

Fortalecimiento de la gestión de gobierno y aporte al desarrollo y al bienestar local a través de la participación social en la atención primaria

Katherine Cuevas Lang

I.- Antecedentes de la experiencia

Durante mucho tiempo se consideró a los Centro de Salud de Atención Primaria como el lugar en el que se otorgaba prestaciones principalmente asistenciales para mejorar la salud de los pacientes que concurrían a sanar sus dolencias. Pacientes, como lo dice la palabra que esperaban el ser sanados sin ningún tipo de participación en el recuperar su salud o prevenir la presencia de futuras enfermedades.

Esta concepción comienza a modificarse paulatinamente con la llegada del modelo biopsicosocial al escenario de la Salud pública, el cual centra su actuar en salud en la promoción, prevención primaria y secundaria integrando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y más aún cuando el Ministerio de Salud de Chile a mediados de los años 90 impulsa el modelo de Salud Familiar, antecedido por la declaración del Ministerio durante la administración Aylwin que indica como Principios orientadores de las políticas de salud: la equidad, justicia social, solidaridad, integralidad, calidad y participación social. Para encaminarse a estas metas se propuso desde el nivel central la modernización de los sistemas de salud y la búsqueda de la mayor eficiencia posible para producir el mayor beneficio de la población.(MINSAL -1993).

El modelo de Salud Familiar tiende a reforzar los principios que orientan la reforma del sector salud. Entiende a la atención de la salud con enfoque familiar como una estrategia que contribuye a proporcionar una atención integral y de buena calidad, que satisface las necesidades del usuario y de su familia, interesada en relevar las acciones de prevención y promoción buscando un adecuado equilibrio con la atención de morbilidad. Una de sus características más importantes es proponer una relación entre prestadores y usuarios más cercana, flexible y con grados crecientes de participación.(MINSAL – depto. Atención Primaria 1998)

Este nuevo modelo, contempla diversos ejes que orientan el cambio, entre los cuales el de participación social representa uno de los de mayor desafío para los equipos de salud, en el contexto de la nueva Atención primaria, más resolutiva, integral y promotora de estilos de vida saludable. La participación de las personas, familias y comunidades es la estrategia para comprometerlas en el cuidado y mejoramiento de su propia salud.

Es a mediados del año 1998 cuando el Centro de Salud de Gómez Carreño, ubicado en comuna de Viña del Mar, región de Valparaíso, asume el reto de implementar el modelo de Salud Familiar, lo que ha significado un cambio sistemático y significativo en la forma de hacer salud. En este sentido la participación social ha fortalecido la red comunitaria presente en el sector y ha dado paso a reconocer y planificar las acciones de salud entorno a las necesidades locales y no solo a las indicaciones ministeriales. Dejando entre ver, que aún quedan mucho trabajo por delante para promover la participación y conderar la importancia que esta tiene para las acciones de salud.

Producto de estos cambios, la toma de decisiones locales adquiere mayor relevancia, articulando propuestas y promoviendo la integración con los otros niveles de atención en salud, que busca nuevas estrategias para mejorar la calidad de vida de los usuarios del sistema público de salud en Chile.

II.- Modernización del Estado

Es reconocido que las personas se vinculan con el estado al menos desde dos perspectivas una es como co-participe y la otra como usuario.

La modernización del Estado ha revelado que existe una percepción deteriorada del “usuario” respecto de los servicios que este otorga. Se ha reconocido además que los modelos de política pública implementados presentan una gran dificultad de promover y fortalecer el ejercicio pleno de ciudadanía y otorgar mayor protagonismo, observándose una relación de tipo clientelar y asistencial, entre los usuarios y el estado. La reforma de la salud se inscribe en el proceso más amplio de transformación del estado que ha tenido lugar en las últimas décadas. Este a su vez, responde a variadas tendencias y fuerzas, de las cuales la principal es la necesidad de adecuar los estados a las drásticas transformaciones del sistema mundial de producción y financiamiento.

En el marco de la nueva reforma de relaciones entre la ciudadanía y el Estado, la calidad de los servicios, es uno de los componente clave en esta nueva relación de intercambio y de poder, eso lo ratifica Egaña¹ (2005) cuando menciona que el mejoramiento de la calidad de las instituciones públicas ha sido la base para el desarrollo sustentable presidido el esfuerzo de los 15 años de gobiernos democráticos. De igual forma se han introducido componentes de participación ciudadana y mecanismo de transparencia y control de la administración. Pese a todos los avances es en enero del 2003, cuando se revitaliza el proceso de modernización del Estado, con un enfoque global sobre transformaciones institucionales y de modernización de la gestión en los tópicos de institucionalidad central, descentralización, facilitación de la relación entre las personas y el estado, desarrollo del recurso humano en el sector público, transparencia del Estado y participación social.

Una relación de control social a través de los sujetos permite regular la relación de poder, lo que se traduce en ocasiones en reclamos que intentan de alguna forma influir en la mejora de los servicios recibidos. Esta dimensión tiene una directa relación con la participación social de los usuarios de la administración pública.

Tal como se analizó en el punto anterior, las formas tradicionales de participación están en crisis, lo que asociado a la globalización donde todo esta interrelacionado, ha significado un cambio importante en el papel que deben desempeñar los poderes públicos y la sociedad general en el marco de las responsabilidades compartidas. Hoy en día, al papel de la sociedad civil organizada con colaboración de los actores y poderes públicos resulta fundamental para la determinación y ejecución de la política pública.

Por lo cual, se hace necesario que la administración pública impulse y promueva el fortalecimiento de estructuras organizativas, siendo deseable que la participación se ejecute

¹ Egaña Baraona Rodrigo, Subsecretario General de la Presidencia; 22 abril 2005

en iniciativas locales, entendiendo que todos tenemos algo que entregar en beneficio de la sociedad en general, para hacerla más justa y solidaria. Desafío aún pendiente en la modernización del estado.

