



Ciencia y Enfermería

ISSN: 0717-2079

rev-enf@udec.cl

Universidad de Concepción

Chile

Merino Jara, Claudio Esteban; Torres Andrade, M. Cristina  
PARTICIPACIÓN EN SALUD Y DESARROLLO TERRITORIAL: EXPERIENCIA  
SANITARIA EN UNA COMUNA DEL SUR DE CHILE  
Ciencia y Enfermería, vol. XXI, núm. 1, abril, 2015, pp. 115-125  
Universidad de Concepción  
Concepción, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441818011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

# PARTICIPACIÓN EN SALUD Y DESARROLLO TERRITORIAL: EXPERIENCIA SANITARIA EN UNA COMUNA DEL SUR DE CHILE

## HEALTH PARTICIPATION AND TERRITORIAL DEVELOPMENT: HEALTH EXPERIENCES IN A COMMUNE IN SOUTHERN CHILE

CLAUDIO ESTEBAN MERINO JARA \*  
M. CRISTINA TORRES ANDRADE \*\*

### RESUMEN

El Modelo de Salud Comunitario constituye un aspecto relevante en el desarrollo territorial y puede contribuir en la gestión del cuidado. Para indagar este fenómeno, el año 2011 se realiza un estudio cuantitativo-transversal a tres poblaciones: profesionales de Hospital, Consultorio y Dirigentes sociales que participan activamente en Salud, integrando un universo de 66 personas. El objetivo fue determinar la noción de participación que tienen los profesionales y los dirigentes sociales que participan activamente en salud, para ello se indaga en la asociación entre las Oficinas de Información, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (O.I.R.S) y las actividades de participación ciudadana en una comuna del sur de Chile. Los resultados indican que las medidas adoptadas por las instituciones de salud están fuertemente influenciadas por conflictos de intereses, favoreciendo acciones de tipo cívico-tuteladas en beneficio de necesidades institucionales y por lo tanto, permea escasamente el desarrollo territorial comunal. Esto provee un espacio de reflexión respecto del rol que le cabe al desarrollo de la Gestión del Cuidado en Atención Primaria de Salud.

**Palabras clave:** Participación comunitaria, salud, desarrollo de la comunidad, gestión en salud.

### ABSTRACT

The Model Community Health constitutes an important aspect in the territorial development and it can contribute to the health care management. To investigate this phenomenon, in the year of 2011 a quantitative-transverse study is applied to three groups of people: Hospital Professional, Clinic, and Community Leaders, who actively participate in Health, integrating an universe of 66 people. The goal was to establish the notion of the participation of the professionals and community leaders that actively participate in Health, for this reason, it is investigated the association between the Information Offices, Claims, Suggestions and Congratulations (OIRS) and the activities of citizen participation in a commune in southern Chile. The results indicate that the measures taken by Health institutions are strongly influenced by conflicts of interest, boosting civic-type actions to benefit supervised institutional needs and therefore, no influence the communal territorial development. This provides a space for reflection on the role that fits the development of health care management in Primary Health Care.

**Key words:** Community participation, health, community development, health management.

Fecha recepción: 20/11/13 Fecha aceptación: 21/01/15

\* Trabajador Social, Doctor© en Ciencias Humanas, Facultad de Filosofía y Humanidades, Escuela de Graduados, Universidad Austral de Chile. Becario CONICYT. Email: cmerinojara@gmail.com

\*\* Enfermera y Matrona. Académica Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. Email: mtorres1@uach.cl

## INTRODUCCIÓN

La Gestión del Cuidado para enfermería es un aspecto relevante para el desarrollo de la profesionalidad y aunque su mayor implicancia está relacionada con hospitales de alta complejidad tecnológica, este aspecto debe ser desarrollado también en los hospitales de baja complejidad tecnológica, pero de alta complejidad social y en los establecimientos de atención abierta. La Ley de Autoridad Sanitaria refiere la Gestión del Cuidado relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico, y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente. Desde esta perspectiva, la participación social comunitaria puede ser un elemento interesante de considerar en la aplicabilidad de la Gestión del Cuidado en la Atención Primaria de Salud y en los hospitales comunitarios, con el objeto de mejorar la pertinencia en su desarrollo, dentro del modelo de Salud Familiar y Comunitario vigente en Chile, para la Atención Primaria de Salud.

