



# **PARTICIPACIÓN** **EN SALUD**

**Historia: María Angélica Illanes**  
**Dirigentes de la Salud**  
**Participación Social en Dictadura**  
**Experiencias y escenarios actuales**

**DOSSIER**  
**ALMA ATA 40 AÑOS**

COLEGIO MÉDICO DE Chile (AG)

Presidenta	Dra. Izkia Siches Pastén
Vicepresidente	Dr. Patricio Meza
Secretario General	Dr. José Miguel Bernucci
Prosecretario	Dra. Inés Guerrero
Tesorero General	Dr. Jaime Sepulveda

Editor Jefe Yuri Carvajal B. Médico Cirujano. Doctor en Salud Pública. Profesor Asistente, Universidad de Chile.

Editor Asociado Claudio Pérez O. Médico. Residente de Medicina Interna. Universidad de Santiago. Hospital San José

Comité Editor

Sebastian Godoy Rivas.	Sociólogo. Profesional Secretaría Regional Ministerial de Salud, Valparaíso
Cleofe Molina Alvarez.	Médico-Cirujano, Universidad de Chile, Especialista en Pediatría, especialista en Gerencia para el Desarrollo, Flacso-Chile. Escuela de Medicina. Universidad de Santiago de Chile.
Carlos Montoya-Aguilar.	Médico pediatra. Profesor Titular de Salud Pública, Universidad de Chile.
Iván Serra Canales.	Médico Cirujano. Epidemiólogo. Profesor Titular de Salud Pública, Universidad de Chile.
Jaime Sepúlveda Salinas.	Médico Pediatra, egresado Magister Sociología, Diplomado en Salud Ocupacional y en Gestión en Salud. Dpto de Salud Pública, Consejo Regional Santiago. Colegio Médico de Chile

Editores Participación Social en Salud

Antonio Infante Médico Salubrista

Sebastián Moller Sociólogo. Doctorante en Ciencias Políticas y Sociales, Universidad católica de Lovaina, Lovaina la Nueva, Bélgica

Secretaría: Bibliotecaria Jocelyn Novoa J.  
cms@colegiomedico.cl

Fotografía de portada:  
Fotografo Jayme Stern  
Licencia Creative Commons

Cuadernos Médico Sociales, revista de salud pública del Colegio Médico de Chile. Fundada en el año 1959.

Publicación trimestral.

Cuadernos Médico Sociales

2018; Vol. 58, N° 3

Esmeralda 678, Santiago de Chile.

Producción

Palco Comunicaciones

contacto@palco.cl

Impresión

Andros Impresores

## ÍNDICE

### ESPACIO EDITORIAL

Editorial

*Antonio Infante, Sebastián Moller*

5

### ARTÍCULOS ORIGINALES

#### TEMA ESPECIAL: PARTICIPACIÓN EN SALUD

##### **Historia de la Participación en Salud**

Alocución Seminario "Participación Social en Salud Pública

¿Hacia dónde vamos?" 18 de enero 2018

*María Angélica Illanes*

7

Trayectoria de Dirigentes de la Salud. Entrevistas

*Miguel Barrientos, Sebastián Moller*

15

La participación social en dictadura: protagonismo popular

*Fanny Berlagosky, Antonio Infante, Isabel de Ferrari*

29

Auge y caída transitoria de la participación social en salud: Chile 1965-1973

*Antonio Infante, Sebastián Moller*

33

##### **Escenarios actuales**

Participación en salud: Análisis de interfaz socio-estatal y obstáculos para la colaboración entre los distintos actores de la salud en Chile

*Sebastián Moller, Javier Ugarte*

37

Tensiones y paradojas en los procesos de participación social en salud

*Nora Donoso*

47

Notas sobre Participación Social en Salud.

*Jaime Neira*

53

Participación social y toma de decisiones sobre cobertura en salud: una revisión

*Sofía Astorga-Pinto, Báltica Cabieses, Manuel Espinoza*

59

Participación en la toma de decisiones en salud y satisfacción de los usuarios de atención primaria chilena

*Paulina Bravo, Angelina Dois, María Paz Martínez, Luis Villarroel*

69

Formando profesionales de salud para la praxis comunitaria

*Juan Villagra*

75

<b>Experiencias de Participación: Subjetividades, Colectivos e Instituciones</b>	81
Presupuestos Participativos: posibilidades de democratización en la salud local. <i>Cristóbal Almonte, Andrea Peroni</i>	
Conversación sobre participación y salud con dirigente de base de la comuna de Recoleta <i>Miguel Barrientos</i>	87
Una experiencia de participación ciudadana en salud: hospital de Puerto Montt 2016-2018 <i>Consejo Consultivo Hospital de Puerto Montt. 2016-2018</i>	91
Desde la epifanía de otr@s a un nuevo trato terapéutico. Nuestra tentativa, las Narrativas Etno-Médicas <i>Nancy Ahumada, Ana Cares, Carolina Mancilla, Josefina Mandiola, Juan Osorio, Héctor Pefaur, Marisol Pérez, Paola Ramírez, Gloria Riquelme.</i>	95
Factores dinamizadores para la participación ciudadana en políticas de salud <i>Anselmo Cancino, Rodrigo Faúndez</i>	103
Enfoque de derechos en la práctica asistencial. Hospital Pediátrico Exequiel González Cortés <i>Fernando González, B. Montiel, P. Trujillo, B. Yarza</i>	111
Participación: de la academia a la gestión <i>Antonio Infante, Sebastián Moller</i>	119
 <b>CARTAS AL EDITOR</b>	
Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario y su eje transversal de Participación Ciudadana <i>Priscila Ahumada</i>	123
 <b>CRÓNICAS</b>	
Conformando un Consejo de Usuarios de un Centro de Referencia en Salud. Hospital Provincia Cordillera <i>Ernesto Méndez</i>	127
 <b>EVOLUCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA</b>	
Una vida de compromiso integral con la medicina social <i>Carlos Molina Bustos</i>	131
 <b>DOSSIER ALMA ATA</b>	
<b>Originales</b>	
40 años de Alma-Ata: ¿en qué mundos vivimos la salud pública? <i>Yuri Carvajal</i>	133
Atención Primaria Fuerte: historia, diagnóstico actual y propuestas para Chile <i>Camilo Bass</i>	137
Develando el valor social de la atención primaria en Chile <i>Ximena Barros, Alejandra Quiroz, Pamela Egniguren, Deiza Troncoso, Irma Vargas</i>	143
Resignificando la Atención Primaria <i>Jonathan Troncoso</i>	159

¿Nuevos roles de la medicina Familiar en la biomedicina contemporánea? <i>Jorge Pacheco</i>	163
Modelo Biopsicosocial: ¿Superación del reduccionismo biomédico o consigna polisémica impracticable? <i>Camilo Becerra</i>	167
<b>RESEÑAS</b>	179
<b>INSTRUCCIONES DE PUBLICACIÓN</b>	184

**Titles are given in Spanish and English.**  
**Las opiniones expresadas en los artículos son de responsabilidad de los autores.**



## Editorial

Antonio Infante <sup>1</sup>  
Sebastián Moller <sup>2</sup>

No resulta fácil hablar de participación social en estos días, en una sociedad en gran medida atomizada, centrada en el logro personal; en una economía en busca de consumidores y en un mercado de salud que busca clientes más que personas. Es por ello que hemos abierto esta invitación a mirar y repensar la participación en salud, partiendo por reconocer la experiencia acumulada en este sector.

Es el gobierno de Frei Montalva el que hace de la participación un eje de sus políticas, promoviendo las organizaciones de base tanto en el campo como en la ciudad y legislando al respecto. Hace algunos días se celebraban, por ejemplo, los 50 años de la ley de juntas de vecinos. La experiencia germinal en salud está relatada en estas páginas por el Dr. Patricio Hevia. Durante la Unidad Popular se profundiza el proceso participativo llevándolo al ámbito de la economía, de la distribución de alimentos y en salud a una mayor horizontalidad en la relación entre organizaciones vecinales y sindicales con la gente de blanco.

La Dictadura interrumpe este proceso institucional, proscribiendo las organizaciones sociales y prohibiendo cualquier intento de participación social a nivel poblacional. Sin embargo, en la historia y en la constitución de la red solidaria que luchó contra la dictadura se puede reconocer la influencia de la historia previa, haciendo posible un encuentro entre pobladores y profesionales en múltiples organizaciones tanto económicas como educacionales y sanitarias.

El retorno a la democracia desaprovechó los enormes avances en relaciones de confianza alcanzados entre organizaciones sociales y profesionales quienes ahora asumirían funciones directivas en el gobierno. Se prefirió la formalización institucional y consecuente burocratización de esas relaciones. Si bien la participación de hoy mantiene mucho de ese sello, hemos encontrado ciudadanos, profesionales y académicos tratando de darle otra impronta a la participación en salud.

Muchos de esos esfuerzos se han realizado desde intereses muy específicos que no han contribuido al levantamiento de nuevas redes, de nuevas prácticas asociativas que permitan atisbar una democracia sanitaria.

Las razones de la situación actual son diversas: la organización del sector ha separado los problemas de la salud pública y determinantes sociales de los del ámbito asistencial y el énfasis en participación se ha puesto en esta última área. La asimetría de información que existe en la tarea asistencial en salud hace muy difícil un diálogo entre pares, y allí donde se ha logrado, ha sido en torno a temas como la entrega de números para atención o la resolución de listas de espera.

El sector salud no tiene hoy y tampoco ha generado, un espacio donde la población organizada pueda discutir sobre políticas públicas prioritarias para ellos como saneamiento, deporte, alimentación, drogas y otros temas. El problema se complica más por la atomización institucional en que ahora los diferentes temas tienen dependencias específicas como el SENAMA en adulto mayor; el SENDA en alcohol y drogas; el SENADIS en discapacidad y, ahora último, la institucionalidad de Infancia. Probablemente la convocatoria institucional que puede intentar conversaciones integrales sobre la realidad de los vecinos es la del Municipio y eso no ha estado en sus prioridades más allá de lo clientelar.

En estas páginas no se escribe sólo desde la academia o desde la institucionalidad sanitaria. Los mismos usuarios, o pacientes, también están interpelados. En ellos se encuentran las experiencias de vida y asociativas que re-únen aquello que la institucionalidad ha fragmentado. Pero son ellos también los que deben afirmar y reclamar el reconocimiento de sus experiencias en el espacio público.

Esta es, en fin, una invitación a abrir ese espacio, a dar cabida a nuevas relaciones y cooperaciones entre los distintos actores de la salud para, desde allí, generar la política de participación en salud.

1 Médico Salubrista. Correspondencia a: ainfantebarrros@gmail.com

2 Sociólogo. Doctorante en Ciencias Políticas y Sociales, Universidad católica de Lovaina, Lovaina la Nueva, Bélgica



# Alocución Seminario Participación Social en Salud Pública ¿Hacia dónde vamos? 18 Enero 2018

Seminar speech  
Social Participation in Public Health: where are we going?  
January 18, 2018

María Angélica Illanes <sup>1</sup>

**E**s un honor para mí estar con todos ustedes que trabajan tan cerca de los seres humanos; es un honor para mí estar con mi amigo Antonio quien se ha comprometido por tantos años con la salud pública del país y es un honor para mí estar con doctores que han sido una fuente de inspiración en mi investigación histórica.

Hace un par de años un estudiante de la Universidad Austral hizo su tesis doctoral; en ella su corpus de investigación fueron los *Cuadernos Médico Sociales*, gran revista, donde se puede conocer la trayectoria del pensamiento sobre la salud social comunitaria en Chile. Desde esta perspectiva de su trayectoria, es muy interesante constatar el hecho de que los *Cuadernos Médico Sociales* comienzan antes de la dictadura, cuando la medicina social estaba en auge; luego enmudece con un largo receso correspondiente a la dictadura, para luego retomar su edición en la post-dictadura, buscando reencontrar el hilo de su pensamiento. La vida que ha tenido esta revista la transforma en una fuente muy valiosa y en una matriz de referencia sobre el proceso vivido por la historia de la salud pública y comunitaria en Chile, desde el último cuarto del siglo xx hasta la actualidad.