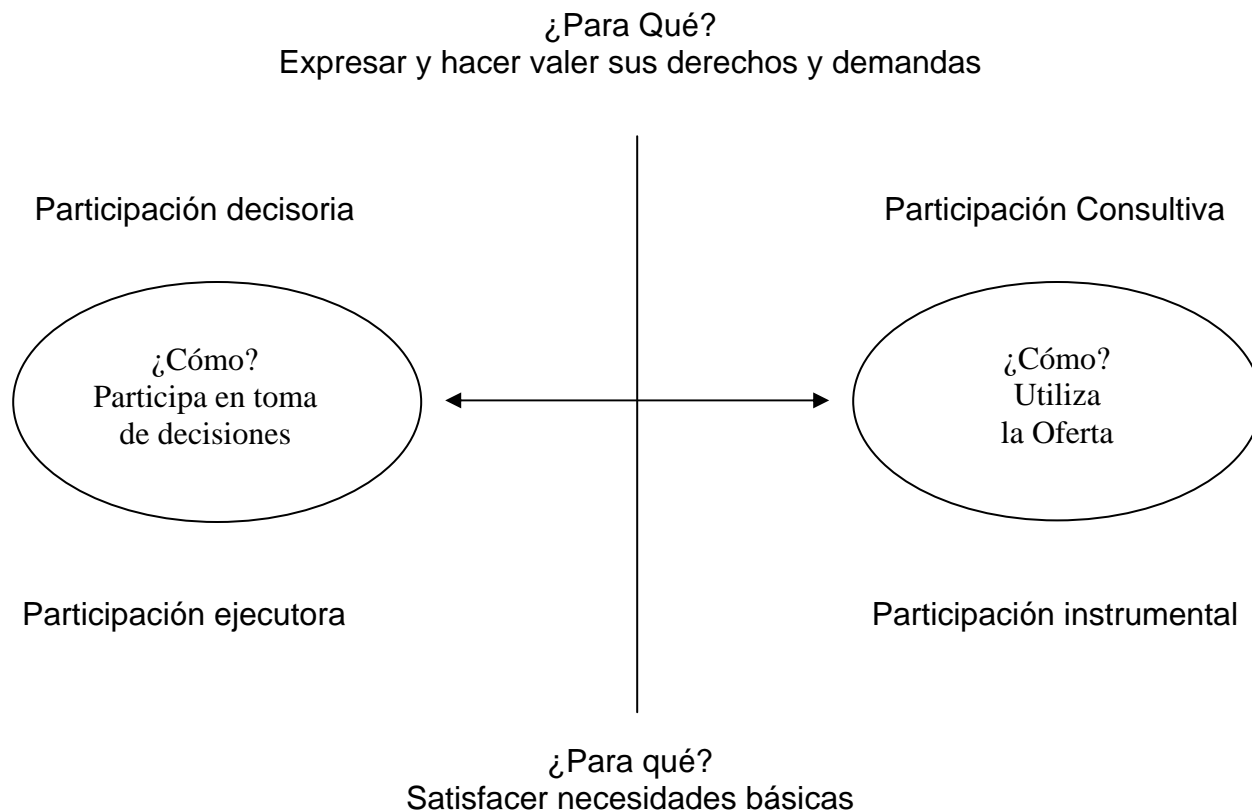
La dirección de organizaciones sociales (D.O.S.) realizó en el año 1998 una matriz de participación de la cual se destaca los dos ejes centrales para comprender mejor esta nueva articulación con la administración pública.

El eje horizontal, esta relacionada con el grado de influencia que tienen los usuarios o la comunidad sobre las políticas públicas y su administración. Se entiende que aquí la participación se limita al acceso y uso de los mecanismos que ofrece la oferta pública.

En cambio en el eje vertical, se encuentra los objetivos de la ciudadanía frente al proceso de participación, es decir para que le sirve el proceso participativo a punta a satisfacer las necesidades básicas de las personas.

A partir de estos dos ejes, se genera una matriz que permite visualizar las diferentes modalidades de participación y articulación con la administración pública.

Tipos de participaciones ciudadanas en la gestión pública



Participación decisoria se orienta fundamentalmente a garantizar que las decisiones tomadas en la administración pública se efectúen en beneficio de los intereses generales. Se combinan aquí la toma de decisiones con los derechos y demandas.

Por otro lado la Participación consultiva, se plantea como opinión y control de parte de los interesados en el cumplimiento de los objetivos difundidos por la administración pública. En este tipo de participación es indispensable el acceso a la información por parte de la ciudadanía.

Participación ejecutora y administradora, busca romper la burocracia, influye desde la participación en el diagnóstico hasta la ejecución y evaluación de las políticas públicas. Se combinan aquí la toma de decisiones y la satisfacción de necesidades básicas.

Participación instrumental tiene como propósito la satisfacción de las necesidades básicas, por tanto la relación con la administración pública es en cuanto esta le permita obtener el recurso que requiere.

La operación de la modernización del Estado se enmarca en un desarrollo democrático el que comprende la participación social organizada de los ciudadanos como un aspecto fundamental en la toma de decisiones, en la “nueva” forma de relacionarse con la comunidad civil. Han existido avances, se han creado oficinas de información, reclamos y sugerencias en todos los organismos públicos pero aun queda mucho para logra una real participación de los ciudadanos.

III.- Participación social en Chile

La comunidad organizada ha sido reconocida como una estrategia básica en el mejoramiento de sus condiciones de vida en general y de su salud en particular, en este sentido la participación social ha sido valorada como estrategia de promoción social de desarrollo. No tan solo en el área de salud sino también en todo ámbito que tienda a superar y enfrentar la pobreza.