Comprender la dinámica de las actividades de los establecimientos sanitarios en el ámbito de la participación ciudadana en salud y su relación con el desarrollo endógeno en el territorio, proporciona una plataforma amplia para el desarrollo de la Gestión del Cuidado en la Atención Primaria de Salud. Por consiguiente, esta investigación analiza las prácticas en salud comunitaria desde el horizonte del Modelo de Salud Familiar y específicamente, las políticas públicas de Atención Primaria de Salud dirigidas a la ciudadanía organizada. Para ello sitúa la participación ciudadana en salud, abordando tres poblaciones: Profesionales del Hospital, Profesionales de la Salud Municipal y Dirigentes sociales que participan activamente en salud en una comuna del sur de Chile.

## Antecedentes

Las prácticas de salud comunitaria en el contexto del modelo de salud familiar constituyen un aspecto fundamental en las políticas sanitarias gestadas desde 1990 en adelante, cuyos principales ejes se desarrollan en base a la eficiencia, equidad, descentralización, participación y satisfacción usuaria (1), prácticas discursivas que son formalizadas a través de la Reforma de salud del año 2005, en la cual la participación es planteada como una forma de exigir derechos institucionales garantizados legalmente. “En el área de la salud pareciera que la ciudadanía se expresa, entre otras cosas en derechos garantizados crecientes, es decir, una sociedad que vela porque todos los habitantes del país accedan a la atención y que éstas se otorguen con calidad y respeto a la dignidad de las personas (2)”.

Sin embargo, la participación desde una perspectiva territorial no está delimitada a solo una estructura institucional, que englobe aspectos normativos expresados en estructuras administrativas que van desde los establecimientos sanitarios hacia la ciudadanía. La perspectiva territorial da sentido y estructura sociocultural a las acciones preventivas y promocionales en salud, mediando entre lo “performativo” de las prácticas discursivas de los agentes del sistema sanitario y los códigos-significantes que constituyen realidad en los distintos actores del territorio.

Por otra parte, la presencia de enfermería en la implementación de políticas públicas relacionadas con la Atención Primaria de Salud se desarrolla desde mucho antes de la declaración de Alma Ata en 1978 (3), práctica disciplinaria que ha sido relevante en el control de enfermedades infecto-contagiosas y el fin de la desnutrición; sin embargo, su influencia en los resultados sanitarios ha disminuido ya que los actuales problemas de salud (obesidad, enfermedades crónicas) no han logrado frenarse en su incremento. Por otro lado, tampoco ha habido un desa-

rollo sustancial en la atención domiciliaria o la educación para la salud y el autocuidado, ejemplos de un enfoque menos biomédico y más familiar y comunitario, que es más pertinente a los actuales problemas de salud como el envejecimiento y la discapacidad, la violencia familiar y la soledad, para los que se requiere una comunidad más activa y sensible con los problemas colectivos e individuales (4) que afectan el estado de salud de una familia. La implementación de la Gestión del Cuidado en este contexto requiere revisar con detalle la organicidad comunitaria y la relación que ésta tiene con la implementación de políticas públicas hechas para morigerar o para fomentar condiciones de un más amplio campo de salud en que las personas desarrollen su potencial humano.

Antecedentes históricos dan cuenta que la participación en salud tiene una larga data en Chile. Por ejemplo, en 1853, movimientos de Artesanos y Sociedades de Socorros Mutuos (5-7) florecieron en ausencia del Estado en materia de salud<sup>1</sup>. Los movimientos de artesanos y obreros relacionaban la salud personal y familiar con los impactos directos sobre el cuerpo individual y colectivo que esgrimía el modelo económico liberal de la época. En la actualidad, los estilos de vida de la sociedad, pautas de comportamiento (pero de sobremanera el sistema económico actual neoliberal y su consecuente relación con problemas de justicia social, equidad y desigualdad social), causan efectos directos en la salud de las personas, no entendida ya como una relación salud-enfermedad, sino como las condiciones sociales y económicas en las cuales las personas viven y trabajan. En este contexto, el vestigio sistémico del accionar de artesanos y obreros fue perdido posterior a la implementación del Estado en materia sanitaria en 1925 (3) y por la tecnificación de los dispositivos técnico-clínicos (8) que escindió la injerencia social y comunitaria en

la salud individual y colectiva. Una versión empobrecida e institucional se materializa en determinantes sociales para la salud, pero no establecen una relación directa entre estructura social y calidad de vida en el modelo y sistemas médicos dominantes.