No sé si podre dar respuesta a todas las preguntas que a ustedes les embargan y que nos inquietan a todos. El problema de la salud pública, el tema de la participación social, es algo que nos preocupa. Esta pregunta por la participación social está enlazada con la pregunta por la democracia: que democracia queremos, que democracia construimos y en que democracia estamos. Respecto de esta pregunta, desde ya me atrevería a decir que hoy vivimos en una república en la que la mayoría aspira a una democracia-real.

Pero esta preocupación por la participación o por la democracia, es una pregunta y una preocupación de larga data... Podemos encontrar esa inquietud escrita en poemas populares de principios del siglo XX, junto a la admiración por los grandes avances tecnológicos, que en ese tiempo era el vapor y la electricidad, como un gran logro de la civilización humana; logro insuficiente. Un poeta nos dice: “Nos queda una tarea pendiente por hacer y es construir la verdadera democracia”. Que esa era la tarea del siglo veinte, dijo y, efectivamente, fue una bandera que se tomó con mucha seriedad a lo largo de todo el siglo XX.

A pesar de las importantes experiencias democratizadoras vividas en la década del 60 y primeros años del 70, lo inquietante es que esta pregunta o esta tarea de construir la verdadera democracia que se nos planteó a principios del siglo XX, creo que la misma pregunta y la misma tarea es la que tendríamos ahora a principios del siglo XXI: construir la “verdadera democracia” y, especialmente, definir que es “lo verdadero” y que es “lo falso” de una democracia; en este sentido, la *democracia histórica* porta una contradicción

---

Recibido el 14 de agosto de 2018. Aceptado el 23 de agosto de 2018.

<sup>1</sup> Historiadora. Correspondencia a: mariangelicaillanes@gmail.com

expresada en estas determinaciones de verdadero o falso. Nos interesa aquí recoger algunos de estos conceptos, experiencias y algunos idearios que definan lo que podría ser una “verdadera democracia”. Podríamos desde ya decir al respecto que una “verdadera democracia” no dice relación con un régimen electoral, sino que dice relación con los propios contenidos de su nombre: una democracia como un gobierno del pueblo o social-participativo.

Esta pregunta por la “verdadera democracia” es una pregunta muy vigente en estos momentos, después de las campañas presidenciales que hemos vivido, presentadas como ofertones de programas “quien da más”, semejando ofertas de Ripley o Falabella; ofertones vaciados de planteamientos y reflexiones sobre el carácter de nuestra sociedad y sobre posibles caminos a seguir para profundizar nuestra democracia y construir una sociedad más amable, justa, igualitaria y humana.

Mi hipótesis sobre este momento político-social, es que somos una sociedad que está amplia y pasivamente incorporada a las instituciones (asistenciales, educacionales, de salud) como “beneficiarios o bonificarios”, sometidos a un alto control social vertical, pero que somos una sociedad profundamente *desintegrada*, no sólo desde el punto de vista social sino, especialmente, desintegrada desde el punto de vista social y político: no nos encontramos con nuestro sujeto colectivo, con nuestra comunidad, hemos extraviado cualquier sentido de pertenencia, no nos sentimos partícipes de nuestra historia, no sabemos cómo se construye nuestra sociedad, no sabemos que somos nosotros quienes realmente construimos la historia: vivimos inmersos en esta alienación colectiva que reproduce la desintegración. Cuando no sabemos que somos el pueblo o nosotros mismos colectivamente quien construye su historia y no participamos consciente y creativamente en ello, entonces somos presa fácil para ser objetualizados pasivamente para fines exclusivos de orden institucional y/o electoral de cualquier signo.

No existe régimen de poder que no trabaje por generar un determinado “orden de incorporación y articulación social” que, con sus variantes, puede ser más/menos vertical-pasivo o democrático-activo. A nuestro juicio, desde la dictadura y la post-dictadura hasta ahora, los gobiernos han trabajado y han puesto todo el énfasis en generar un “orden” verticalmente proyectado, planificado y dirigido, con el fin de generar un rígido control institucional de y sobre la sociedad civil -a nombre de su bienestar-, evitando la participación real,

activa, creativa de un sujeto colectivo consciente de su historia y de los desafíos de su porvenir. Al parecer, hemos sido convertidos en objeto para una *incorporación pasiva* a una “sociedad verticalmente dirigida” que, de este modo, se organiza como un corporativismo institucional.

A partir de esta preocupación del presente, hace algunos años quise realizar una investigación que me permitiera revisar y recuperar el pensamiento de algunos *ideólogos de la participación* o de la “democracia verdadera” que se expusieron teórica y prácticamente en la década del sesenta en Chile y SudAmérica, cuyo pensamiento me interesa exponer aquí.

Sin embargo, antes de ir hacia ellos, yo quisiera poner sobre la mesa esa gran experiencia histórica, siempre vigente, de las sociedades obreras las que, a mi juicio, son las fundadoras de la salud social familiar y comunitaria. Ellas crean su propia salud con estas variantes: social, familiar y comunitaria, y surgen como resistencia (es importante saber cómo surgen las cosas, para darnos cuenta cual es la energía que portan) a un orden y sistema de salud caritativo filantrópico que definimos como una política social que se dirigía e intervenía los cuerpos a través de un servicio al otro en el que éste carecía de todo “derecho”. Lo que al respecto quisiéramos recoger es que la resistencia a la carencia de derecho origina otra salud alternativa que busca generar un servicio en otra dirección: comunitario, social, familiar, popular; generar un sistema de salud que no trabaje con pacientes, sino con *miembros de la comunidad* quienes están enfermos, dañados, pero que, al pertenecer a esa membresía social, adquieren plenitud de derechos. Estas son categorías fundamentales que tenemos que poner sobre la mesa al considerar la participación social en salud.

Es decir, el sistema de *salud social comunitario familiar* es un sistema que históricamente emerge para *resistir* a un sistema de salud que trata a sus seres cuidados como seres inactivos, pacientes (hoy día a veces como clientes) y que necesitan volver a trabajar y estar sanos en el seno de su gente, no solo como derecho abstracto, sino que como un derecho en tanto que *miembros*. A menudo hablamos de los derechos en términos puramente legales. En realidad, el ser miembro de una comunidad es lo que otorga el derecho. Así, aquel grupo de obreros y artesanos buscó trabajar para revertir la “salud sin derecho” generando en lo inmediato -pues no hubo una gran construcción teórica al respecto-, lo que podría ser un sistema de salud comunitario, generando en la práctica un nuevo

modelo como un régimen democrático participativo en salud, el que tenía tres pilares básicos que convendría hasta hoy considerar al hablar de *participación en salud*:

1. Una *comunidad organizada* quien es la que se apropia de su cuerpo como una entidad propia y sujeta a una política social comunitaria. En torno este pilar fundamental, se levantan una serie de conversaciones y de prácticas en el seno de la comunidad organizada, generando relaciones horizontales, desde la base, en función de la misión del cuidado de su salud. Esta es la experiencia histórica en el mundo occidental y que en Chile duró 70, 80 años. Hace poco tuve la sorpresa de encontrarme con que todavía están vivas algunas de estas sociedades; todavía existe, por ejemplo, la *Sociedad Protección de la Mujer*.

Es así como la sociedad obrera es la que asume el cuidado espiritual-corporal de su miembro enfermo. El concepto de cuidado aquí contempla mucho más que un tratamiento; es un concepto más integral y transformador. Es la asociación la que asume el cuidado espiritual y corporal del enfermo como primer pilar del sistema.

2. El segundo pilar es la existencia de una *caja social de previsión* como pionero sistema de previsión social histórico. Es muy importante que una comunidad genere sus propios recursos. Aunque no sean muchos; la asociación se empodera de ello, lo que le otorga poder de decisión: cómo administrarlo, cómo invertirlo. Con esa caja ellos pagaban los médicos que contrataban, los medicamentos y las hospitalizaciones. Es interesante considerar que este ahorro era *obligatorio en cuanto se pertenecía* a la sociedad, formaba parte de la esencia de su membresía y, por ende, era una obligación particular. (hoy día, en materia de previsión social, es la cuestión de la *obligatoriedad* general el gran nudo de la cuestión, habiéndose transformado esta exigencia en el gran botín del neoliberalismo. El problema hoy no es sólo el sistema de previsión, sino básicamente la *obligatoriedad* legal de pertenecer a uno de ellos, la AFP, transformado en sistema universal. Si apuntamos a la *obligación*, se toca el sistema automáticamente).

3. En tercer lugar, esta salud social comunitaria y familiar trabaja sobre un pilar fundamental que es la *visitación*: la visita a la casa de los enfermos por parte de los propios miembros de la sociedad. Distribuido el territorio que abarca la sociedad, la visita genera el diagnóstico y el cuidado social, como expresión de una *política de salud* más integral. Lo podríamos identificar hoy como un servicio social popular en terreno. Esa visita es

clave, sin eso no hay salud comunitaria. La visita genera pertenencia, seguridad, sentimiento de protección, sentido de sociedad e integración.

En otros trabajos he planteado la hipótesis de que la política de salud no es solo una política de salud, sino que dicha política es también una vía para construir un *modelo de sociedad* determinado. A menudo se piensa en términos de política de salud como una política muy específica; no, a través de ella se construye un “modelo de salud” como una parte muy constitutiva de un determinado “modelo de sociedad”. Justamente, por ejemplo, los artesanos se resistieron al modelo de salud caritativo porque a través de él se construía también un orden dicotómico en la sociedad, basado en una vertical desigualdad. Pues el modelo de orden social no solo se construye a través de las relaciones sociales de producción, sino que dicho orden se modela muy significativamente a través de su inscripción en los cuerpos, como diría Foucault. Cuando te dicen “Ud. no tiene derecho a exigir calidad en salud”, te están otorgando un rango social determinado, al paso que se está construyendo una sociedad basada en esa dicotomía negativa discursiva y práctica. Cuando nos preguntamos qué tipo de sociedad estaban construyendo estos artesanos, obreros, obreras, que durante 70 u 80 años se apropiaron de sus espíritus o sus cuerpos, ellos estaban claramente construyendo un modelo de sociedad basada en el principio de la *igualdad humana*. Hoy se habla más bien de “equidad”, de “igualdad de oportunidades”: nuevas nomenclaturas para velar la idea de igualdad y llevar el concepto a la economía, soslayando su carácter ontológico. Lo que buscaban esos artesanos y obreros (paradigma y encarnación real y simbólica de un proyecto social y político de larga data en Chile) era una sociedad sustentada sobre un principio de *igualdad en términos de condición humana*; por ello la primera sociedad se llamó “Sociedad de la Igualdad”.

Claro que, obviamente, un ideario de sociedad que busca modelarse en general, no puede permanecer encapsulada en pequeños grupos. La igualdad que las sociedades habían construido adentro, tendría que proyectarse en el afuera social. Entonces surgió la inquietud de estos poetas populares por la “verdadera democracia” como el gran tema y tarea política al despuntar el siglo XX. De hecho, todas las asociaciones del movimiento obrero de los años 20 siglo XX, plantearon proyectos políticos que tenían como pilar el concepto de igualdad, de justicia.

La respuesta institucional de ese tiempo

consistió en levantar por la fuerza un modelo centralizado de salud pública, que tendió a absorber a las sociedades obreras en su interior a través de un concepto y práctica de *obligatoriedad de la previsión obrera en el Estado*, lo que significaba debilitar las propias cajas de las sociedades autónomas y decretar su muerte progresiva. El nuevo *Estado Previsional* les prometió desarrollar una política de igualdad, de justicia, de protección social, de pertenencia al estado que buscaba su bienestar como gran misión de la Nación. Esa fue la gran promesa planteada por el estamento médico y la clase política en el año 1925 y el año 1950, momento en que se consolida esa propuesta.

Con toda la buena intención de este *Estado Asistencial de Previsión Social* y de este proyecto de Nación, de todas maneras persistía un determinado ADN en los servicios de beneficencia y, por ende, en los servicios públicos: un ADN caritativo filantrópico para la atención de los pacientes, un régimen de atención de salud para pobres, lo que era una involución respecto de las prácticas de salud en las sociedades, las que percibieron su muerte próxima. Los obreros, inicialmente, tiraron bombas al ministerio de salud, pero después tuvieron que aceptar el nuevo sistema y, reiteradamente a lo largo del siglo, exigieron democracia en la administración de los fondos previsionales y en la política de salud; exigieron participar del sistema.