Se entenderá como participación social al “proceso en que los individuos y grupos, son actores en las decisiones y acciones que les afectan directamente a su entorno” Garreton(1994, 25).

En Chile podemos reconocer diversas etapas de participación social en los últimos 50 años. Castañeda² (2003) identifica durante la década del 60 al 73, como la época en donde emerge la participación social como estrategia central para buscar la promoción social y contribuir así al desarrollo económico y social de la región, lo que va asociado a las iniciativas de alfabetización rural en América latina, confrontaciones ideológicas en un mundo polarizado por dos grandes potencias enfrascados en una guerra fría. El mundo esta enfrentado a la búsqueda de cambios estructurales, políticos y sociales, Chile no es la excepción es en este momento en donde se produce la reforma agraria que permitió a los campesinos contar con terrenos agrícolas para su explotación; la Ley de reforma agraria contemplo la ley de sindicalización campesina, lo que por cierto incentiva la participación social en los espacios rurales y la implementación de iniciativas destinadas a promover la constitución de la junta de vecinos las que son representativas de la zona urbana. Los

² Castañeda Meneses Patricia; Asistente Social, Profesora titular Escuela Trabajo Social Universidad de Valparaíso Chile, Magíster en Ciencias Sociales aplicadas. Unv. La Frontera , Temuco , Chile
Magíster en ciencia de la Educación, Mención Desarrollo Social, Unv. París XXII; Francia

movimientos sociales entorno a la vivienda y a la propiedad, adquieren protagonismo, así como también la reforma educacional impulsará las mejoras en los indicadores de acceso y cobertura. La militancia política es parte del discurso cotidiano. Este es el período de apogeo de la participación, muchas veces se habla del modelo de participación sesentista, en alusión a las características de masividad y extensión que asume en este periodo, cuyo referente central es la participación presencial expresada en la asamblea, concebida como la instancia por excelencia de información, debate, reflexión y toma de decisiones. Se incentiva a “que la gente participe y se habituó a criticar cosa que no les conviene”.

Esta forma de participación se ve abruptamente cercenada por los procesos políticos – sociales que afectaron al país después del golpe militar del septiembre de 1973. Dentro del marco represivo la participación social es declarada bajo sospecha. La participación social se redefine desde la oposición al régimen. Las organizaciones no gubernamentales (O.N.G.), la iglesia católica juntos a otros credos y los partidos políticos son las instancias desde donde se mantiene y fortalece la participación social a pesar de las condiciones imperantes.

En la década de los 80, la protesta y el plebiscito del 88, son los principales medios de expresión de la época. De ese periodo se ha heredado el modelo de participación confrontacional en alusión a las características de oposición que asume la participación social, avanzando hacia una participación instrumental.

Con el regreso de la democracia en los años 90, la participación social intenta redefinirse, evocando la participación de los años sesenta. Sin embargo, la participación presencial de antaño ya no se produce. Comienza a visualizarse una participación instrumental en vista de logro de objetivos viables y eficientes, por lo cual para lograr una convocatoria exitosa se debe tener claro la razón que justifique el esfuerzo personal de la asistencia. A ellos se suma el cambio económico en el orden mundial globalizado, que afecta a la participación. En resumen al régimen democrático re-emergió pero no se recuperó la noción de participación que se conocía. Pese a ello, comienza a observarse otra forma de expresar interés, esta es utilizando los avances tecnológicos para manifestar participación. Por lo tanto, no se puede aventurar en afirmar que existe apatía o escasa participación, lo que a cambiado es al manera de efectuarla. Por lo cual los organismos públicos deberán desarrollar diversas iniciativas para cautivar la participación de las nuevas generaciones.-

IV.- Participación y Reforma Salud.

Hasta 1995 la relación entre el ministerio de salud y la comunidad se reduce a la entrega de información y educación para la salud, siendo a partir de 1996 a 1998 cuando se inician un mayor acercamiento a través del programa salud con la gente.

Como es sabido el cambio epidemiológico y demográfico en el país, ha significado nuevos desafíos, el aumento del número de adultos mayores, la prevaencia de enfermedades crónicas, los hábitos de vida sedentaria, las enfermedades infecciosas emergentes y el mayor reconocimiento de los problemas de salud mental exigen respuestas inmediatas.

Conciente de la necesidad de cambios en Chile, comienza a gestarse en los años 90, la reforma de salud la que se dirige a producir cambios estructurales que permitan avanzar en mejorar el estado de salud de las personas y configurar un modelo equilibrado y sólido.

Tal como lo sostuvo el Presidente de la República Ricardo Lagos “La forma más segura de alcanzar la equidad en salud es evitando la enfermedad, poniendo al alcance de todos los conocimientos e instrumentos que permitan mantener sana a la población”.

Esta declaración es una invitación a cambiar la perspectiva con que se abordan las materias en salud y centrar los énfasis en el autocuidado y al estado, desarrollar todas aquellas políticas de salud pública encaminada a evitar la enfermedad. La adopción de hábitos de vida saludable y de control sano en donde la participación ciudadana en salud se tornan indispensable, ya que de esta manera se involucra a los individuos, familias y comunidades. Frente a ellos, resultan prioritarias las acciones de educación, información, comunicación y trabajo comunitario.

El cambio cultural requerido para modificar los estilos de vida no saludables no solo depende del Ministerio de Salud, sino que por sobre todo involucra gran cantidad de actores que exige del desarrollo intersectorial de políticas de promoción en donde esta involucrada la participación en salud y la promoción de vida sana.

Se reconoce que la promoción de la salud es un elemento indispensable, esto conlleva un proceso de capacitación a la gente para ejercer mayor control de su salud y mejorarla. Bien es sabido además que la promoción de la salud actúa sobre los determinantes de la salud y su meta final es prolongar la esperanza de vida y reducir las diferencias en ese sentido entre países y grupos.