*En el caso de la salud, los modelos teóricos dominantes (médico, sanitario, económico) se centran en la sanidad (asistencia sanitaria) como la principal fuente de salud. Olvidan el papel de las variables socioeconómicas en la génesis, desarrollo, e incluso curación de la enfermedad (y ahí radica precisamente una de las razones de su fracaso explicativo). Estas interpretaciones despolitizan las diferencias sociales en salud racionalizándolas como meras diferencias asistenciales o en la distribución de los recursos (9).*

La incapacidad del paradigma biomédico para abordar la relación salud, enfermedad y calidad de vida se hace evidente en los pobres resultados sanitarios logrados en los últimos años en materia de justicia social en salud (10), pese a los esfuerzos por incorporar perspectivas más integrales de enfrentamiento de los problemas sanitarios (11, 12) no se ha logrado superar la barrera estructural de injusticia social e inequidad que genera un medio adverso en lo económico-social, cuyo síntoma principal es la precaria calidad de vida evidenciada en una salud deteriorada de la población (13-15). Por otra parte, las bases de la Atención Primaria de Salud que fundan un nuevo modelo de atención, tales como integralidad y continuidad en la atención, participación comunitaria e intersectorialidad, universalidad y accesibilidad para los usuarios, junto al trabajo en equipo, son aristas desde las que debe pensar la implementación de la Gestión del Cuidado en la APS.

En este marco, la política pública de salud despliega desde la Reforma Sanitaria un discurso sustentado en los derechos ciudadanos, participación, equidad y calidad de vida, básicamente dirigidos a minimizar variables estructurales del sistema económico

<sup>1</sup> En 1912 existían 428 sociedades de socorros mutuos (6).

actual, considerando el rol que le compete a los usuarios respecto de su salud (12, 14-18). En esta misma lógica, la forma en que aborda el Ministerio de Salud la participación está relacionada con la aplicación específica de los derechos a la publicidad, acceso a información pública, igualdad para participar en la vida nacional, libertad de opinión y el derecho de petición, en los términos de la Ley N° 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública. Según estos antecedentes, la participación en salud favorece el acceso explícito a la información, sin embargo, omite la capacidad de los actores sociales para tomar decisiones respecto de su territorio, es decir, delimita los espacios de interacción, poder entre instituciones y ciudadanía hacia un ámbito controlado, tutelado. Este tipo de acciones se conoce como revolución pasiva (7, 19, 20), es decir acciones verticalistas descendentes por los que el Estado implementa beneficios. Como señala Salazar:

*En suma, cabe decir que en Chile, el Estado y el poder –como constelación de ideas y valores– se han constituido normalmente como verticalidad descendente, pese a las particiones y particularizaciones ocurridas en su horizontalidad territorial, y a las ilusiones democráticas generadas por la administración verticalista de ideas como las de Desarrollo y Participación (19).*

El MINSAL como parte del Estado ha desarrollado directrices para vincular la institucionalidad con la comunidad (15, 17, 18), desde la realización de actividades de promoción y prevención en salud, hasta su mecanismo de control y gestión de reclamos a través de las Oficinas de Información, Reclamos, Sugerencias y Felicitaciones (O.I.R.S.)<sup>2</sup>; todos ellos monitoreados por el MINSAL a través de los Servicios de Salud, en forma de

Compromisos de Gestión; acciones que escasamente se relacionan con el empoderamiento propositivo de la ciudadanía (21) o con la conciencia de las determinantes sociales para un campo de salud específico y territorial. En efecto, los modelos de promoción y prevención en salud aún se observan fuertemente sesgados por un enfoque biomédico (22-24).

La teoría económica territorial plantea la necesidad de revalorar al actor social organizado, considerando el sentir y dirección de las demandas comunitarias en acciones y lineamientos objetivados en polos de desarrollo, que permitan avanzar en la resolución de problemas, considerando las ventajas comparativas de una región (25-28). La coherencia entre el destino institucional y las necesidades del territorio releva la utilidad que la institucionalidad en salud aporta al desarrollo local. “La participación y su correlato la deliberación no es solo un asunto de instituciones, es en especial la resultante de una pasión cívica” (29). En este sentido, la autonomía o paternalismo contenido en las actividades de salud y en los procesos de participación cumplen un rol capital para fomentar y facilitar instancias de diálogo

*La autonomía se irá concretizando en las formas más adecuadas que vaya encontrando la Comunidad para expresarse tanto localmente como en su relación con otras instancias, tanto en la comuna, frente al Gobierno Local, frente a la Institucionalidad dada, como también fuera de la comuna, pudiendo alcanzar ámbitos de expresión más amplios y representativos (30).*

La elección de un camino participativo en la gestión implica favorecer el desarrollo de las necesidades sentidas por la población, además otorga señales claras respecto de la autonomía territorial en función de polos de desarrollo coherentes con la realidad local. Por ende, existe la necesidad de resignificar la salud pública desde una mirada colectiva, que visualice y cogestione la situación de salud de una comunidad y que sature y amplíe