La bandera de la “verdadera democracia” que era la “bandera de la participación” como gran reivindicación histórica, fue levantada con altura y firmeza en los años de 1960. En palabras del sociólogo Diego Palma:

En los 60 la participación se proponía como un imperativo ético. La sociedad justa no era solo aquella en la que los beneficios se distribuían de forma más equitativa, sino básicamente se trataba de la convivencia en la que todos habrían de compartir responsabilidades y decisiones”(1).

En aquellos años 60 los procesos históricos en toda América y el mundo estaban levantando con urgencia o requiriendo teorías político sociales que orientaran la construcción de una “verdadera democracia”; se trataba de construir una nueva democracia, una democracia social, participativa como un gran experimento político sudamericano. Aunque muchos de estos conceptos fueron definidos por algunos sociólogos belgas llegados esos años a Chile, dicha formulación conceptual emergió desde la propia experiencia Sudamericana.

¿Cómo se definió y cómo surgió la participación

popular? ¿Desde el seno de la sociedad civil o como fruto de la intervención de una voluntad política fuera de ella? ¿Cómo se concebía el rol del Estado y de las instituciones en este proyecto de sociedad participativa? ¿Cómo impactan esas ideas y políticas de participación social en el campo de los saberes, de las profesiones, de la medicina, del servicio social?

Es decir ¿cuál es la relación que se establece, en un determinado momento histórico, entre ideología, saber y acción profesional? Nosotros planteamos que si bien la participación popular se gatilló y exigió desde el movimiento social y desde la efervescencia popular de los años 60, esta participación fue favorecida y estimulada simultáneamente por una serie de elementos externos al movimiento social, proveniente del ámbito cultural, estatal, eclesiástico, profesional, etc., todos los cuales contribuyeron a crear lo podríamos identificar como una “*ideología participativa*” que se va a expresar en una práctica política de “inducción participativa” en el seno de la sociedad civil o del pueblo. Esta ideología e inducción participativa impulsada por fuera y junto al movimiento popular, no solo delineó una nueva forma de concebir la política social, sino que concibió un nuevo orden político-social que surgiría como fruto de la transformación del carácter de la democracia; transformación que no emanaría de un modelo político abstracto, sino que emergería desde la base social organizada y participante. La participación era la piedra basal desde la que brotaría la consciencia social, la pertenencia y la ciudadanía política, generando una “democracia participativa”, concebida como un régimen basado en la toma social de decisiones a nivel discursivo y práctico.

Esta ideología participativa buscaba superar la marginalidad, que en ese momento se diagnosticaba como el gran problema de la sociedad en SudAmérica. Una de las vías fundamentales para superar la marginalidad era la participación la que, así, era mucho más que una política específica de un área de la política social: *la participación era una categoría de construcción y proyecto político*.

Así, desde el ideario participativo surge una serie de discusiones y de iniciativas. En Santiago, por ejemplo, el año 1959 (el mismo año de la revolución cubana) se creó en la Universidad Católica la primera Escuela de Sociología donde se va a comenzar a plantear la “ideología participativa” como fundamento de una nueva democracia y de una nueva comunidad.

Sus profesionales trabajaron elaborando lo que

conocemos como ideología participativa de visión cristiana, planteando que no había posibilidad de desarrollo humano de la persona si no estaba en diálogo con otra, y que este diálogo iba generando una integración horizontal de uno con el otro. Este diálogo que se daba a nivel personal, también se podría dar a nivel social, a partir del principio y la práctica de la *solidaridad*, llamada a construir una nueva sociedad, una “nueva democracia”, concebida como diálogo en participación social y definida como la construcción consciente y organizada del pueblo en los planes y proyectos de desarrollo nacional y local. Así, la nueva democracia se concibe como participación en la toma de decisiones de planes y proyectos.

¿Cuál era el rol que le cabía al Estado en esta ideología participativa cristiana? Al Estado le cabía el rol de subsidiaridad, pero se trataba de una “subsidiaridad política”: el Estado se debía preocupar de la unificación de la sociedad, de generar una sociedad integrada con vista a un fin común. Se planteaba que, debido a la imperfección humana, la unidad no se realizaba espontáneamente; ese era el rol del Estado, de subsidio para estimular a las bases para que tomaran responsabilidades por sí mismas. Las funciones del Estado consistían en la coordinación, la orientación, la organización y la integración, para lo cual el Estado debía poner a disposición de la base todos los recursos posibles para estimular su acción y su organización. Como vemos, no hay aquí un subsidio económico propiamente tal, sino una subsidiaridad política en vista de la construcción de un cuerpo orgánico y bien estructurado, llamado a trabajar por el bien común.

Armand Mattelart, un joven sociólogo de 28 años, profesor de la Escuela de Sociología de la PUC, el año 1965 publica un texto que se titula “Integración nacional y marginalidad”, donde ofrece los resultados de su investigación y reflexión en torno a la relación entre *integración y participación*, desde una opción Sudamericana. El autor define el concepto de integración como participación, distinguiendo dos aspectos de la participación: a) la *participación pasiva* y b) la *participación activa*. Define la *participación pasiva* como la participación en el goce y el aprovechamiento de todos bienes materiales e individuales, mientras la *participación activa* la concibe como la participación en el proceso de decisiones que afecta la vida de un país. Esta distinción va ser muy fructífera a fines de los años 60 y en los 70. (Creo que hoy en día experimentamos un proceso de participación o incorporación pasiva). Ambos aspectos de

la participación, dice Mattelart, convergen en la participación en el *poder* (concepto que después va tomar la Unidad Popular), en tanto capacidad de influir activamente en el funcionamiento de la vida en sociedad.

Se plantea, en suma, que la participación va a significar ejercicio de poder: esta idea de la *participación como poder social* va a tener gran importancia en los planes de “promoción popular” (DC) y en los discursos y prácticas sobre “poder popular” (UP). Mattelart planteaba que las sociedades latinoamericanas en ese momento -a diferencia de hoy día, al menos en Chile- estaban viviendo un proceso de creciente integración y de demanda de participación. En ese momento de los años 60 y 70, ese era el camino que se planteaba para poder llegar a la “democracia verdadera”: fundada sobre un sentido de responsabilidad y participación colectiva, generadora de pertenencia e integración.

Otro concepto muy importante en ese momento, vinculado a los anteriores, fue el concepto de *desarrollo*, entendido no sólo en términos económicos, sino principalmente como “desarrollo social”: como capacidad de las sociedades de generar sujetos activos en términos de participación; sociedades generadoras de iniciativas de desarrollo desde la base social: sólo esto nos iba a permitir llegar a ser sociedades desarrolladas. Se plantea, así, un cuestionamiento a la visión “cepaliana” del concepto desarrollo, concebido en términos puramente económicos.

La participación activa, dice Mattelart, despierta al individuo, a la conciencia de su ser y su capacidad de dirigir y cambiar la historia; ocurre, dice, un fenómeno de identificación con el grupo y la comunidad. Como resultado, una mayor integración se expresa en un ejercicio de poder que abarca todas las esferas de las actividades del individuo, desde el trabajo hasta la política. La participación en salud, entonces, fue un campo importante en este sentido de empoderamiento social.

Es este modo de vida democrática participativo la que daría contenido real a la democracia y en esto consistió la política popular de los años 60 y 70: se generó una significativa cantidad de organizaciones, centros culturales, asociaciones de padres, centro de madres, juntas de vecinos, sindicatos; toda la sociedad estaba, de alguna manera, organizándose en microcuerpos sociales, cuerpos intermedios -como se les denominó- y el punto final de esa participación en el modelo de promoción popular era la mesa de diálogo que se tenía que producir entre estas organizaciones y los técnicos, los profesionales, para poder generar juntos

el desarrollo, en dialogo comunitario.

Una tercera teoría de la participación la formula Paulo Freire, en sus textos “La educación como practica de la libertad” (1967) y “La pedagogía del oprimido” (1970), donde va a sentar las bases de una teoría social participativa activa, como fundamento del concepto de integración. Freire es hegeliano, dialéctico, por lo que en vez de visualizar una simple dicotomía “integración versus marginalidad”, él va a considerar el proceso de integración como un momento de la conciencia y de la historia, el momento en que el sujeto oprimido va tomando conciencia de su ser y su existencia en el tiempo, en la historia y lo hace recogiendo lo que hereda, lo que incorpora y modifica; su condición histórica y su despertar de conciencia le hace participar de una cadena creadora de su mundo.

Freire distingue dos sociedades: la “sociedad cerrada” y la “sociedad abierta”. La “sociedad cerrada” equivale a lo que Mattelart identifica como una sociedad pasiva, una sociedad que recibe pasivamente lo que le dan, lo se le ofrece, que no genera cambios, sino que está siempre buscando el beneficio de sí misma; es una sociedad silenciada, la historia pasa fuera de ella. Por el contrario, el concepto de “sociedad abierta” se asocia con la democracia, con la critica, con el dialogo, con la creación, es el sujeto histórico que emerge de su inmersión acrítica anterior y donde el cambio es conducido por el dialogo social, empapado de utopía. Se trata de un optimismo crítico, en el sentido de un *estar conciente de poder crear nuestra sociedad*, lo que efectivamente hacemos. En Freire esta emergencia activa supone y exige la participación o la presencia activa del pueblo en su proceso.

Freire critica la política que establece una relación pasiva con el pueblo, considerado como objeto, sustrayéndolo de su participación responsable como condición existencial de su ser; se requieren, dice, soluciones con el pueblo y nunca simplemente para el pueblo.

Una participación responsable supone la inserción critica del sujeto en el proceso histórico a través de la *educación liberadora*. Freire da mucha importancia a la pedagogía, a la educación. Plantea que el pueblo no va a participar espontáneamente, sino que tiene que ser educado a través de lo que identifica como “pedagogía liberadora”, una pedagogía que llama a los educandos a descubrir sus capacidades, a despertar su conciencia crítica, creadora, realizando una reflexión sobre sí mismo y sobre su tiempo, sobre sus responsabilidades, sobre su papel en la nueva cultura de la época; una educación que despierte la conciencia sobre

su propio poder. Es este dialogo del hombre sobre su mundo, sobre sus desafíos, sobre su problemas, lo que lo hace histórico, participativo y constructor de la “verdadera democracia”. Es un momento en el desarrollo de la conciencia que se corresponde con la verdadera matriz de la democracia, concebida en Freire no sólo como un régimen político, sino como una forma de vida.

Es decir, en Freire el concepto de integración opera en este sentido: como una participación en la transformación del mundo, para lo cual el sujeto primero tiene que saber cuál es su rol, saber en qué mundo habitamos a través del acto de recuperar las conversaciones acerca de lo que estamos viviendo. La integración, diría Freire, es necesariamente activa y participativa y la relaciona con una democracia que se construye desde su fundamento social.

Así, esta pedagogía liberadora va a levantar otro concepto fundamental en Freire: el concepto de *concienciación* que es fruto de ese despertar, de esa pregunta sobre cuál es nuestra realidad, acerca de cual es nuestro mundo, acerca de qué es lo que queremos cambiar, cómo lo podemos cambiar y cómo podemos iniciar las conversaciones en pos de ese cambio. Eso es “concienciación”.

La “Pedagogía del oprimido” se aplicó, como sabemos, en los años 60 y pp en los 70 en toda SudAmérica. En Chile, muchos jóvenes participamos como monitores. Tuvimos la experiencia de trabajar con una pedagogía popular que fundamentalmente nos ayudaba a mirarnos a nosotros mismos y enseñaba a leer y escribir al pueblo, como una alfabetización que se aprende desde su propia experiencia de vida.