En relación a lo anterior la declaración de Yakarta sobre la promoción ofreció en su momento un punto de enfoque de la promoción de la salud que marcó el inicio de dar la promoción la importancia que esta tiene.

Por otro lado la carta de Ottawa, indica cinco estrategias indispensables para el éxito de la promoción:

- 1) La elaboración de la política pública favorable a la salud.
- 2) La creación de entornos propicios.
- 3) El reforzamiento de la acción comunitaria.
- 4) El desarrollo de las aptitudes personales.
- 5) La reorientación de los servicios sanatorios.

Con el tiempo se ha comprobado que la combinación de estas cinco estrategias son más eficaces que cuando solo se centran los esfuerzos en una, diversos entornos ofrecen diferentes oportunidades y práctica para la ejecución de estas estrategias.

La participación es indispensable para mantener el esfuerzo desplegado, es decir, la población debe estar en el centro de las actividades de promoción de la salud y los procesos de adaptación de decisiones, recordemos que el aprendizaje sobre la salud fomenta la participación, es decir, el acceso a la educación e información, siendo ambas esenciales para lograr una participación efectiva.

En este contexto, los centros de atención primaria son el lugar propicio para llevar a cabo estrategias tendientes a propiciar la participación de los usuarios. Alma Ata ya en la década de los 70 así lo propiciaba y establecía que a la atención primaria como una

estrategia para lograr las metas propuestas, concibiéndola como “La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todos y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto-responsabilidad y autodeterminación”.

La atención primaria de salud se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad e integra la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Resalta la participación social de todos actores, fomenta la auto-responsabilidad y la participación del individuo y de la comunidad.

Revisando las últimas décadas de la política social de salud en Chile, estas han experimentado una reforma en sus líneas programáticas privilegiando las acciones de prevención y promoción por sobre las de reparación. Por otro lado, el Ministerio de Salud se en su tarea de fortalecer y mejorar el sistema público de salud, se ha encargado de generar políticas tendientes a potenciar el nivel de atención primaria como la estrategia más apta y concreta en lo referente a promoción y prevención de salud, con la finalidad de responder con mayor equidad, eficacia y eficiencia a los problemas de salud de la población. Y no tan solo eso, sino que ha considerado también construir juntos una organización de salud que esté plenamente integrada a la realidad de los individuos, familia y comunidad.

Como se mencionó la actual política social tiene como eje central una propuesta de desarrollo y crecimiento con equidad, cuyos principios orientadores son la búsqueda de:

- Eficiencia social
- Equidad
- Participación social.
- Respeto por la dignidad de las personas y
- Solidaridad.

Cabe destacar, que con estos principios se busca una mayor eficiencia para producir el mayor beneficio a la población, lo que significa dar autonomía a las unidades prestadoras ejerciendo una descentralización real y dar a las personas la oportunidad para hacer valer sus derechos en salud.

En cuanto a la meta prioritaria del gobierno para el decenio 2000-2010 es “Desarrollar una política de estado en promoción de salud de carácter intersectorial y participativa que impulse el cambio de estilo de vida, que genere ambientes saludables e involucre activamente a la población”. Esta es la base de la actual reforma de salud .

En la actualidad el sector salud se ha visto enfrentado a una reforma que plantea las expectativas de la población, el perfil epidemiológico y los cambios demográficos, y la obsolescencia del modelo de atención de salud. Todos elementos que la reforma pretende atacar centralmente.

Las materias que se deben abordar, según el planteamiento del gobierno, son:

1. Definición de los objetivos nacionales de salud, quizás el elemento más positivo que tiene hasta el momento el proceso de reforma en el país, porque por primera vez desde la década del sesenta, se ha hecho un proceso de planificación nacional y se han definido objetivos sanitarios para el país con largo alcance, en este caso para el decenio 2000-2010, los que deben orientarse a:

- a) Disminuir las desigualdades en salud.
- b) Enfrentar los desafíos del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad.
- c) Proveer servicios acordes con las expectativas de la población.
- d) Mejorar los logros sanitarios alcanzados.

2. La segunda materia que se aborda es el **sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas**. Este plan pretende dar garantías explícitas con respecto al acceso a los servicios de salud, a la calidad entregada por esos servicios, a la oportunidad en que sean entregados y a la protección financiera frente a esos servicios. Se explicitan las garantías y eso da las condiciones a los usuarios para reclamar el incumplimiento de dichas garantías en dos ámbitos, en un ámbito de salud pública y en un ámbito de salud de las personas. Se plantea garantías pero sólo para un grupo determinado de entidades nosológicas o de grupos de enfermedades y por lo tanto deja fuera todo lo demás, vale decir que todo lo que no aparezca considerado.

3. Otro aspecto que se debe abordar según el Proyecto, es **un nuevo modelo de atención que debe tener énfasis en la atención primaria**. Una vez más se dice que la atención primaria tendrá que ser el pilar fundamental del sistema de salud chileno y para ello se propone, por primera vez, de manera explícita que el modelo a seguir dentro de la atención primaria va a ser el modelo de salud familiar, con médicos de cabecera y equipos de salud familiar que van a tener familias asignadas en todos los centros de salud. Es muy importante descartar que la propuesta de reforma no aborda el aspecto estructural de la organización de la atención primaria, vale decir que la municipalización se mantiene y el mecanismo de pago a través del *per cápita*.

4. En relación a los **recursos humanos** lo más significativo es: "Contar un recurso humano comprometido, requiere de políticas que contemplen su permanente actualización, crecimiento profesional, remuneraciones acordes con sus responsabilidades, y espacios de participación" (Presidencia de la República 2002).