<sup>2</sup> Información que se puede adquirir del sitio Web del Ministerio de Salud. [http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g\\_varios/consultas\\_publicas/cp\\_carta\\_derechos\\_deberes.html](http://www.minsal.gob.cl/portal/url/page/minsalcl/g_varios/consultas_publicas/cp_carta_derechos_deberes.html)

los márgenes disciplinarios eminentemente institucionales. Para ello, se requiere de aportes y reflexiones, acciones y miradas plurales, articuladas con la óptica de la salud colectiva de personas, familias y grupos comunitarios, en un entorno sociocultural que lo facilite:

*Habría que tener presente que no es posible definir los problemas que involucran al bienestar de la sociedad, sólo desde la lógica institucional. El destino histórico de una sociedad se va delineando, no en función de la historia institucional –llámese municipio, Estado u otro– sino al revés: el carácter y el rostro histórico de las instituciones dependerá del rol –protagónico o pasivo, democrático o autoritario, de “objeto” o “sujeto”– que la sociedad pueda asumir en una situación histórica determinada (6).*

Abordar la relación salud, enfermedad y calidad de vida implica, entonces, una mirada ampliada e inclusiva de aspectos tales como la ciudadanía y su participación en las decisiones de salud, dada la historicidad de las demandas sociales y los magros resultados sanitarios que actualmente se exhiben. En este sentido, se hace imperativo buscar los mecanismos para profundizar la participación y sus derroteros en beneficio de una distribución inclusiva del poder de decisión en torno a los ámbitos sanitarios vinculados a la lucha de las externalidades negativas que oprimen la calidad de vida de las personas.

En base a lo expuesto, nuestra problemática cuestiona: ¿Cuál es la dinámica de las actividades de los establecimientos sanitarios en el ámbito de la participación ciudadana en salud y cómo se relaciona con el desarrollo endógeno en el territorio?

Por ello, nuestro objetivo de investigación fue determinar la noción de participación que tienen los profesionales de la salud del Hospital, de la Salud Municipal y de los Dirigentes sociales que participan activamente en salud en una comuna del sur de Chile.

Para ello se indaga en la asociación entre las Oficinas de Información, Reclamos, Su-

gerencias y Felicitaciones (O.I.R.S.) y las actividades de participación ciudadana en la comuna, y se analiza la participación en salud como práctica de promoción cívica.

## MATERIAL Y MÉTODO

### Paradigma, tipo y diseño de estudio

Es un estudio cuantitativo de alcance descriptivo, no experimental y transversal. Se adscribe al paradigma de pensamiento crítico, el cual considera que la producción de conocimiento no corresponde a un saber y ejercicio privado atribuible solamente al ámbito académico, sino más bien constituye una construcción social, pública, que debe ser socializada, modificada y cuestionada en torno a las prácticas que critican la monopolización del saber-poder como ejercicio hegemónico de intervención corporal.

Se utiliza el método cuantitativo como variante estratégica-política para abordar el problema sanitario.

### Universo de estudio

El universo de estudio está constituido por un total de 66 personas, a saber: Profesionales del Hospital, Profesionales de la Salud Municipal y Dirigentes sociales que participen activamente en una comuna del sur de Chile. Para efectos de la investigación se trabajará con la totalidad de los sujetos de estudio, utilizando el método censal.

### Técnica de recolección de datos

Para evaluar el significado y utilidad que le asignan los grupos estudiados al concepto de salud familiar y participación ciudadana, se utilizó una encuesta de elaboración propia, la cual mide la percepción de los sujetos acerca de las prácticas de salud que involucran la participación de la comunidad. Se validó a



través de juicio experto con otros profesionales de la salud que trabajan en Atención Primaria de Salud (Cesfam Dr. Jorge Sabat Gozalo, Valdivia), con profesionales de hospitales comunitarios (Hospital de Corral) y con dirigentes comunitarios. Para la confiabilidad del instrumento se utilizó el método de consistencia interna, alfa de Cronbach, aplicando el instrumento en la comuna de Lanco a una muestra equivalente al 30% del universo estudiado. Obteniendo un valor de 0,87.

## RESULTADOS

### Antecedentes de la comuna

La comuna donde se realiza la investigación pertenece a la provincia de Valdivia, Región de los Ríos, Chile, tiene cerca de 19.237 habitantes y aunque es una comuna con gran actividad agrícola, el 51,84% de la población es urbana. Su tasa de natalidad de 15,2%, es más alta que el promedio regional (31), pero no alcanza a revertir el crecimiento negativo de - 0,77%.