Con estas formulaciones disponibles acerca de la participación y la democracia social, la Unidad Popular hizo suyo el concepto de “poder popular” en los años 70, buscando potenciar la participación desde la base del pueblo. Era el momento propicio para que también los servicios de salud generaran una política social participativa, buscando relacionarse directamente con el pueblo y sus necesidades. La salud pública, antes como ahora, estaba colapsada... entonces surgió la necesidad de convocar a la comunidad a participar en los trabajos de salud poblacional. Primero se incorporó a la juventud universitaria a actuar en política sanitaria de emergencia; los estudiantes tuvimos una capacitación en la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile y salimos a diagnosticar, a hospitalizar de urgencia a los niños desnutridos de las poblaciones. De esta iniciativa de participación en emergencia de salud, surgieron en la Unidad

Popular las Brigadas de Salud como instancias y orgánicas más permanentes, organizaciones generadas democráticamente desde la comunidad y legitimadas institucionalmente como cuerpos intermedios de los aparatos de salud. Estas Brigadas comenzaron a ejercer importantes tareas en materia de prevención, de educación sobre las enfermedades, de vigilancia higiénica, incluso interviniendo en temas de sanidad de los animales en la población. La Brigadas de Salud se concebían como un trabajo participativo en prevención en salud poblacional a nivel territorial.

A esta acción de organización y participación social en el campo de la política de salud, el cuerpo médico denominó “salud comunitaria”. Un concepto que nos habla del ideario político-social más importante de ese tiempo: el afán de construir comunidad transformando, por esa vía, la democracia, transformado la sociedad. La salud comunitaria, a través de su trabajo cotidiano y con los pies bien puestos en la tierra poblacional, buscaba generar una sociedad democrática, participativa e integrada, cual era el gran proyecto político de los 60 y 70.

Como sabemos y lo vivimos, este proyecto democrático comunitario fue interrumpido por el golpe del 11 de septiembre de 1973. Lo más impactante de ese golpe civil/militar no fue solo descabezar todo el sistema político existente desde la fundación de la República, eliminar los líderes de esa república democrática y generar terror en la población, sino también y muy fundamentalmente, desmovilizar y desorganizar al pueblo desde la base. Entonces se pierde toda esa energía social, toda aquella iniciativa, toda esa experiencia participativa, todo ese conocimiento generado en la base comunitaria se va perdiendo con los años.

A partir del retorno a la nueva república pro-democrática en los años 90, hemos estado esperando recuperar esos procesos democráticos que quedaron en suspenso. Muchos pensamos y creímos que la transición a la democracia consistía en un compás de espera necesario, antes de recuperar los procesos democratizadores que habíamos estado viviendo antes del 11 de septiembre de 1973. Sin embargo, la verdad es que la experiencia histórica nos muestra que nunca se puede volver simplemente atrás y menos cuando están todas las hebras del tejido roto, dispersas, desarraigadas...

Somos un tejido roto, pero que, manteniendo su rotura, ha seguido tejiendo su tela, viviendo intensamente su actual contradicción: la de ser, por un lado, una sociedad institucionalmente incorporada al mercado, de salud, de educación, etcétera y, por otro lado, una sociedad profundamente desintegrada. Vivimos, desde esta disintegración, así lo creo, en una falsa democracia, por lo que, en este comienzo de siglo XXI, tendríamos que levantar nuevamente la bandera de principios de siglo XX en pos de una “verdadera democracia”.

Pero la raíz del árbol secular permanece. A pesar del tejido y el olvido duermen en el vacío, donde todo se puede volver a despertar y generar. Debemos comenzar a buscar y regar la raíz de nuestro árbol plantado en este vacío. Así podríamos encontrar la determinante social originaria en salud que es, sin duda, la comunidad; debemos recuperar su capacidad organizativa, generativa y de resistencia para poder participar en los cuidados de la salud de los cuerpos, mancomunadamente con los aparatos de salud, insertando a la comunidad al “programa de salud comunitario familiar” para que este programe desarrolle y realice su concepto.

Las teorías participativas y la experiencia histórica están sobre la mesa, tenemos los ingredientes para construir una sociedad democrática y participativa, como lo enseñaron los obreros de antaño y los teóricos de los 60 y 70. ¿Cuáles son estos ingredientes? Una comunidad territorial organizada, un diálogo permanente entre la comunidad y los funcionarios, un organizado régimen de visita, un sistema de diagnóstico precoz, un servicio social en terreno y una red social territorial y vecinal. Ahí, por ejemplo, está la Junta de Vecinos como un fantasma de otro tiempo; aprovechémoslas de norte a sur.

Desde la experiencia histórica de la salud social y comunitaria, podemos comenzar a construir una democracia verdadera.

Gracias.

## REFERENCIAS

---

1. Palma D. La participación y la construcción de ciudadanía: Documento de Trabajo N° 27. Santiago, Chile: Centro de Investigaciones Sociales, Universidad ARCIS.



# Trayectoria de dirigentes Poblacionales de la Salud. Entrevistas

Career of population health leaders. Interviews

Miguel Barrientos<sup>1</sup>  
Sebastián Moller<sup>2</sup>

**E**l 29 de Junio de este año 2018, nos reunimos, en dependencias del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, con cinco dirigentes poblacionales del sector Suroriente de Santiago para conocer los caminos que los han llevado a participar en el área de la salud.

## JUANA DE DIOS VERA CAMPOS<sup>3</sup>

Juana: Bueno, yo de primera trabajé en un sanatorio, con enfermos. Entonces una como que le nace eso de la ayuda; ayudo a mis vecinos, a veces traigo a mis vecinos o vecinas a control al hospital, retiro remedios. En toda esa parte me doy vueltas y si veo alguien en mi población, alguien que necesite ayuda, yo lo ayudo con lo que puedo ¿ah? Y siempre he sido así. Bueno también está el tema que puede haber sido por el fallecimiento de mi marido, porque el sistema, de Salud no está bien, yo dije voy a integrarme aquí porque mi marido falleció por negligencia también, que no lo trajeron al tiro de allá, aquí al Sotero, y de aquí al Hospital de Carabineros. El médico de allá, no lo mando aquí, esperó, esperó, y esperó, cuando mi esposo llegó aquí ya no había caso. Esa parte me motivó, yo dije, este sistema está malo y hay que trabajar y voy a ocupar todo mi tiempo en que el sistema cambie un poquito.

Sebastián: Se integró entonces al CDU ¿Cómo fue eso?

Juana: ¡Bien! Ha estado bien, hasta ahora estoy allí como tesorera. Hacemos reuniones, estoy en el Comité de Reclamos, que ahí vemos todos los reclamos que llegan ahí, se leen, después se hace, según el reclamo si está bien o mal. Yo siempre estoy poniéndole ahí, soy media...hay que ser así porque el sistema de una manera u otra tiene que cambiar. A lo mejor no es la culpa de los trabajadores del hospital, pensé, sino que es el sistema, y sigo luchando, sigo luchando con la gente.

Sebastián: Usted lleva mucho recorrido en participación ¿Cuál ha sido su mayor pena o mayor frustración, en el objetivo de cambiar el sistema como usted dice?

Juana: A veces pienso que aún no está cambiado, aún la atención al usuario no es como debe ser, siempre está la cuestión del maltrato, la atención, bueno, es no se po' falta todavía esa parte. La otra vez luché tanto para que hicieran capacitaciones a los funcionarios, en temas de trato. La capacitación es lo principal, cuando yo trabajaba en el servicio nos capacitaban 2 veces al año, sobre cómo teníamos que tratar al paciente, porque trabajé acá en Santiago con público también. Cómo tratar a los enfermos, cómo hay que tratar al público del Hospital, cómo se debe tratar a las visitas en el Hospital, que vienen a ver a los enfermos, entonces a nosotros nos hacían capacitaciones.

Sebastián: ¿Usted dice de cierta forma que el tema del trato ha ido empeorando? Porque cuando usted trabajaba no era de la misma forma que ahora...

Juana: No, nosotros teníamos una sección, esa sección tenía un jefe o jefa, nos decía entrando, si usted tiene problemas deje sus problemas afuera; porque todos teníamos y tenemos problemas. Pero, el problema

Recibido el 5 de octubre de 2018. Aceptado el 5 de octubre de 2018.

1 Sociólogo. Universidad Academia de humanismo cristiano. Correspondencia a: mbarrientos@gmail.com

2 Sociólogo. Doctorante en Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Católica de Lovaina, Lovaina la Nueva, Bélgica. Correspondencia a: sebastian.moller.z@gmail.com

3 Consejo de Desarrollo de Salud del Hospital San José de Maipo

queda afuera y usted entra solo. Porque las personas que vienen al hospital no es culpable de sus problemas. Si usted viene a ver a una persona de edad y esa persona le hace una consulta pero, esa persona viene enferma, con problemas, con quizá que situación... con el maltrato en su hogar, si uno está en una ventanilla, y le contesta mal, ¿cómo se siente esa persona? Se siente mal. Porque a uno no le gustaría que le contestaran mal.

Miguel Barrientos: ¿A qué se debe, cree usted que se ha desmejorado el trato, a que siente usted que se debe? Y lo segundo, eso de cambiar el sistema, ¿cómo cree usted que se ve el compromiso de la gente? ¿Es bueno, más o menos, cuesta organizarlo, como es el compromiso en su zona?

Juana: Con lo del trato, el problema es que llega gente joven a trabajar y no llegan bien preparados. Las chiquillas alegaban “ay pa’ que voy a hacer esto si me pagan poco”, y eso no me parece porque si yo llego a trabajar en una parte, me hacen un contrato y ya sé que voy a ganar tanto ¡pero el trabajo lo tengo que hacer! Aunque me paguen mucho o poco, hay que hacerlo, entonces como le digo la juventud no está bien preparada. No me refiero a la gente antigua, es la gente nueva que va entrando... Yo le decía a la directora, que las chicas se quejan “ay no, si gano poco”, pero yo le decía mi jefa “bueno yo estuve 2 meses cuando empecé a ad honorem, ¡para que me pudieran contratar!”. Ganaba en esos años 50 pesos al mes, pero yo el trabajo tenía que hacerlo, y yo sabía que iba a ganar 50 pesos, pero el trabajo tenía que hacerlo bien.

Sebastián: Hablamos de su mayor frustración, pero ahora hablemos de su mayor logro, de lo que conserva así con orgullo... en la participación en el consejo o junta de vecinos, algo positivo.

Juana: Sí po, que se han logrado, por ejemplo, en el CDU conseguimos que les hicieran las capacitaciones a los funcionarios. También lo otro, que siempre lo hablamos, era de las comidas que le servían a los enfermos. Porque yo subía una vez a la semana, y veía que le dejaban el plato allí al enfermo, las moscas bailaban cueca arriba de la comida. Las chiquillas venían a darle la comida, pero a veces pasaba la niña que recogía los platos, se llevaba el plato y la persona quedaba sin comer. Así que un día le expliqué a la directora el problema de la comida. Porque muchas veces yo estuve ahí y alimenté a los enfermos, como voluntaria de las Damas de Rojo, entonces la directora puso un reforzamiento: si la chica de los almuerzos atendía a otro enfermo, otra persona asistía a quienes no podían comer por sí solos.

Estuvo bien bueno, ahora tienen otro sistema que les entregan bandejas, tapaditas, que van con la comida recién hecha; calentita para entregarlas en la bandeja y eso me tiene bien contenta. Yo catetié con don Luis, y como yo iba al sanatorio yo veía eso y me daba pena, pensaba -esa persona quedó sin comer, está tomando remedios y no se puede mover- Entonces yo volvía para la casa como con cargo de conciencia.

Sebastián: O sea usted la misión que tenía era humanizar a este monstruo... al centro hospitalario y usted participaba en las damas de rojo.

Juana: Si ya me retiré, hasta el año pasado. Me enfermé no pude seguir yendo, pero fui una de las fundadoras de las Damas de Rojo de San José de Maipo, que lo fundamos en el año 97-98 por allí fueron las primeras reuniones, una marcha blanca con otras señoras, que era la cabeza que ahora está en Concepción y ahí empezamos a formar en el voluntariado. Por eso yo me fijaba en eso de las moscas y las comidas. Allí ahí en la sección de tuberculosis y en el pabellón Roosvelt, que son personas más postradas que mandan del Sótero o gente en situación de calle que llegan envueltos en sábanas, que hay que darles hasta ropa... Yo hacía esa pega y la hacía porque me gustaba.