5. Otro aspecto es la **autoridad sanitaria** :significa la separación de las funciones dentro del sistema: rectoría y regulación (Ministerio de salud y secretaria regional ministerial de salud), financiamiento y administración (Fondo Nacional de Salud (FONASA) e Instituciones de salud Previsional (Isapres) y provisión (prestadores públicos y privados). Se aclara que la autoridad sanitaria a nivel nacional va a ser el Ministerio de Salud y que a nivel regional va a ser la Secretaria regional del ministerio de Salud de Salud, que va a aumentar sus poderes reales y virtuales de una manera bastante crítica; se crean dos nuevas subsecretarías a nivel del ministerio: la subsecretaría de redes asistenciales y la subsecretaría de salud pública. Por otra parte, los servicios de salud pasarían a ser los gestores de una red asistencial articulada a nivel local conformada por prestadores públicos y privados.

6. El financiamiento de la propuesta de reforma está en el centro de la discusión y es lo que ha generado más conflicto a todo nivel. El gobierno ha planteado que para salvaguardar los principios orientadores de la reforma el financiamiento tiene que estar dado por un aumento del aporte fiscal fundamentalmente por vía de incremento de los impuestos. Parada³ (2004: 383-391)

En el marco de la actual reforma de salud, como se observa, se constituyen instancias y se definen orientaciones técnicas para regular el proceso, sin embargo escasamente se consideró las capacidades de la gente, para que participen en las decisiones.

Hoy las estrategias de atención primaria y promoción de salud consideran primordial la participación de las personas, familias y comunidades, tendiendo a integrar las necesidades de la población, impulsa las organizaciones y mantiene aspectos de participación atendiendo a recursos y voluntades.

Lo anterior se fortalece con el instructivo Presidencial sobre la participación ciudadana el cual reforma la participación, mejora la gestión en salud, fortalece redes e incorpora los Consejos Vida Chile que impulsan la corresponsabilidad ciudadana.

V.- Participación Social y Salud Familiar en Atención Primaria

El modelo de atención en salud aplicado en Chile por varias décadas demostró sus bondades y eficacia al contribuir en la notable mejoría de los indicadores de Salud del país MINSAL(1993:39), sin embargo, los desafíos del presente hacen imperiosa la necesidad de modificar la concepción de salud. La realidad epidemiológica actual, exige adecuar el modelo a nuevas demandas y necesidades. El peso de los adultos, las enfermedades crónicas y los estilos de vida son determinantes en los actuales problemas de salud. El mayor nivel educacional del país ha generado mayor conciencia y comportamiento de las personas haciéndolos más exigentes, los requerimientos de calidad son crecientes.

Frente a lo anterior el modelo debe ir cambiando en la atención desde una perspectiva biomédica a una biopsicosocial, desde una atención fraccionada a una continua, de otorgar calidad en la atención a considerar la satisfacción del usuario como también su recuperación y la de su familia.

Es la organización panamericana de salud quien operacionaliza en 1986 en la XII conferencia Sanitaria en donde aprueban las prioridades programáticas para el cuatrienio 1986-90 en base a ejes fundamentales para producir los avances en la transformación de los sistemas nacionales de salud

- El desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud.
- La atención de los problemas prioritarios de salud presente en grupos humanos vulnerables con programas específicos puestos en marcha a través del sistema del servicio de salud.

³ Parada Lazcano Mario; Medico Profesor titular Escuela de Medicina Universidad de Valparaíso, Chile; Doctor en Sociología Universidad Complutencia de Madrid, España.

Cabe destacar, que la meta de salud para todos el año 2000, contemplan como eje a la estrategia de la atención primaria, cuya aplicación pretende satisfacer la necesidades de salud con la participación de los usuarios y dar mayor autonomía a las unidades prestadoras.

La organización mundial de la salud define la atención primaria en salud como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y aceptables, puestas al alcance de todos los individuos, familia y comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar” OMS(1991:17) Por su parte el departamento de Salud Pública de los Estados Unidos, lo define como “El sistema de salud, dentro del cual se toman las decisiones necesarias para ayudar a resolver su problema Florenzano (1986:21). Según este autor, algunos de los elementos que mejor definen la atención primaria son:

- 1) El ser una modalidad de atención en salud que no esta ligada a un establecimiento en particular sino que pretende promover las prestaciones de salud en la población.
- 2) Las acciones que se realizan dentro de la modernidad son más bien de una complejidad reducida y no necesariamente especializados como en establecimientos de atención secundaria o terciarias.

Lo anterior determina un efecto en el costos de las acciones realizadas, elección de técnicos apropiados y organización de los servicios. El autocuidado la atención descentralizada por el equipo de salud y el apoyo de la comunidad de los programas de salud son modos concretos de bajo costos en el nivel primario de atención.

Dentro de la organización del sistema de salud en Chile se ha concebido a la Atención Primaria como una estrategia para lograr las metas que se propone el gobierno a través del plan de salud. El Ministerio de Salud establece en el año 1993, que la estrategia de la atención primaria debe orientarse hacia los principales problemas de salud de la comunidad e integrando, la promoción tratamiento y rehabilitación. Además coordina la participación de todos los sectores. Conexos a salud, fomentando los autoresponsabilidades, la participación del individuo y de la comunidad obteniendo así el mayor provecho de los recursos humanos disponible. El nivel de atención primaria es el mas cercano a la comunidad, por lo tanto, debe atender las necesidades de salud de la comunidad local.

Los consultorios de atención primaria deben poner énfasis en la realización de actividades orientadas al cuidado y mantenimiento de la salud, estableciendo un contacto continuo con las personas y tomando en cuenta en forma integral sus necesidades.