La red de salud comunal está compuesta por un Hospital Comunitario, un Centro de Salud Comunitario, cinco postas rurales, dos estaciones de salud rural, una farmacia comunitaria, un centro de rehabilitación comunitario y un hogar de ancianos municipal.

Entre 2010 y 2012, en el Hospital trabajaban 19 Profesionales con edad promedio de 34 años, en edades de 23 y 59 años. El 78,9% eran mujeres. En el Departamento de Salud Municipal trabajaban 28 profesionales, 60% eran de sexo femenino, con una edad promedio de 29 años, en edades de 23 y 43 años. Más de la mitad de todos los profesionales tiene alguna capacitación respecto a participación social. En la comuna se reconocen 150 organizaciones comunitarias y funciona un consejo de desarrollo en salud (31), compuesto por organizaciones funcionales vin-

culadas al voluntariado o autoayuda. 52,6% de los dirigentes que participan en esta investigación son del sector rural, 94,6% son mujeres; con edad promedio de 53 años. Cabe destacar que el 63,2% han recibido capacitación en temáticas de salud familiar y comunitaria (63,2%).

### Noción de participación ciudadana en salud

El acceso al diagnóstico se constituye en uno de los principales derechos que el sistema sanitario otorga a los usuarios y forma parte de la información que debe entregar el profesional, corresponde al diálogo mínimo que se establece entre profesional-usuario en el contexto institucional. Los resultados muestran diferencias entre la relación que hacen los sujetos: mientras los dirigentes pueden establecer la relación entre participación y acceso al diagnóstico, para los profesionales de la salud este derecho no se relaciona con aspectos de participación en salud. Lo más probable que la noción de participación sea distinta para los grupos profesionales y para los dirigentes sociales (Tabla 1).

En este caso, sí existe similitud entre las poblaciones, debido a que la capacidad de reclamo y de hacer sugerencias se relaciona con la participación ciudadana para todos los actores involucrados. Cabe destacar que la O.I.R.S., dispositivo en el cual se concretan los reclamos, sugerencias y felicitaciones, no contempla interacción con grupos de la comunidad, es un espacio individual e incluso reservado cuando la actividad concierne a reclamos por algún tipo de prestación o servicio. Por tanto, no hay institucionalidad para la propuesta o reclamo colectivo, lo que coarta o limita la captación de las sensibilidades de grupos comunitarios organizados.

También se evidencia una comprensión parecida entre los grupos consultados, sin embargo, es importante advertir, que cuando se plantean derechos y deberes en el ámbito sanitario, estos refieren a una actividad mu-

**Tabla 1.** Percepción de los sujetos acerca de las prácticas de salud que involucren la participación de la comunidad (%).

	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sabe/ No contesta	Total
<b>1. Participación ciudadana en salud entendida como el acceso al diagnóstico clínico que tiene un usuario.</b>							
Hospital	10,5	15,8	15,8	47,4	10,5	0	100
Salud municipal	0	14,3	14,3	46,4	25	0	100
Dirigentes	47,4	15,8	15,8%	10,5	0	10,5	100
<b>2. Participación ciudadana en salud entendida como el derecho a informarse, reclamar, sugerir y felicitar por la atención y servicio otorgado en un establecimiento de salud.</b>							
Hospital	21,1	47,3	10,5	5,3	10,5	5,3	100
Salud municipal	7,1	53,6	21,4	14,3	3,6	0	100
Dirigentes	42,1	52,6	0	0	0	5,3	100
<b>3. Participación ciudadana en salud entendida como expresión del respeto de los derechos y deberes de las personas.</b>							
Hospital	26,3	57,9	10,5	0	5,3	0	100
Salud municipal	21,4	67,9	7,1	3,6	0	0	100
Dirigentes	42,1	36,8	5,3	0	0	15,8	100
<b>4. Participación ciudadana en salud entendida como la acción de asistir a charlas, reuniones y talleres convocada por los profesionales de salud .</b>							
Hospital	42,1	42,1	0	15,8	0	0	100
Salud municipal	32,1	57,2	7,1	0	3,6	0	100
Dirigentes	57,8	31,6	0	5,3	0	5,3	100
<b>5. Participación ciudadana en salud entendida como el derecho que tiene la ciudadanía para tomar decisiones respecto del presupuesto que manejan los establecimientos.</b>							
Hospital	15,8	15,8	10,5	36,8	21,1	0	100
Salud municipal	21,4	7,1	10,7	42,9	17,9	0	100
Dirigentes	31,6	26,3	10,5	15,8	5,3	10,5	100
<b>6. Participación ciudadana en salud entendida como el derecho ciudadano para tomar decisiones respecto de los ejes de desarrollo de los establecimientos de salud.</b>							
Hospital	5,3	42,1	26,3	10,5	5,3	0	100
Salud municipal	10,7	25	35,7	21,4	3,6	3,6	100
Dirigentes	36,8	26,3	5,3	5,3	0	26,3	100