## **PATRICIO MARTÍNEZ ZAMORANO**

Yo vengo de la comuna de La Pintana, mi nombre es Patricio Martínez Zamorano, me inicié como dirigente a la edad de 16 años, primero fui dirigente deportivo, y estuve en esa área como hasta los 25 años.

Sebastián Moller: Antes de irnos para atrás, actualmente ¿Pertenece a alguna organización?

Patricio Martínez: Sí, actualmente, pa’ allá voy, actualmente soy secretario de la Unión Comunal de Juntas de Vecinos. Pertenezco al Consejo de Usuario en donde vivo, que es el CESFAM San Rafael y, en el tema que hago sábados y domingos, que es la asociación de Club de Fútbol, que es la única que hay actualmente en la comuna de La Pintana, que lo hago desde hace 40 años. Así que hay nos divertimos los días sábado... hago esas 3 grandes cosas, y algo adicional, me estoy dedicando al tema de los adultos mayores, que me ha ido excelente.

Sebastián: ¿Está organizando una unión comunal?

Patricio: eh... vamos a formar la Unión Comunal del Adulto Mayor, yo estoy formando asociaciones del Adulto Mayor (AM), no clubes, yo estoy mirando más alto, estoy explotando la ley

20.500; porque existe una Ley de los adultos mayores que es muy poco conocida, que es una ley que se aprobó en la convención en noviembre del 2017. Entonces le estoy sacando punta al lápiz en ese tema, que es muy desconocido y poco difundido, vamos a crear la Red de Observadores del AM sobre el maltrato, por aquí, por allá, me hice amigo de unas ONG de unas personas, y resultó ese equipo en la Comuna y tuvimos nuestra primera experiencia ayer de hacer un conversatorio.

Sebastián: ¿Cómo llega usted a temas de participación?

Patricio: Mira yo voy a contar, que con la pregunta anterior me estaba acordando, de cómo llegué al tema de Salud. Yo partí como dirigente deportivo a la edad de 16 años, ahí partí en un Club de deportivo que estaba muy cerca de mi casa, en La Pintana, Club Deportivo Luis López, asociado a la Asociación deportes Santa Rosa Sur y yo no hallaba la hora de cumplir los 18 años, porque si no tenía la mayoría de edad no podía ser delegado, entonces allí me llevaba otro viejo a las reuniones, hice práctica e iba a reuniones durante 2 años, cabeceaba como cabro y me quedaba en las reuniones aguijoneando.

Sebastián: ¿Y por qué quería ser dirigente?

Patricio: ¡Porque lo sentía! Como cabro, y este finao', el finao Salas, le decía a mi mamá "Sra. Luisa voy a llevar al Patito al club" y ahí me quedo gustando. Cabro yo, 16 años, a esa edad iba al colegio. Me iba a buscar el finao Salas y me acuerdo que habían otros viejos...y decían "este hueón va a salir bueno", yo me sentaba en una sillita con gente de 40 y 50 años, escuchaba las reuniones en la Asociación y ahí agarré vuelo, como estaba medido en el Club y empecé a llevar a los infantiles a la cancha, y después cumplí los 18 años y me convertí en el delegado más joven de la asociación, y me pusieron todas las fichas como delegado del Club.

Ahí partió mi carrera como dirigente, pero eso tuvo un costo en mi vida porque yo me dedicaba...eh... no terminé mis estudios y me puse a trabajar como jardinero con mi papá. Como me pasó eso, en esos años trabajaba en gran Avenida, cuando me independicé como jardinero ganaba, en plata de ahora, como 20 o 25 lucas, entonces yo como cabro, tenía harta plata y como en el fútbol lo que más abunda es el copete, me puse bueno para el copete, y me hice profesional pal trago, un magíster en copete. Entonces ¿Qué pasó? Toqué fondo a la edad de 27 años. Prácticamente, me convertí en un bebedor excesivo, alcohólico... ponle todos los títulos. Empecé tomando un

viernes, después terminé un sábado y después terminaba un día martes y, entonces, ese era fútbol en esos años. Me puse irresponsable en el trabajo. Como trabajaba particular, ya no trabajaba el lunes en la pega. Mi papá me remecía. Andaba con el hachazo terrible.

Entonces mi mamá dio una lucha conmigo ¡Me mandé cualquier cagada! Y cerquita de mi casa, había un centro de rehabilitación que se llama "El nido de los pájaros alegres"; muy comentado, muy conocido. Y el presidente de ese centro, Don Luis Acevedo que en paz descanse, me veía los días domingos sentado en una piedra curado porque yo trasnochaba: "estoy esperándote hueón". Y un día que se me pelaron los cables me mandé una cagada tan grande, que eso me hizo reflexionar: casi me mato. En tiempos de dictadura yo bromeaba: "hay que amedrentar a este hueón que es facho". Viví una muy mala experiencia, estuve cerca de un delirium tremens yo. Entonces ahí me acordé de mi amigo, que me quería, y llegué con terno manchado con vino, llegué donde Don Lucho.

Mi mamá sufría mucho conmigo porque era el único hijo borracho que tenía, entonces llegué al centro de rehabilitación y empecé en mi camino de sanarme en la Salud Pública a través de un tratamiento ambulatorio, para el copete. Así empezó mi tema en Salud.

Entonces ¿Qué fue lo que paso? Debo confesar que empecé y a los 8 meses recaí. No aguanté y me pegué la patiná. Junte plata, compraba volantines, trabajaba hartito. En la semana tenía 100 lucas y no hallaba en que gastarlas. Me recaí porque yo era bueno para el canto, la talla, bueno para los amigos. En esos años se compraban las cervezas por caja, entonces yo decía: "ponga 3 cajones no más" ...y eso me llevó a tocar fondo. Dije "tengo que darle un vuelco a mi vida". Mi vieja estaba tan contenta y yo tenía tanta vergüenza de haber recaído. Y me fueron a buscar los del centro.

Y fue mi amigo: "tenis que volverte a parar. Sabíamos que ibas a recaer, no tengay vergüenza" ¡Yo era el rehabilitado más joven del fardo de viejos que había ahí! Porque yo era el más cabro, tenía 27 años mientras todos los viejos tenían 40 o 50. Entonces, yo ahí dije "voy a volver, pero si fallo no vuelvo más". Cuando llegué todos "ay por fin viene el Pato". Todos contentos. Estaba en la terapia, nadie me criticó, nadie me dijo nada y pensé en la acogida que me dieron, que fue buena. Otros amigos me conversaban "vo' soy inteligente, tenis que llevar tu vida esporádicamente, ven todos los días para acá". Yo iba a la cancha y todos estaban

tomando, pero la diferencia era que yo no tomaba... Fue así que cuando me empecé a estacionar en el club... yo llevaba 4 meses ya rehabilitado, re-emprendiendo, y de repente Don Lucho Acevedo me dijo, con tanto tino “¿querís estudiar?”, y yo le dije, “¿y qué voy a estudiar?” Me dijo “la Unión rehabilitadora de alcohólicos está haciendo un curso de alcoholismo y yo quiero que te prepares como monitor”, “chsss” dije yo “vengo saliendo de la borrachera y me voy a preparar para monitor” Le dije yo, cómo se le ocurre. No po’, me dijo: “eso es lo que tienes que hacer, voy a mandar el informe porque hay que tener un año de experiencia, pero yo lo voy a mandar para que parezca que no te pegaste el patillazo. Y vas a llegar con 1 año de abstinencia al taller didáctico, pero eso es pa vos piola” me recuerdo siempre, bueno entonces me mandaron para allá. “No te preocupís anda pa’ allá y cuando vuelvas te haces monitor del club trabajas como rehabilitador para atender pacientes”... Ohhhhhh. Yo inflado como pavo real, po’ hueón, como que iba a ir a Hollywood y volver.

Entonces llegaba en la tarde de mi pega, me bañaba, me ponía bonito y partía a Matucana a estudiar. El taller duraba 1 año ¿Saben cuánto tiempo estuve? 5 años. Me tuvieron que echar ¡Me encantó tanto lo que se conversaba, la temática de salud, que me enamoré! Y empecé a conocer personajes como el Dr. Minoletti, Rolando Chandía. Personajes que yo me acuerdo en la medicina. Y después cuando hice mi tesis... fui a la Universidad de Chile a hacer mi tesis como monitor y a exponerle a los futuros profesores que iban a salir a la cancha. Y yo dándole la media clase, y en ese entonces... porque fui cuando cumplí el año, y ahí recién anduve un año chanta’. Yo dando clases de alcoholismo y hacía un año andaba curao’ como piojo. Y decía yo, “pero puta ¿Cómo?” Entonces me metí en mi mente que yo no podía fallar. Porque si me iban a dar tremendo diploma y todo eso, con todos los honores. Llegó mi mamá, mis amigos, llegué a la población, llegué al club, llegué al barrio, en una oficina súper bonita. Después me dijeron “Como ya te graduaste, a contra de este otro mes vas a empezar a atender público.” Y empezaba a llegar gente, yo los orientaba, era monitor. Y después me salieron compromisos pa otros lados. Así conocí el Arda cordillera, un Centro de rehabilitación en Puente Alto. Y me hice tan famoso que fui internacional en alcoholismo. Me profesionalicé en la temática de alcoholismo. Porque aparte del testimonio tenía el otro elemento que yo había estudiado. Entonces yo podía hablar de la melena,

de la cirrosis hepática, de la hepatitis, todas las cosas que estudié y que le pasa a un alcohólico. Cuando se le corta la película a las 3 de la mañana, la amnesia, el delirium tremens, todos los episodios alcohólicos. Entonces yo después, en la unión me dijeron “Patricio hay que ir a Chillán ¿Puedes?” A Chillán iba yo. “Hay un evento en Conce. Tenis que ir a Conce” Recorrí gran parte de este país. Y era el niño mimado, era el chiche. Presentación que yo hacía, había psicólogos y psiquiatras, médicos, exponentes, jefes de programas de salud. Y yo me subía a la tarima, por eso es que tengo esta personalidad que tengo... habían 500 o 600 personas; ni tiritaba. Yo terminaba mi relato... y me ponían en cartelera igual que en los circos “Viene el monitor de Santiago, Patricio Martínez a contar su experiencia”. Era una cosa media testimonial. Terminaba la esta y, en síntesis, yo me bajaba, terminaban todos los expositores, y había 50 personas a mi alrededor entrevistándome “¿Dónde atiende usted? ¿Cuál es su consulta? Y el médico, el psiquiatra, 4 o 5 personas... todos conmigo. Y yo decía “¿Y por qué pasa esta hueaa? Si yo no soy profesional?” Y después entendí que lo testimonial, era lo mejor para la familia. Yo me paraba al medio tipo pastor evangélico y le decía: “usted se acuerda de su alca seca, sabe lo que es la melena, el síndrome de abstinencia ¿Cómo es? ¿Y el temblor con qué lo arreglamos?” y los compadres quedaban así... y así empezábamos, así. Yo, por las mías, hice un ejercicio matemático, y le preguntaba a los pacientes ¿Cuántos años llevay tomando? Yo decía “les voy a calcular los 5 años que ha tomado” ¿Cuánto tiempo llevay viejito? “Putá, llevo años en esto” ¿Y cuanto te gastay? “Me gasto 2 o 3 gambas”. Pongámosle 2 gambitas mensuales, le decía yo. O sea en un año estamos hablando de 2 millones, pongámosle 2 millones. En los últimos 5 años de tu vida, te hay mamado 10 millones. Y yo te pregunto viejito ¿Donde vivis? “No, si yo vivo de allegado donde mi suegra” ¿No creí que te has tomado la casa propia? Y eso los despertaba a los viejos y yo hacía un cálculo de cuanto se había tomado el viejo en su vida y que vivía en una pieza de 3x3. Me decían que no tenían ni blue jeans... eso salió de mí, sólo.