La Atención Primaria de Salud es la que recoge y contribuye al necesario cambio de cultura y modelo de atención que dirige al logro de los objetivos sanitarios, para ello se ha iniciado la transformación de los consultorios a centros de salud y centro de salud familiar, lo que se traduce a las existencias de equipos de salud multidisciplinario, atención continua, resolutiva, centrada en el paciente y en su familia. Dicha transformación ha sido paulatinamente implementado. La Salud familiar ésta representando un cambio de paradigma ya que al considerar a la persona en su visión integral biológica , psicológica , social y espiritual permite a los trabajadores de la salud resolver mayor cantidad de problemas mediante la participación social, la intersectorialidad y atención personalizada.

El nuevo modelo de atención dirige su acción a mejorar la calidad de vida para las personas, familias y comunidad, con un énfasis en la anticipación de los problemas y el consiguiente acento en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El centro de salud orienta su que hacer hacia una población determinada y hacia el contexto ecológico en que esta vive, no se preocupa solamente de las personas que llegan solicitando a las personas que llegan ser atendidas, también adquiere responsabilidad sobre el cuidado y fomento de la salud de la comunidad. MINSAL (1993: 48)

La tarea del centro de salud se desarrolla en por lo menos en tres ámbitos de acción MINSAL (1993:53).

El primero definido por aquellas funciones que le son irrenunciables y que ningún otro acto fuera del sector salud, puede ejercer con la misma propiedad, eficacia, caudal y eficiencia. Se trata del ámbito que tradicionalmente a ocupado el consultorio de atención primaria de labor asistencial.

El segundo es la participación social y comunitaria en salud. El rol del centro de salud es aportar con sus conocimiento, recursos y habilidades a una tarea colectiva, que compromete a otros actores y que busca el mismo propósito, eleva el nivel de salud de la población en el contexto de desarrollo social, además contribuye a generar el proceso participativo dentro de su localidad.

Y el tercer ámbito de acción, el trabajo intersectorial que apunta al desarrollo global de su localidad.

En cuanto al ámbito del desarrollo de la participación en salud. La estrategia de atención primaria parte de la base de que existen una serie de factores de riesgo que pueden evitar o controlar para prevenir o atender la enfermedad y que solo en la medida en que la comunidad asuma un papel activo como generadora de su propia salud, es posible mejores condiciones de salud de la población. MINSAL (1993:60)

El desafío es construir colectivamente un proceso de participación en salud en el cual la solución a los problemas no sea impuesto por el equipo de salud, sino sea el resultado de una deliberación y concertación con todos los actores comprometidos con la salud de un territorio. MINSAL (1993:64)

El coordinarse en red tiende a fortalecerse en el nuevo modelo de atención buscando la complementariedad entre el público y privado, como alianza estratégica para elevar la calidad de vida de los habitantes de un sector.

VI.- Participación Social Eje del Modelo de Salud Familiar

Como bien es sabido el sector salud por si solo no podrá resolver el grado de bienestar de las personas, para ello se requiere de la participación y del compromiso de todo la sociedad para avanzar hacia la meta propuesta.

El desarrollo democrático comprende a la participación social organizada de los ciudadanos como un aspecto fundamental en la toma de decisiones y en la solución de las

demandas más sentidas de la comunidad.

Cabe recalcar que la participación social nutre al sistema con los conocimientos y esfuerzos de la propia comunidad, es así como en la atención primaria de salud cobra especial significado las relaciones entre la comunidad y la institución prestadora de la salud.

La transformación de consultorio a centro de Salud Familiar como se ha mencionado contempla la incorporación del eje asistencial, intersectorialidad, organización y el eje de la participación comunitaria como base del cambio.

Se reconoce al centro de salud familiar como el espacio físico que reúne en si los principios de la Salud Familiar (enfoque biopsicosocial, enfoque familiar, énfasis en la promoción y continuidad de los ciudadanos) estimula el trabajo en equipo, se compromete con la participación de la comunidad y mantiene un contacto multisectorial.

Para el centro de Salud, la participación comunitario se constituye en un desafío que los equipos de salud deben asumir. Para ello deben mantener una actitud de apertura, con disposición a trabajar colaborativamente a establecer relaciones horizontales con otros grupos y organizaciones locales MINSAL (1993:63)

En la medida que el enfoque de Salud Familiar representa un cambio respecto a como las personas reciben sus cuidados de salud, podrá asegurarse la factibilidad y el compromiso de la sociedad como dicho cambio.

Como se mencionó la participación social, representa uno de los ejes orientadores del cambio el que contemplan tres dimensiones en el desarrollo de participación social y comunitaria.

En cuanto a la subdimensión participación comunitaria se contempla:

- Existencia y reconocimiento de grupos de la comunidad.
- Actitud del equipo de salud en apertura y disposición para el trabajo colaborativo con la comunidad.
- Habilidad y destreza del equipo de salud para el trabajo con grupos de culturas y expectativas diferentes.
- Incorporación de la comunidad en el proceso de diagnóstico, programación y evaluación del CES⁴.

En relación a la participación social:

- Existencia y reconocimiento de las instituciones, organizaciones y recursos existentes en el territorio del CES (ONG, Universidades, Industrias, ISAPRES, etc.)
- Capacidad gerencial para establecer vínculos nutritivos de complementación y colaboración mutua.
- Habilidades y destrezas de los equipos de salud para el desarrollo de una estrategia de participación social.

⁴ CES: denominación que se le da a un Centro de Salud de Atención Primaria, en el contexto de la reforma antes de ser un centro de salud familiar.

La participación al interior del CES:

- Existencia de instancia de participación: consejos técnicos, asambleas, diarios murales, consulta por áreas de acción, por estamentos etc.
- Creciente horizontalidad en las relaciones entre establecimiento, en detrimento de la cultura jerárquica y autoritaria.
- Existencia de trabajo en quipo incluida la toma de decisiones.