N = 66

cho más restringida que la expresión de derechos plasmados en la Constitución. Sólo se relaciona con la carta de derechos y deberes en salud, que contempla aspectos de la calidad de la atención, trato adecuado al usuario

y entrega de tratamiento oportuno acorde a la necesidad sanitaria. Nuevamente, este aspecto no se visualiza como una instancia colectiva, relacionada con la capacidad para influir en las políticas de salud o en la gestión



de los cuidados.

Esta categoría también evidencia connotaciones similares en los grupos consultados. La asistencia a reuniones, talleres y charlas citadas por los profesionales de la salud está enfocada al ámbito de promoción y prevención para concientizar a la comunidad respecto de sus hábitos alimenticios, estilos de vida saludables, para incidir en los patrones culturales y aplacar los efectos de las determinantes sociales en el perfil epidemiológico. La oferta de prestaciones en el ámbito de la promoción está delineada por directrices ministeriales que luego son contrastadas con elementos de control que verifican su ejecución. Por consiguiente es una actividad eminentemente verticalista dirigida desde los equipos de salud hacia la comunidad, sin embargo ésta es la acción más colectiva que se realiza.

### **Participación ciudadana en salud en el desarrollo endógeno**

En relación a este aspecto los dirigentes sociales son los que adscriben más al concepto. Se trata de un nivel mucho más profundo de la participación en salud, porque implica no sólo acudir a charlas en temáticas sanitarias y supera el rol pasivo o pedagógico, para avanzar en la influencia de decisiones respecto de las necesidades que observan y viven en su territorio. Esta dimensión de la participación, sin duda, es la que tiene más potencialidad para influir profundamente en la Gestión del Cuidado en la APS.

La Tabla 1 muestra las diferencias entre los grupos estudiados. Para los dirigentes sociales este aspecto cobra el mayor sentido, porque es parte de su quehacer dirigencial. Las diferencias entre los equipos de salud del Hospital y Salud Municipal son paradójicas, pero pueden explicarse porque el equipo del hospital es más antiguo y ha sido partícipe más tiempo de la vida de la comuna. Sin embargo, lo más significativo es el porcentaje de neutralidad que ambos grupos le asignan al tema: significa que no asocian la participa-

ción social con una mejor gestión de la salud comunal.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN**

El acceso al diagnóstico se constituye en uno de los principales derechos que el sistema sanitario otorga a los usuarios y forma parte de la información que debe entregar el profesional, corresponde al dialogo mínimo que se establece entre profesional-usuario en el contexto institucional. El diagnóstico, que es una acción médica exclusiva y parte de su ethos profesional, aparece poco vinculado a la participación comunitaria, sobre todo porque es un acto individual. Las acciones colectivas derivadas de los diagnósticos pueden expresarse en perfiles epidemiológicos locales, los que socializados con las organizaciones comunitarias podrían servir de un potente incentivo movilizador, si es que además es comparado con los resultados de otras comunas. En este sentido la Gestión del Cuidado puede aportar desde Atención Primaria de Salud, debido a que implica compartir información relevante para que los grupos comunitarios mejoren su conciencia de autocuidado y la demanda por servicios de salud que hacen.

*La Gestión del Cuidado se conceptualiza como la capacidad profesional e institucional para proporcionar a las personas los requerimientos tendientes al logro de niveles crecientes de cuidado personal y familiar, que acompañan las necesidades del proceso salud-enfermedad, sustituyendo, compensando o fortaleciendo las capacidades del sujeto y que en la práctica significa adecuar la cadena de valor para garantizar calidad óptima y administrar recursos para satisfacer necesidades de mejor forma, utilizando su juicio profesional (32).*

La noción de participación que emerge de los Profesionales del Hospital, Consultorio y

Dirigentes sociales se asocia al concepto de participación institucionalizada vinculada a las directrices y necesidades de los establecimientos de Salud más que a la detección de elementos del contexto y demandas comunitarias que pudiesen influir en la acción de los equipos de salud y en especial de la Gestión del Cuidado en atención primaria. Entonces, la participación en salud tiene una modalidad pasiva y tutelada en respuesta a los lineamientos y directrices institucionales que actúan de mediadoras entre las características generales de la población y la institucionalidad. Sin embargo, no responde a acciones que surgen desde la base social, ni tampoco las estrategias ministeriales lo incentivan. “Se considera que hay falta de participación ciudadana actualmente es meramente declarativa, necesitamos asumirlo en serio (...). La ciudadanía se decía no es ciudadana, no hay instancias deliberativas, hay instancias meramente informativas” (16).