Después, el último año estudie alcoholismo con el cura Sergio Naser en la José María Caro y me dejó peineta en tratamiento para alcoholismo. Y ahí inventé la cura de sueño yo, con la clorpamazina de 100 mg, subiendo la está para bajar a la esta, lo aprendí todo por las mías y me asocié con una asistente social que se llamaba Amanda Villalba, y el médico de ese entonces...por qué cuento esta

historia, porque voy a llegar al barrio de la señora Juana. Ahí había un médico trabajaba con los curaos...y yo le decía “está mal usted doctor M. esta fila siempre la va a tener, porque usted les está dando diazepam”. “Pero Pato...” Me decía. Bueno, para hacerla más corta mi relato, terminé administrando el centro de rehabilitación “Los pájaros alegres”, durante 12 años lo administré.

El centro, 12 años fui su presidente. A todo eso llegué en salud. Y por eso me engrupí con este tema, y al Doctor M. cuando le pasaron el programa en San Rafael yo le dije “Está mal doctor” Le dije esto, esto otro. “Nooo, capaz que lo mate”. Me dijo. Pero ¿Cómo voy a calmar el síndrome de privación, a ese compadre que lleva 30 días tomando, con un diazepam? “Tiene que dormir y en 3 días queda peineta”. “No, no puedo” Me dijo. “Bueno, usted va a tener la media fila”. Entonces compramos ese medicamento con la asistente y empezamos allá. Llegaban los viejos y yo les hacía el tratamiento. No en el poli, yo se los hacía: “Dele esto, esto otro... oiga si este viejo no puede dormir”. Me decían las señoras. “Ahora va a dormir como tres días”. Les decía yo.

Entonces yo instruía a la familia en lo que le iba a pasar al paciente, les daba el medicamento, les instruía y cuando llegaban yo los veía tiritando en la oficina, y sin dormir, yo les daba el medicamento y en media hora empezaba a bostezar y yo lo miraba, pero yo ya había preparado a la familia. Les decía “bueno de aquí se va a ir a la casa. Usted téngale pura agüita. Agüita cocida. Porque lo único que va sentir es pura sed. Y va a transpirar como loco. Y yo lo voy a ir a verlo a la casa. Tal día voy a ir” A los 3 días tal como decía yo. Y las viejas quedaban impresionadas...”Yo fui al poli y no hicieron. Pero ¿Cómo usted don pato?” Bueno, tienen otra mirada. Me hice terriblemente famoso con mi tratamiento de cura del sueño con la Amanda Villalba, y lo aprendí yo con el cura Naser.

Yo pensaba, bueno, yo tengo una deuda con la sociedad, porque yo me mejoré en la salud pública y tengo que devolver la mano. Prometí estar al servicio 12 del centro de rehabilitación. Y cuando cumplí 12 años en el centro me retiré. Cumplí mis 12 años de apostolado. Preparé gente, monitores, fui pa todos lados. Y ese doctor M. que me criticaba y le hacía el quite a los curaos, hoy en día ese doctor es jefe de un área de alcoholismo y tuvo el privilegio de estar conmigo. A veces cuando nos vemos, me mira y se ríe y se acuerda de lo que yo le decía...porque el tiempo me dio la razón y él se especializó en alcoholismo.

Y esos fueron los caminos de porqué llegué al

tema de Salud. Por eso me engrupí con el tema de la salud. Después ya no estaba en el centro. Como ya tenía todos los enganches me fui a la atención primaria.

## **LUIS OSORIO ÁLVAREZ**

Mi nombre es Luis Osorio Álvarez, nacido y criado en Pte. Alto, participo en 3 instituciones, también una relacionada con el Adulto Mayor: soy presidente del Adulto Mayor y monitor del Adulto Mayor, en un Club del AM, “Sol Naciente” de Puente Alto. También trabajo en el CDU Alejandro del Río, también en la presidencia, y soy presidente de la Asociación de Trabajadores Jubilados CMPC, que tenemos personalidad jurídica por el ministerio de Justicia. Y ahí nos regimos por la ley 20.500 que en las otras 2 instancias por la 19.418, así que...eso.

Hay 2 que se rigen por una ley, la otra por la otra, pero al final, es lo mismo...pero si hay una ventaja que la ley 20.500 no te manda al tribunal electoral. Entonces es una ventaja, la hace uno, prepara uno mismo, hace uno la carta de sesión, la mandas al Municipio y el municipio la manda al registro civil. Porque en estos momentos el AM, que ha sido la bandera de lucha como dicho Patricio Martínez. Existen muchos clubes de fantasía, y estamos pagando los que estamos realmente inscritos, legalmente constituidos; pagando las falencias de algunos grupos de papel. Porque hay sobretodo en Pte. Alto, regalías y proyectos para el Adulto Mayor que salen sobretodo del SENAMA, del presidente, de la División de Organismos Sociales. Ahora hay muchos clubes de fantasía entonces, ahora, al mandarlos al tribunal han ido quedando obsoletos porque no tienen el quorum necesario. Porque claro, no es sólo pasar casa por casa anotando, sino que reunirse. Bueno, en mi caso yo estoy un poco más joven que los demás, pero hay abuelitos que apenas caminan, y no los mandemos al tribunal electoral a Santiago po’, porque se equivocan en una pequeñez, y les devuelven todos los papeles de nuevo, entonces yo creo que los tramitan 3 o 4 meses y no es posible... El SENAMA quedó corto en este momento, porque... ¿Para qué sirve? ¡Proyectos po’! Na’ más po. Te llaman para los concursos, hay ciertos proyectos y nada más. Hay que luchar por nuevas alternativas y cosas...

Sebastián Moller: Don Luis ¿Cómo es que usted comenzó a participar, en el área que sea, y cómo fue llegando a salud?

Luis: Bueno yo me inicié en esto por una

casualidad de la vida, porque allá en el año 68 yo ya estaba trabajando, tenía 17 años y tuve que dejar los estudios, mi papá se encloró trabajaba en la papelería...

Sebastián: ¿Se encloró?

Luis: Se encloró, le llamaban los viejos, cuando se tapaban las válvulas... La papelería fabricaba el cloro, la papelería en la calle Eyzaguirre. Cuando se tapaban las válvulas mandaban a los "peucos", que le llamaban: los contratistas se llamaban peucos en esos años. Mi papá era peuco, antes de pasar a la planta, y los metieron a destapar las válvulas y entró un equipo de 6 viejitos, entraron destaparon la válvula, pero había cloro acumulado, y era cloro puro. Con decirle que pasaban carretas por fuera de la papelería y cuando había escapes de cloro y los caballos caían hincados al medio de la calle. Así que los 6 viejos, gracias a dios se salvaron, pero mi papá estuvo 8 meses sin trabajar y nosotros éramos 11 hermanos.

Mis 2 hermanos mayores trabajaban en el laboratorio Marsché, hablamos y entramos los 6 mayores, para trabajar los 6 juntos, para parar la olla. Pero que pasó que resulta que no teníamos sindicato. Yo estaba estudiando y trabajando. En las noches pasaba a estudiar al liceo nocturno de Puente Alto... ¿qué paso? Que había un español y se aburría, que típico cuando se hacen reuniones a grupos grandes, todos hablaban y no se llegaba a ningún término entonces el patrón dijo "saben que más, nómbrame un delegado y una delegada" y me nombraron a mí, con 17 años, con una señora, y ahí empecé. Cuento corto, pasaron el dato que íbamos a formar el sindicato, yo estaba esperando los 18 años igual que el Pato que decía que tenía que tener 18 para ser dirigente, a mí me tocaba lo mismo. Ya estábamos encaminados, teníamos el quorum... ¿Qué hizo el compadre? Pum! De un paraguazo cortó a 8 personas, les aplicó la ley y les pagó el 50%. Ahí salieron 3 hermanos míos al tiro. Y seguimos, yo seguí trabajando, les ganamos el medio litro de leche, les ganamos movilización, les ganamos que nos pagaran el almuerzo. La mayoría éramos de Puente Alto y íbamos allá detrás de la Municipalidad de Macul, en Exequiel Fernández con Los Platanos. Era la fábrica de dientes postizos, que todavía existe, Marsché Limitada. Le trabajábamos al Servicio de Salud y a Sermena, en esos años eran los dos grandes: el fondo de salud y el SERMENA.

¿Qué pasó? Que al final me corto a mi otro hermano mayor y a mí me tocaba el servicio militar el año 70 y el 30 de Enero, me entregan la carta a mi hermana y a mí, que éramos los dos últimos que

quedábamos y por lo tanto, nos despidió. Pero, se encontró que con 17 años no era tan tonto, como había aprendido cosas de leyes; no le trabajé una hora más, me paré con mi hermana "Qué vamos a hacer? Espérame nomas". Yo sabía quien era su abogado, era el hermano de la secretaria. "Pero yo tengo un mejor abogado", le dije yo. "¿A quién tiene usted?". "Al jefe de su abogado, el Ministro de Relaciones Exteriores, don Gabriel Valdes Subercaseaux". El viejo quedó... "Pero cómo?". "El es compadre con mi papá y ya le explicamos lo que hizo usted. Yo no le trabajo un día más, ni mi hermana. Así que páguenos todo y nos vamos". Nos pagó todo, finiquitado el 100%, con las imposiciones y con carta de recomendación ¿Por qué? A mí me habían mandado al ministerio a buscar correspondencia, y uno cabro, típico, antiguamente había cartas que venían pegadas así... yo leí la carta en la micro, y era el abogado en la carta le decía que tenía que tener cuidado y que no podía despedir más gente, tenía que esperar hasta el próximo año. Por eso él nos estaba dando hasta el 30 de enero del año 70. Cuento corto, salí.

Cuando salí del servicio militar... en el ejército llegué a cabo primero y sargento 2do. Y me fui a la papelería. "Papá quiero trabajar en la papelería". Mi hermano ninguno quiso pero yo le dije a mi papá que yo iba a seguir su huella.

Sebastián: Su papá seguía trabajando en la papelería.

Luis: Seguía. Mi papá para la gran huelga, la única huelga que ha tenido la papelería, del año 68, los peucos pasaron a la planta. Todos los viejitos que andaban barriendo y cuestiones los pasaron a la planta. Mi papá estaba por jubilar ya. Le hicieron la planta y entramos al sindicato gráfico; nosotros podíamos jubilar hasta con 20 años de servicio. Así que ahí llegué y me dediqué a lo deportivo como el Pato. No tuve las habilidades deportivas pero si tenía la mente. Así siempre decía "formemos un club. Ya los estudiantes". Eran puros cabros en la papelería cuando llegué. Y así.

La papelería nos dividió cuando llegaron las filiales, con la ley de monopolio la papelería tuvo que dividirse. Tenía el monopolio de todo el papel así que... formó las filiales papeleras. Yo seguía con el bichito de formar algo más grande. Así que dije yo "voy a formar la ORDEFIPA que era la Organización Deportiva de Filiales Papeleras. Y empecé a moverme en todas las plantas filiales. En mis horarios libres iba a conversar con los encargados del deporte, pero se metieron los sindicatos. Los sindicatos me dijeron "paralé, paralé, porque nos vay a quitar las migajas, de aquí

nosotros sacamos.” ¿Qué pasaba? Los sindicatos a las empresas les pedían plata, pedían 100 mil pesos y al club deportivo llegaban 10 mil pesos y los otros 90 eran vinachos y comida. Y para los compadres no más po. Entonces yo dije, no juego con los sindicatos, me hice asesorar, desde el gerente para abajo los incluí y los llamé un día domingo a reunión y les planteé que quería formar el CENDER: Centro de Deporte y Recreación, PROPA. “Ya pos”. Me dijeron. Me apoyaron

Sebastián: Usted ya llevaba el nombre.

Luis: Claro, lo llevaba, como la ORDEFIPA, en mi cabeza. “Pero ¿Qué es? Me decían. Organización Deportiva de Filiales Papeleras. Y qué es el CENDER: Centro de Deporte y Recreación, entran todos los deportes. Me dieron el dato por ahí de que Cultura era muy amplio. Y estamos hablando de tiempos de dictadura. La palabra cultura era muy amplia en esos años, por lo tanto nos dijeron “Sáquele la palabra cultura”. Yo dije “Ya po. CENDER. Centro de Deporte y Recreación.

Sebastián: ¿Qué año fue esto?

