poblacional de Salud	0
Total	19

Cuadro 2

Instancias organizacionales en que las familias usuarias reconocen espacios físicos para realizar actividades de salud participativas	Fr.
En el Consultorio de Salud	73
No sabe	71
En Organizaciones Comunitarias	28
En ninguna organización	28
En Organizaciones Intermedias	15

Cuadro 3

Conocimiento que las familias usuarias tienen respecto a la utilización de espacios físicos para la realización de actividades de salud dentro o fuera del Consultorio	Fr.	%
No se utilizan	63	66
Si se utilizan	32	34
Total	95	100

Cuadro 4

Instancia Organizacional	Consultorio	Organizaciones Comunitarias	Organizaciones Intermedias
Condición material de los espacios físicos para desarrollar actividades de participación en salud	Fr.	Fr.	Fr.
Adecuadas	43	24	13
Inadecuadas	30	4	2
Total	73	28	15

Cuadro 5

Percepción que las Familias usuarias tienen respecto a las Organizaciones que promueven la salud	Fr.	%
Son útiles	33	92
No son útiles	3	8
Total	36	100

Cuadro 6

Agrupaciones de Promoción de la salud que las Familias usuarias reconocen en su sector de residencia	Fr.
No conoce	40
Grupo de Autoayuda	11
Grupo de Monitores	9
No existen	4
Grupo de poblacional	1

Cuadro 7

Funciones de carácter participativo que las familias usuarias pertenecientes a Agrupaciones de promoción de la salud reconocen en éstas	Fr.
Transmite contenidos educativos	5
Integra a sus actividades a toda la comunidad	2
Se coordina o toma contacto con otra agrupación	2

Cuadro 8

Conocimiento que las Familias usuarias manifiestan respecto de los resultados de diagnósticos de salud realizados	Fr.	%
No conoce	26	56
Conoce	20	44
Total	46	100

Cuadro 9

Actores sociales que las familias usuarias reconocen como partícipes en los Diagnósticos de Salud	Fr.
Personal del Consultorio	39
Organizaciones Comunitarias	37
Familias Usuarias	37
Organizaciones Intermedias	20

Cuadro 10

Actores sociales que las Familias usuarias reconocen como partícipes en las Programaciones	Fr.
Personal del Consultorio de Salud	20
Organizaciones Comunitarias	19
Organizaciones Intermedias	15
Familias Usuarias	11

Cuadro 11

Actores sociales que las Familias usuarias reconocen como partícipes en la Ejecución de Proyectos de salud	Fr.
Personal del Consultorio de Salud	86
Organizaciones Comunitarias	76
Familias Usuarias	55
Organizaciones Intermedias	45

Cuadro 12

Áreas que las familias usuarias identifican como evaluadas en el Consultorio	Fr.
Problemas de salud comunitarios	19
Funcionamiento del Consultorio	15
Programas generales de salud	9
No sabe que áreas se evalúan	2

Cuadro 13

Actores sociales que las Familias usuarias reconocen como partícipes en las Evaluaciones de Salud	Fr.
Personal del Consultorio de Salud	23
Organizaciones Comunitarias	20
Organizaciones Intermedias	12
Familias Usuarias	12

Cuadro 14

Sistema de Salud	Fr.	%
FONASA Grupo A	144	36
FONASA Grupo B	91	23
FONASA Grupo C	22	6
FONASA Grupo D	48	12
ISAPRE	29	7
FF.AA. y Carabineros	9	2
Sin Previsión	47	12
Sin Dato	7	2
Total	397	100

Cuadro 15

Enfermedades	Fr.	%
Crónicas		
Presenta	79	20
No Presenta	318	80
Total	397	100

Cuadro 16

Presencia de problemas de salud en los últimos 6 meses	Fr.	%
Enfermedades infecto contagiosas	283	72
No presenta	96	24
Accidentes domésticos, del tránsito, del trabajo, etc.	11	3
Intoxicaciones y envenenamientos	7	2
Total	397	100

Cuadro 17

Recepción de información por parte del Consultorio	Fr.	%
Recibe	203	51
No recibe	194	49
Total	397	100

Cuadro 18

Tipo de información recibida por el usuario	Fr.
Acerca de las actividades del Consultorio	87
Acerca del funcionamiento del Consultorio	84
Acerca de los problemas de salud de su comunidad	19
Acerca de la Salud propia y del grupo familiar	8
Acerca de prevención de enfermedades	5

Cuadro 19

Función que desempeña el Usuario en la Organización	Fr.
Sólo forma parte de la Asamblea	130
Es parte de un Comité	22
Tiene un cargo en la Directiva	18