La preponderancia de las O.I.R.S. como mecanismo para retroalimentar la gestión pública ha impulsado una práctica poco colectiva respecto del logro de niveles crecientes de cohesión social. En este sentido, el despliegue de la Gestión del Cuidado en la Atención Primaria de salud debiera vincularse al fortalecimiento de acciones más efectivas, respecto de la cohesión social y familiar, que convivan con prácticas de autocuidado y autogestión, como un modo de mejorar la respuesta ciudadana al campo de salud que emerge de los determinantes sociales. Dicho de otro modo, con la necesidad ética, económica, cultural, ecológica, que implica la existencia de ciudadanos y no consumidores de salud y en la demanda de repensar los sistemas organizativos y mecanismos de participación e involucramiento de usuarios para el sector salud.

La participación como capacidad para influir en el desarrollo endógeno de la comuna estudiada tiene una gran potencialidad para impactar más profundamente en cómo se despliegue la Gestión del Cuidado en la APS,

pero al indagar respecto de esta dimensión, aparece invisibilizado el componente cívico, lo que se agrava por las directrices respecto de la participación de la comunidad en la toma de decisiones en materia presupuestaria. Sin embargo, no hay especificación de qué tan representativas y de quienes deben ser las personas de la comunidad que ayudan en la toma de decisiones en salud (33).

Según los antecedentes investigados, se observan conflictos de intereses entre las instituciones y los beneficiarios del sistema de salud, problema que remueve las bases filosóficas de un paradigma de una salud ampliada y colectiva, por el contrario, “la llamada salud pública, que nosotros preferimos designar como salud colectiva, debe estudiar en profundidad la determinación social de la salud y el ambiente” (10). Desde esta perspectiva, se puede develar que la figura de la comunidad tiende hacia una clara instrumentalización de la institucionalidad en salud, traduciendo la acción cívica tutelada hacia la conducción de indicadores en materia de nueva gobernabilidad, modernización del Estado y transparencia institucional.

Cabe cuestionarse cuál es el rol de la participación ciudadana en salud o cuál es el sentido que tiene para la comunidad. La evidencia devela que la participación ciudadana no tiene un componente endógeno y que con la dinámica encontrada se está lejos de lograr características similares a un desarrollo endógeno. Cabe preguntarse, entonces, el margen de libertad que tienen los equipos de salud para propiciar una participación no tutelada y de esta forma, actuar en consonancia con las demandas de su territorio más que con las normativas centrales que se plasman en las formas de evaluación y de financiamiento. Respecto del desarrollo e implementación de la Gestión del Cuidado en la Atención Primaria, también cabe preguntarse si ésta influirá en el logro de niveles crecientes de ciudadanía en salud, o por el contrario, si adscribirá al modelo de participación tutelada que se evidencia en esta investigación.