Luis: Estamos hablando del año 84. Ya habíamos pasado a ser filiales papeleras. Me manda a buscar la empresa y me dice “Ya sabemos lo que está haciendo así que tome esta tarjeta, ese es el abogado que lo va a asesorar para sacar la personalidad jurídica porque nosotros, por ley, podemos aportarle dinero si la organización cuanta con personalidad jurídica.” Así que me pusieron abogado, el señor Salgado y el me orientó y todo el asunto... hicimos los estatutos y trabajamos los dos solos. Y yo le transmitía a la gente, después en reuniones. Sacamos por el ministerio de justicia, sacamos como una corporación de derecho privado sin fines de lucro. Así empecé a aunar criterios.

Llegó un momento que era como el Pinocho me decían, porque tenía todo el poder en mis manos. Todas las ramas tenían que pasar el presidente y el tesorero. El tesorero era un contador, éramos socios de capitán a paje, desde el gerente hasta el último obrero. Cada socio ponía su parte y la empresa ponía el doble. Así que se juntaba dinero y eso había que distribuirlo.

Cuento corto, que seguí y, un día, se me ocurrió hacer un curso de guitarra. Mis hijas me decían “Papá a donde nos puedes poner un curso de guitarra?” Ya les voy a contratar en la empresa una profesora de guitarra. Y en la sala de capacitación hacían clases de guitarra, y cuando se graduaron, antes del 8 de diciembre el gerente me dijo “Y por qué no tocan villancicos para fin de año?”. Se le extendió un mes más el contrato a la profesora.

Villancicos. Eso fue el año 87. El 88 me dice el gerente, un alemán: “Fórmate un grupo folclórico, tenis las base y, agarray a los viejos, las esposas, los hijos, los primos.” Y así lo hice. Llegamos a ser uno de los mejores grupos en la sociedad de fomento fabril. Estábamos entre los siete mejores. Llegábamos siempre a la final. Después se hizo el encuentro en la papelera ganamos dos años seguidos, porque hacíamos proyección folclórica. En la cual contraté... para que vean a quién contraté... a la hermana del Pato Torres, el actor, a la Marisol Torres que era la profesora de danza, y el esposo el Juan Vasquez, era el profesor de música. Primer día hizo un círculo grande en la sala de capacitación, y sacó a algunos de la sala, a los que no servían. “Usted, usted y usted para fuera, no sirven” Y entre ellos iba yo. Quedé al final como director general, en el marketing.

Avancé, estuve 12 años presidente y 6 años a cargo del grupo folclórico y me separé po. Me fui al Sur a administrar una panadería y ahí me quedé 3 años. Y ahí estaba a cargo de personal y, por cosas de la vida, tuve que devolverme y me recibieron de nuevo en PROPA.

Sebastián: ¿Qué era PROPA?

Luis: Productos de Papel, una filial de la papelera, ahora se desapareció en Santiago. Está en Chillan. Me recibieron me dijeron que iban a vender unas máquinas a los alemanes y ahí me fui con los alemanes y ahí seguí a cargo del personal... como delegado y llegué a administrar la fábrica. Primera vez que conozco a un alemán que se farrrió una empresa. Llegó a fines de febrero y nos dice “No tengo más plata, así que si quieren trabajar trabajen ustedes la empresa.” El vendedor conmigo pusimos dinero para empezar a echar a andar la fábrica. Él veía las ventas y yo veía las platas y el personal. Hasta que nos pilló el leasing. Me llamó un día y me dijo que el lunes le remataban las máquinas. Hasta ahí llegamos y salimos así. Salimos 0 pesos, sin nada.

Y seguí avanzando y me quedé en un casino, de alimentos sector norte. Y a todo esto les quiero decir que mis estudios no los terminé. Yo llegué hasta 4to de humanidades, segundo medio de ahora. Pero llegué a administrar la empresa y el casino. Ahí me enfermé con los viajes a Santiago, el ajeteo. Salía 6 de la mañana de mi casa, 9 de Matte allá cerca de plaza Chacabuco. Estamos hablando de las micros amarillas, que se pegaban el pique de aquí hasta allá, y nos íbamos durmiendo. Llegaba a las 10 de la noche y eso me mató. Caí enfermo. Me detectaron la famosa diabetes. Y ahí me paso lo del Pato. Me agarró el consultorio.

Venga para acá. “Le vamos a hacer actividad física. Usted está muy sedentario”. Cuando yo salí de PROPA no seguí bailando nada.

Sebastián: ¿Qué bailaba usted ahí?

Luis: Folclor po. Cueca. No, en eso me manejo. Tengo mi traje de huaso. Pero cuando salí de PROPA, fueron 15 años de intervalo que no hice nada. Así que me mató la diabetes y la buena mesa en el casino. En el casino no comíamos lo mismo que vendíamos. Los viejos hacían comida especial para nosotros.

Sebastián: Y llegó al consultorio ¿A cuál?

Luis: Al Alejandro del Río. A todo esto cuando yo estuve en PROPA era ISAPRE. Cuando ya dejé de trabajar yo seguí en ISAPRE. Pero cuando quebró la fábrica ahí me retiré y fui a FONASA. Bueno, empecé con actividad física en el consultorio, pero el problema que hay en los consultorios, sobre todo en el Alejandro del Río que es tan grande; son 3 meses de actividad te paran... y después te dejan a la deriva. En estos talleres del consultorio, lunes, miércoles y viernes de actividad física una hora y media por 3 meses. Pero después pa fuera. Y las viejitas me decían “Don Luis ¿qué vamos a hacer?” “Vámonos a una sede social, formemos un club”. Éramos 14 pacientes crónicos. Hablamos con la que era en esos años la directora, y le dijimos queremos hacer esto, esto otro. Ella feliz. Nos dijo que me podían capacitar. Y me capacitaron como monitor en actividad física cardiovascular. Me abrieron para boletear como monitor comunitario. Y empecé a trabajar en una sede social cerquita de mi casa. Nos la pasaron sin costo y empezamos la ruleta. Yo no tenía los 60 años, no los tenía para ser adulto mayor. Pero ¿que pasó? en ese tiempo me trajeron los estatutos y decía que con 50 años podíamos formar un grupo de adulto mayor, hace 10 años atrás se podía. Y yo fui a reclamar, y fundé el grupo, presidente con 57 años. Y hasta el día de hoy que tengo 67. Voy a cumplir 10 años como presidente de esto y por cosas de la vida, cuando sacaron el Consultorio a terreno, en las Juntas de Vecinos a veces se hacían los consejos. Las reuniones de los CDL en esos años. Y me invitaron porque venía una feria de la salud y querían que yo llevara mi grupo. Yo le enseñana baile a las viejitas. Querían que lleváramos el grupo a bailar a la plaza de Puente Alto. Así que fui a la reunión y estaba la Mara Payer, una enfermera, y después se me acercó y me dijo: “¿Don Luis y por qué usted no se integra al consejo de usuario? Y ahí estoy hasta el día de hoy ¡Tuvo el ojo! Me dijo “Por qué no se va a ayudarme”. Ella era la encargada de participación. Así

que ahí estoy po. En lo que ahora es el consejo de usuario. Ahora estamos en proceso de elección nuevamente. El 18 tenemos las elecciones, y en la semana, se hizo la re-elección de Sol Naciente. De nuevo me hicieron presidente por 3 años más.

Así estábamos cuando un día existían los papeleros. Y me topé con un amigo, el primero con el que hablé cuando quería formar la ORDEFIPA. Me dijo “En qué anday?”. “Voy a dar una vuelta a la plaza”. Y me dice “Voy a retirar los alimentos al Alejandro del Río, ¿por qué no te asocias con los viejos?”. Con los viejos de la papelería. Ya po'. le dije yo. Primera vez que alguien me dice “Vamos yo te llevo”. Y llegué po. A la semana estaban formando la comisión de deporte y como yo venía del deporte me dejaron a cargo del deporte con 4 personas más. Así empecé. Ya he sido presidente... voy para los 4 años.

Sebastián: de los viejos papeleros.

Luis: De los viejos papeleros, los jubilados de la CMPC.Cuál ha sido el logro más grande mío. Uno nunca termina de aprender y siempre tiene ideas innovadoras... fue que las personas pasan, y las instituciones quedan. El sindicato papelerero tiene un patrimonio de 5 mil millones de pesos ¿Ustedes lo conocen? Va de Concha y Toro hasta Santo Domingo. Tiene el edificio del sindicato, tiene el teatro, tiene el gimnasio, estacionamiento y tiene la sede nuestra. Yo dije “ya po. Aquí tiene que haber un comodato”. Hice las consultas pertinentes con un abogado, hablé con el sindicato. “Hágalo”. Y logramos sacar el año pasado un comodato por 30 años. Es un logro porque los dirigentes antiguos se van a ir. Ahora cuando preguntan “¿Y por qué sacamos a pasear a los viejos?”. Resulta que el patrimonio de ahí es gracias a los viejos. Años trabajándole al sindicato, años aportando días de sueldo para arreglar los edificios. Esos son los logros, que uno ve que se pueden hacer. Las sedes sociales las estamos ampliando, los proyectos hay que concursar y ganarlos. Yo estoy ligado como el Pato, al Adulto Mayor y la salud. En salud tenemos muy buena llegada con nuestra directora a puertas abiertas. No tenemos ese problema que tienen algunos consultorios y CDU, en las reuniones muchas veces “Tengo problemas con el encargado de participación...” ¡Olvidate! Nosotros no, fuimos los primeros en puente alto en tener oficina. Aunque se chica, pero tenemos oficina. Logramos postular a proyectos del presidente de la república, municipio, SENAMA, toda la cuestión. Tenemos toda la parte tecnológica y audiovisual, es nuestro ¡del CDU!, que lo usamos para nuestros usuarios y centro de

salud. Así que ahora no hay que estarle pidiendo al Municipio porque lo tenemos nosotros, así que eso te digo, son los logros de cuando uno tiene otra mentalidad, y sabe llegar a la gente. Uno nunca termina de aprender. En la mañana, justo hoy hubo un dialogo de participación social enfocado a los funcionarios. Un taller. Llegamos solamente 2 del directorio y una socia. Gente nueva, porque los consultorios siempre van rotando. Hay gente que ni la conocía. Se dieron cuenta que sabemos mucho más que ellos. Hay noticias que nosotros sabemos antes que ellos. Yo creo que eso es lo que a uno lo empodera cada día más y trabajar en armonía. Nuestra encargada de participación es un 7, la Lorena que se mueve para todos lados, así que yo creo que dan ganas de seguir trabajando en esto.

### **PEDRO ARIAS INSUNZA**

Mi nombre es Pedro Mariano Arias Insunza, actualmente resido en la Comuna de la Florida, desde el año 1974, si bien es cierto nací en Santiago me moví hartito por el territorio de nuestro país y habiendo conocido situaciones que, a esta altura digamos, son anecdóticas entre comillas. Pero, para mí son vivenciales. El tema de la participación me nació desde joven porque estudié en la enseñanza industrial, fui parte del centro de alumnos. En la universidad también. Cuando entré a trabajar, participé en el sindicato de los profesionales universitarios y me mantuve en ese training en el intertanto de la dictadura. Una vez que jubilé yo estaba ejerciendo como presidente del sindicato de los jóvenes profesionales.

Entonces cuando jubilé, me reorienté y me motivó el tema en Salud porque desde siempre yo fui partidario de la Salud Pública. Intentaron, incluso, obligarme a ingresar a la Salud privada, que nació por allá el año 81, y yo me negué automáticamente. Cuando yo salí de la función de trabajar como subordinado, ya me tenían poco menos acorralado con la salud privada, salí y me metí en la salud pública. Empecé por lo más cercano que era el CESFAM en el cual que estaba inscrito, CESFAM Bellavista de la Florida del cual soy presidente del CDU. Fuera de eso, participo en el CDU del Hospital de la Florida, del cual también soy presidente y participo en el Consejo de Usuario del Hospital Sotero del Río y en el COSOC del Servicio de Salud Metropolitano Suroriente y también del COSOC de La Florida. Esas son mis entretenciones y son hartas... no me sobra tiempo...no tengo tiempo que perder...implica un

financiamiento propio, comunicación, movilización... Uno paga por tener que hacer todas esas funciones ad honorem.