Cuyos productos esperados se resumen:

- Reconocimiento y consideración de los aportes y demandas provenientes de las organizaciones sociales respetando su autonomía.
 - Contribución al desarrollo de instancias que estimulen y potencien la participación: ferias, encuentros, campañas, etc.
 - El equipo de salud tiene conciencia de la importancia de la participación en salud.
 - El equipo de salud reconoce la importancia que a él le cabe en torno a la salud de la población.
 - El equipo de salud conoce la comunidad local y sus formas de organización, en grupos o instituciones, dialoga y concreta acciones en ellos.
 - El equipo de salud trabaja junto a otros actores locales por la solución de problemas de salud sentidos por la gente y tradicionalmente no resueltos por el sistema.
 - La programación contempla recursos para las actividades de trabajo comunitario.
 - Existe un diagnóstico participativo de los problemas de salud actualizado periódicamente.
 - El equipo de salud reconoce la historia y cultura de la comunidad local, reconociéndolos agentes de medicina tradicional, popular o alternativa existente.
 - Existen relaciones permanentes con grupos, instituciones gubernamentales y no gubernamentales, en torno a la tarea de la salud.
 - La programación local contempla los recursos potenciales existentes en la comunidad.
- MINSAL (1993:108-109)

En relación a estos productos a continuación se intentara dar a conocer cual ha sido el proceso de cambio que se ha iniciado en la localidad de Gómez Carreño, comuna de Viña del Mar, cuyo centro de salud es el único reconocido por el ministerio como centro de Salud Familiar introduciendo el eje de la participación como componente necesario para fortalecer la gestión local en salud.

VII- Experiencia de Participación Social en el Centro de Salud Familiar de Gómez Carreño.

El centro de salud familiar Gómez Carreño se ubica en el sector alto de la comuna de Viña del Mar, quinta región Chile.

La dependencia del centro de salud le corresponde a la corporación municipal para el desarrollo social de Viña del Mar, institución de derecho privado perteneciente al municipio.

El centro de salud familiar cuenta con 18.550 inscritos validados por el fondo nacional de salud de quien recibe mensualmente \$ 2.3 dolares⁵ por cada uno de los inscritos, más el aporte municipal y un aporte ministerial adicional de un 1,8% del per-cápita, para dar cumplimiento a las disposiciones que el ministerio le establece como Centro de Salud Familiar y para dar cumplimientos a necesidades locales.

Como centro de salud familiar (Cesfam) el trabajo con la comunidad representa un desafío constante. La atención primaria como se ha mencionado parte de la base de que existe una serie de factores de riesgo que se pueden evitar para prevenir o atender la enfermedad y que solo en la medida en que la comunidad asuma un papel activo como generadora de su propia salud se puede lograr.

Partiendo de la premisa anterior y considerando que la participación es eje fundamental del enfoque de salud familiar, en el Cesfam de Gómez Carreño se ha planificado para ir alcanzando parte de la propuesta que el enfoque contempla, es así como el equipo de salud familiar conoce el entorno de sus usuarios y lo ve en diferentes contextos, los profesionales se encuentran comprometidos con las personas y cada contacto en clínica es una ocasión para la prevención y promoción observando los distintos grados de riesgo que presenta la población.

Considerado los elementos que entrega la reforma y el cambio que ha asumido el centro; se están llevando a caso diversas actividades tales como:

Realización del diagnóstico de salud (sectorizado) de la población en el cual el equipo de salud ha tomado conciencia de la importancia que a ellos les cabe entorno a la salud de la población, permitiéndoles visualizar los problemas de salud sentidos por la gente y que aún no han sido resueltos. Con la confección de los diagnósticos por sector el equipo ha redescubriendo a su comunidad local y su forma de organizarse, llevándose sorpresas al conocer las potencialidades con las que cuentan la comunidad y escasamente son considerados en salud. Asimismo el acercamiento a la comunidad a permitido conocer y trabajar con los otros actores presentes en el sector, además se ha actualizado los problemas de salud sentidos por la gente, contextualizandos en la historia y cultura de la localidad.

Otros aspectos relevantes ha sido la participación de las diversas organizaciones en la instancia del Consejo local de salud⁶, se propicia con esta instancia incrementar la participación local y acercar los planes y programas a la comunidad. Junto con el consejo local se planifica y se llevan ha cabo las actividades de promoción programados para el año por el centro, esto significa la instalación de ferias de la salud, stand en ferias de organismos gubernamentales y municipales. De igual forma se reparte mensualmente a todos los asistentes a reuniones la información educativa respecto a determinadas patologías (ejemplo infecciones respiratorias aguda). Es además el momento en donde la comunidad expone sus necesidades e inquietudes como la existencia de Adulto mayores dismovilizados, discapacitados mentales y solicita charlas a sus organizaciones. Esta ha sido la instancia a la cual se le ha otorgado la mayor cantidad de información respecto de la aplicación de las

⁵ Dólar Observado \$578 Pesos Chilenos al 15/07/05

⁶ Los consejos locales de salud fueron creados en los años 90 por disposiciones del ministerio de salud cuyo objetivo es ser la instancia de coordinación de las actividades de salud y conocer las necesidades de la localidad.

garantías explícitas en salud (enmarcados en la reforma de salud) que entraron en vigencia el 1º de julio del año en curso. Junto con lo anterior los integrantes del consejo han sido personas estratégicas para la aplicación de encuestas de satisfacción de usuarios externos que han significado el conocer la opinión de la comunidad y en razón de mejorar los servicios e implementar las campañas de salud. Se suma a ello, los controles de salud para los Adultos Mayores en las sedes vecinales.

Relacionado con lo anterior está la implementación, capacitación y coordinación de la oficina de reclamos sugerencias y felicitaciones, la cual ha permitido gestionar adecuadamente las inquietudes de los usuarios del sistema, respondiéndoles oportunamente sus demandas. Esta oficina ha permitido mejorar la percepción del usuario respecto del centro de salud familiar y mejorar los procesos al interior del establecimiento, otorgando una mayor calidad en la atención.