## REFERENCIAS

1. Montoya C. La salud dividida. Chile 1990-2010. Santiago: Ceibo ediciones; 2013.
2. Urriola R, Massardo J, Molina C, Monasterio H. Historia de la protección social de la salud en Chile. Santiago: Lom Ediciones; 2009. 94 p.
3. Illanes M. Cuerpo y sangre de la política: La construcción histórica de las Visitadoras Sociales (1887-1940). Santiago: Lom Ediciones; 2007.
4. Antón M. Enfermería y Atención Primaria de Salud: de enfermeras de médicos a enfermeras de comunidad. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1989.
5. Grez S. De la regeneración del pueblo a la huelga general: génesis y evolución histórica del movimiento popular en Chile (1810-1890). 2ª ed. Santiago: Ril Editores; 2007.
6. Illanes M. En el nombre del pueblo, del Estado y de la Ciencia: Historia social de la salud pública, Chile, 1880-1973: hacia una historia social del Siglo XX. Santiago de Chile: Colectivo de Atención Primaria, 1993. 512 p.
7. Illanes M. Chile des-centrado: Formación socio-cultural republicana y transición capitalista (1810-1910). Santiago: Lom Ediciones; 2003.
8. Foucault M. Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión. 2ª ed. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2012.
9. Rodríguez J, De Miguel J. Salud y poder. Madrid: Siglo XXI; 1990. 53 p.
10. Organización Mundial de la Salud. Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. OMS. Suiza: Comisión sobre determinantes sociales de la salud; 2009 [Acceso 24 junio 2013]. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/)
11. Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud Colect. 2010; 6(1):83-101. p. 96.
12. Calderón C, Orellana R. Gobernancia y participación ciudadana en la reforma de salud en Chile. Santiago: CIEPLAN; 2003.
13. Estébanez P. Exclusión Social y Salud. Balance y perspectivas. Barcelona: Icaria Editorial; 2002.
14. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), Organización Panamericana de Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Salud de Chile. Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los determinantes sociales de la salud [Internet]. FLACSO. Santiago: Dic 2005 [Acceso 24 junio 2013]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/026065.pdf>
15. Ministerio de Salud (MINSAL). Metas 2011-2020. Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020 [Internet]. MINSAL. Santiago: 2010 [Acceso 24 junio 2013]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddb96ca6de0400101640159b8.pdf>
16. Ministerio de Salud (MINSAL). Insumos para un plan del fortalecimiento del sector salud: perspectiva de los principales actores ministeriales. Secretaría Técnica Asesora para el Fortalecimiento del Sector Salud. Santiago; 2009. 37 p.
17. Ministerio de Salud (MINSAL). En el camino a centro de salud familiar [Internet]. MINSAL. Santiago: 2008 [Acceso 24 junio 2013]. Disponible en: <http://buenaspracticaps.cl/wp-content/uploads/2014/07/MINSAL-2008-En-el-camino-a-Centro-de-Salud-Familiar.pdf>
18. Ministerio de Salud (MINSAL). Marco referencial. Hospitales de la familia y la comunidad [Internet]. MINSAL. Santiago. [Acceso 24 junio 2013]. 74 p. Disponible en: [http://www.saludohiggins.cl/attachments/592\\_Marco\\_Referencia\\_Hospitales\\_Comunitarios.pdf](http://www.saludohiggins.cl/attachments/592_Marco_Referencia_Hospitales_Comunitarios.pdf)

19. Salazar G. La violencia política popular en las Grandes Alamedas. 2ª ed. Santiago: Lom Ediciones; 2006. 42 p.
20. Salazar G, Pinto J. Historia contemporánea de Chile: Estado, legitimidad, ciudadanía. Santiago: Lom Ediciones; 2010.
21. Castro R. Teoría social y salud. Buenos Aires: Lugar Editorial UNAM; 2011. 131 p.
22. Duch Ll, Mélich J. Escenarios de la corporeidad. Madrid: Trotta; 2005.
23. Le Breton D. Antropología del cuerpo. Buenos Aires: Nueva Edición; 2002.
24. Casasa P, Ramírez A, Sánchez A. Atropoenfermería, salud, migración y multiculturalidad en América Latina. México: Porrula Miguel Angel; 2010.
25. Boissier S. Sociedad del conocimiento, conocimiento social y gestión territorial. Congreso Internacional de Ordenación del Territorio; 3-6 Jul 2001; Guijón (Asturias). España: Asociación Interprofesional de Ordenación del Territorio FUNDICOT; c2002.
26. Cabrero E. Acción Pública y desarrollo local. México: Fondo de Cultura Económica; 2005.
27. Max-Neef M. Desarrollo a escala humana. 3ª ed. Barcelona: Icaria; 2006.
28. Rofman A, Villar A. Desarrollo Local: Una revisión crítica del debate. Buenos Aires: Espacio editorial; 2006.
29. Moulian T. Contradicciones del desarrollo político chileno, 1920-1990. Santiago: Lom Ediciones; 2009. 157 p.
30. Corvalán E, Ferreira M. Desarrollo local una metodología para la participación. Santiago: LOM; 2003. 39 p.
31. Plan Desarrollo Comunal Paillaco 2008-2012 [Internet]. Municipalidad de Paillaco. Paillaco: Figuero R, consultor; mayo 2008 [Acceso 24 junio 2013]. Disponible en: <http://192.185.24.13/~inspirac/corral/wp-content/uploads/2014/09/26-I.-Municipalidad-Paillaco-2008-PLADECO-2008-2012.pdf>
32. Ayala R, Torres M, Calvo M. Gestión del Cuidado en Enfermería. Santiago: Ediciones Mediterráneo; 2014. 181 p.
33. Torres M. Desarrollo local y gobernanza: dimensiones para la ciudadanía en salud. Rev Electron Comun Inf Inov Saude [Internet]. 2013 [Citado 24 junio 2013]; 6(4). Disponible en: <http://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/707>