Por último, el Cefsam en su programación anual del trabajo comunitario ha involucrado todos los procesos educativos que se realizan en los establecimientos de educacionales y grupos organizados de la comunidad. Lo que incluye también el apoyo que realiza las Universidades que utilizan al centro de salud como campo clínico, lo que sin duda han colaborado enormemente en el desarrollo de la participación social en el sector.

Si bien es cierto, en el transcurso de este documento se ha vislumbrado la importancia de la participación social en el éxito de las acciones de salud, también se deja entrever que aún falta mucho camino por recorrer, siendo un desafío que deberán enfrentar los equipos de salud de los Centros de Salud familiar, y lograr así mejorar los indicadores de salud y fortalecer la gestión a nivel local.

Los equipos de salud por muchos años han involucrado a la sociedad, pero en un sentido utilitarista para llevar a cabo las acciones de salud pero en escasas ocasiones le han permitido una real participación en lo que a su salud se refiere.

La participación real en la toma de decisiones, con la capacidad efectiva de perseguir metas autónomamente formuladas, es una de los procesos más complejos, tanto en sus aspectos teóricos como su aplicación práctica tratándose de aplicación política a nivel de la sociedad global o dentro de las instituciones y organizaciones de alcance más reducido (Gyarmati 1992), es decir el concepto de participación social en su real dimensión es que la comunidad cuente con el poder de tomar sus propias decisiones gestionando desde el nivel local sus requerimientos de salud y no solo asumiendo un papel colaborador.

Cuando esto ha sucedido finalmente se podrá afirmar que realmente se está llevando a cabo la reforma de salud que queremos y efectivamente se está modernizando el estado.

Bibliografía

Artículo de Libro

De Medina, Carlos (1997), *“Participación y Trabajo Social”*, Editorial Hvmanitas, Buenos Aires.

Garretón, Manuel (1994) *“La participación social”* Ed .Ministerio Secretaría General de Gobierno, D.O.S Chile

Hidalgo, Carmen y Carrasco, Eduardo (2002), *“Salud Familiar: Un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria”*, Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.

Ministerio de Salud (1993), *“De Consultorio a Centro de Salud: Marco Conceptual”*, Santiago de Chile.

Artículo de revista

Agurto, Irene; De la Maza, Gonzalo; Garcés Mario; Milos, Pedro (1983), *“Orientaciones políticas de la Educación Popular”*, Serie de Temas de Educación Popular. Docto. de Trabajo N°5, ECO, Santiago de Chile.

División de Atención Primaria Departamento de Atención Primaria (1999), *“Salud Familiar en Chile”*, Ministerio de Salud, Santiago de Chile. Edi.Tierra mia tda..

Gyarmati, Gabriel (1992), *“Estudios Sociales”*, CPU, N°73, Santiago de Chile.

Hidalgo,C.,Cabezas,A y Collados,M (1997). *“Clima Organizacional en un Centro de Salud de Atención Primaria :evaluación e intervención para mejorar la satisfacción laboral del equipo de salud”*. Cuadernos médicos Sociales XXXVIII3,3-12

Ministerio de Salud (2001), *“El Modelo Integral de Atención”*, Santiago de Chile.

Florenzano,R.(1991) *”Temas de Salud Mental en al Atención Primaria”* . CPU Santiago de Chile.

Documentos no publicados.

Castañeda, Patricia (2003), *“Cuarenta Años de Participación Social en Chile”*, Documento de trabajo, Escuela de Trabajo Social . Univ. de Valparaíso, Mimeo.

Fonseca, Juliana (2001), *“Análisis Cualitativo del Proceso de Descentralización de la Atención Primaria en Chile”*, Tesis Magister Escuela de Salud Publica, Universidad de Chile.Mimeo.

Parada , Mario (2004) *“Evolución del sistema de protección social de la salud en Chile”*. Análisis Sociológico. Tesis doctoral .- Valparaíso –Chile, Mimeo

Publicados en Internet

[http://www.e-local.gob.mx/wb2/elocal/eloc,2-06-2005.](http://www.e-local.gob.mx/wb2/elocal/eloc,2-06-2005)

<http://www.unhabital.org/programmes/ifup/conf/mariana-mora10-05-05>

<http://www.inap.uchile.cl/gobierno/modernización.ppt> 10-05-05

<http://www.modernizaciondelestado.cl> 16-05-05

<http://www.Salud.Gob.mx/unidades/cdi/documentos/yakarta.html-28k> 10-05-05

<http://www.inta.cl/pronosalud/conferencias/ottawa.pje> 21-05-05

Reseña Biográfica.

Katherine Cuevas Lang, Chilena. Nació el 18 de diciembre de 1971. En 1994 se titula de Asistente Social de la Universidad de Valparaíso, realizando sus primera funciones como Asistente Social en la Municipalidad de Viña del Mar, para posteriormente en el año 1997 ingresar al Centro de Salud Familiar de Gómez Carreño, Viña del Mar en donde actualmente se desarrolla como Directora.En su perfeccionamiento se pueden destacar: Post- Titulo “Dimensión Educativa en Proyectos Sociales”, Cide, Universidad de Loyola Colleague EE.UU., Chile (Agosto 1998), “Curso de Gerencia Pública para el Desarrollo Social”, Ministerio de Administraciones Públicas, España (Diciembre 1998), “The internacional Fellowship Programe in Primary Care and Health Management, Imperial Collage of Science, Technology and Medicine, Inglaterra (Diciembre 2000). Actualmente es candidata a Magister de Salud Pública de la Universidad de Valparaíso- Chile.-

El Centro de Salud Familiar de Gómez Carreño se encuentra ubicado en calle 19 poniente N° 273, cuarto sector Gómez Carreño, Fono 56-32-832319 Fax 56-32-837603.
E-mail: Kcl1871@ mixmail.com