Cuando yo nací pude vivenciar el tema de la cooperación entre pares, o sea, en ese tiempo se usaba mucho el tema de la minga y si no había minga no había como diablos funcionar. Con esa consigna fui... mis primeros años de vida marcado a fuego.

Sebastián Moller: espéreme un poco. La minga es cuando uno se cambia de casa y todo eso ¿verdad?

No, no sólo eso. En el campo, por ejemplo, era usual, porque ahora con el maquinismo todo eso quedó en la historia. Era usual que si uno sembraba trigo el vecino ayudaba y al otro y así daban vueltas. Porque era laboriosa la cuestión, el trigo había que cosecharlo a mano, con una ichona había que cortarlo, engavillarlo, me entiende. Entonces para eso yo requería a mis vecinos...

Sebastián: ¿Dónde era eso?

Pedro: Esto fue en la zona de Ñuble, Coelemu. Después de sacar había que sacar el grano, había que trillar. Yo conocía todo el tema de la trilla a yegua... me entiendes, el aventar...era todo un cuento complicado. Bueno, después todo eso se fue poco a poco perdiendo porque llegó la maquina trilladora que llamaban de planta. Ahí lo que había que hacer era tomar el trigo, engavillarlo, llevarlo a la máquina. La máquina hacía todo. Devolvía el trigo limpio en un 95% salía limpio ¡Después llego la automotriz! Ya con esa se acabó todo porque con esa se entraba al sembradío e inmediatamente se iba sacando. Lo que yo veo es que esta evolución...es parte de una evolución sociológica en este país... y que más encima después, en base a las ideas foráneas que llegaron, se ha llegado a un esquema absolutamente individualista, o sea, yo diría un ¡individualismo exacerbado! Uno lo ve...yo creo que por eso cuesta tanto que la gente se integre, en cuestiones de tipo común... Porque ponte tú, ya yo supongamos el año 1974, yo llegue a la Florida. La Florida era como una cuestión entre urbano y agrícola que es lo que me atrae. Cuando llegamos allá era más agrícola que urbano. Entonces uno llega y dice "bueno hay que pavimentar la calle, hay que faltan luminarias, hay que ver las veredas"...entonces en ese momento yo participaba con la Junta de Vecinos, y logramos todas esas cuestiones...ves

Miguel Barrientos: ¿Y en qué sector?

Pedro: Por allá en el paradero 16 de Vicuña Mackenna

Miguel: Santa Julia

Pedro: Sí Santa Julia un poquito más al centro, un par de cuadras más al centro. Entonces tuvimos que asociarnos y pedirles a las autoridades que llegara la locomoción colectiva. Me acuerdo que hicieron prolongar el recorrido de la Yarur-Súmar que llega, por lógica hasta Súmar, que se viniera más al sur y alcanzó a llegar por acá al paradero 16. Pero, como le digo...yo aún participo en la Junta de Vecinos y hace poco hicimos la re-elección de la directiva. Me dicen "Usted por qué no se mete?". Pero ya no tengo tiempo para meterme a más nada. Como les decía durante mi vida laboral fui dirigente sindical por muchos años y el sindicato donde yo estaba era grande, y teníamos que ver cuestiones complejas. El sindicato eran temas de negociación colectiva que no eran simples, y ahí había que interlocutar con gente de bastante peso también (recalca), digamos que no era gente poco instruida. Yo me tenía que codear con un compadre Chicago boys, pero era ¡Chicago boys! O sea egresado de la Universidad de Chicago. Entonces con ese tipo de personas uno tenía que interlocutar...

Por ejemplo, en el tema de Salud, nosotros teníamos un adenbum, en el contrato colectivo, que era de los beneficios de Salud. Entonces cuando me hablan de imagenología ahora, para mí no es algo tan nuevo, porque ya en esos tiempos yo lo manejaba. Recuerdo que tuvimos que discutir cuando recién...el scanner era una cuestión como patra quedar mirando pa arriba. Y bueno tuvimos que debatir, discutirlo, etc, etc, entonces incluso me acuerdo que cuando se acercó el tiempo de retirarse...

Sebastián: ¿En qué empresa trabajaba usted?

Pedro: Mira, yo partí trabajando en la Compañía Chilena de Electricidad Soc. Anónima y terminé en AES Gener S.A. Fue todo un proceso...fue lo mismo que me pasó en la Universidad, yo entré a estudiar el año 65' y me mamé toda la reforma universitaria, era todo muy complejo. Lo que sucede ahora yo hallo que se asimila un poco, pero a los universitarios los noto menos conscientes, por ejemplo, yo tengo una nieta que en este momento está en la universidad y están en huelga y yo digo..."que, que, cual es el motivo de la huelga", y aparentemente el último motivo de la huelga era ver el mundial de fútbol. Entonces ese era el motivo de la huelga, entonces basta que de aquí, pa' allá basta con la discriminación...etc, cuando no son motivos...

Yo me mamé huelgas largas, con tomas incluidas. Nosotros nunca hicimos tira ninguna cuestión. Yo recuerdo que nos tomábamos la

Universidad pero, pero no pasaba ningún estropicio al interior, ni rayar un muro...¡Yo no sé si nosotros éramos muy poco creativos! Pero ahora los muñecos hacen cada locura...

Bueno entonces cuando concluí mi etapa activa, yo me retiré porque sabía lo que se me venía encima. Entonces se dio ahí una ventana bien favorable, yo me lancé por esa ventana al exterior, cosa que no me arrepiento porque pienso, si hubiese seguido en lo que iba a esta altura estaría bajo tierra hace rato...

Entonces me involucré en el tema de la Salud como digo, porque...por conceptualización, yo pienso que el tema de la salud pública, es el tema básico. Ahora también se ha dado esa cuestión en la Florida, que es como un Chile pequeño. Tenemos exactamente la misma distribución, en cuanto a la cosa social que tiene el país. Por lo tanto, hay un grupo de personas que son bastante participativas y siempre andan pendientes de intentar algo en el ámbito comunal, porque si se quiere, son egoístas. Hay estudios sociológicos que advierten que existe una suerte de "Identificación Floridana". El compadre que es Floridano, se siente Floridano, entonces reclama, pero no le importa mucho el compadre de Macul, ni de la Granja. No, la cuestión es floridana. Dentro de las cuestiones floridanas el tema de la salud siempre fue un elemento de preocupación. Allá en la Florida hace muchos años se hacían... ahora desgraciadamente ya no... pero se hacían Congresos de Salud Comunes y productos de esos congresos es que salió la petición del Hospital de la Florida. Se alegó, se alegó y se alegó y hasta que salió el Hospital de la Florida, no salió con la conceptualización que se tenía del hospital, pero salió. O sea, está ahí, a pesar de los pesares, aunque sea un dolor de cabeza ahí esta.

Sebastián: ¿Quién organizaba esos congresos?

Pedro: Mira, por lo general los parlamentarios de la zona. Porque más encima, la Florida era un distrito comunal en sí mismo, el distrito comunal 26, entonces, por lo mismo el distrito elegía su par de diputados, y tenía incidencia con la elección de un senador...pero por lo general los diputados del distrito que hacían este tipo de mariguanzas.

Ahora con el desempeño que he tenido en el CESFAM Bellavista...

Sebastián: ¿Cómo llega al CESFAM Bellavista?

Pedro: Porque a mí, porque yo comenté que nunca me quise involucrar en la Salud privada, siempre quise atenderme por salud pública y el CESFAM que me corresponde por cercanía física, es el Bellavista. Aunque después de la re-distribución que se hizo de la comuna... ahora

con mayor razón me corresponde el CESFAM Bellavista, porque la Unidad Vecinal donde yo residí está asignada territorialmente al CESFAM. Y me involucré...me costó, porque ya iba a leer al CESFAM y hablaba con la encargada de participación...bueno, pero yo sabía que tenían organización, pero era una organización muy larvada y muy chiquitita...entonces hasta que al final me contacté con los que eran y llegó un momento en que era mejor organizarse...porque se empezó a participar en esta cosa...el Servicio de Salud Suroriente de Participación, entonces ahí empezaron a exigir cosas, que yo agradezco, alabo y ensalzo, porque yo le reconozco a la Señora Carolina Videla que pueden haber muchas cosas que, a lo mejor nos separen, pero yo le reconozco la capacidad que ha tenido de generar un esquema organizativo, que yo hayo que es un gran avance para el tema. Eso lo reconozco.

Bueno, dentro de ese fenómeno el CESFAM Bellavista se tuvo que organizar mejor, entonces cuando lo hicimos, yo me integré a la dirección. El CESFAM venía con unas peleas antiquísimas también, por ejemplo, con los temas de infraestructura. Porque ese CESFAM es el primero que estuvo en la Florida y empezó a pasar el tiempo y pasó un poco...es un poco lo que nos pasa con el Hospital Sótero del Río: para medianamente dar un servicio es siempre, una cuestión por aquí, otro adendum allá. Entonces al final es un laberinto, como un laberinto chico. Entonces alegar, alegría y alegar. Afortunadamente se logró y actualmente estamos ad portas de una instalación nueva, nueva, nada que ver con lo que era el CESFAM en ese tiempo.

Sebastián: ¿Ese sería un logro de los usuarios?

Pedro: Pero claro, por eso soy partidario de que exista la organización porque es la única forma. Porque uno observa que la administración, aunque tenga la mejor de la mejor de las intenciones, ellos no tienen el alcance con la gente como para poder plantear descarnadamente las necesidades que se tienen. Entonces ese protagonismo lo tienen que asumir los usuarios del centro de salud, son los usuarios que deben ir a alegar al encargado de participación de la comuna, al encargado de salud, al señor alcalde...y venir a leer aquí al jefe ser servicio de salud. Esa, yo creo, que es la labor nuestra. si es necesario llegar con el ministro de Salud, hay que hablar con él...Entonces yo, lo único que pido, es que se tenga la capacidad de interlocutar con mucha franqueza, es que seamos capaces de ver realmente como son los problemas...y si es preciso ir a hablar con el ministro de

salud, se va a hablar con él. Si hay que hablar con el presidente de la república, hay que hablar con él! Es la única forma...me entiende...

Y dentro del CESFAM Bellavista había una zona que estaba bastante desprotegida. Porque los que ahí vivían estaban re-lejos donde teóricamente tenían que ir a requerir salud. Entonces, se logró que se generara ese CECOSF... costó muchísimo, se cometieron errores e ineficiencia, pero de tanto bregar, se logró.

Sebastián: ¿El Consejo de Usuarios participó de ese proceso?

Pedro: Mucho, ¡Muchísimo! Éramos de donde podíamos tocar la campana, íbamos. Podíamos decir la visión que nosotros teníamos de las ineficiencias, llegó un momento en que dijeron ya vamos a hacer el CECOF, y tuvieron problemas, como era la asignación del paño...ya entonces se construyó y después de eso, una vez que ya estaba construido, dijeron "No, esta cuestión...vamos a hacer otra cosa". Me va a creer que, poco menos, destrozaron todo lo que se había construido y se construyó otra cosa ahora más grande. Pero mira, lo que digo yo, esas ineficiencias, todos esos costos ¿Quién los asume? Doña Juanita, pero doña Juanita somos nosotros mismos ¿Ve? Eso es más o menos.

### **ARNALDO CÁCERES VILDÓSOLA**

---

Me llamo Arnaldo Cáceres Vildósola, vivo en la Comuna de la Granja, calle Combarbalá, y participo en la Junta de Vecinos 13 de la Malaquías Concha, en la población Padre Hurtado, y en el Servicio de Salud.

Estoy extraordinariamente impresionado por las experiencias de mis compañeros, pero lo mío es mucho más simple. Mire yo siempre he pensado que la persona es el producto de su historia y de su experiencia, y lo que le va agregando la sociedad. Brevemente, yo soy el producto de la unión de un campesino de la zona del Bío-bío y de una inmigrante peruana de la zona de Arequipa. Entonces ¿Por qué y dónde se juntaron? Uno viviendo en el año 40 en una parte y otro en otra, esas movilizaciones que habían hace un tiempo hacía el sur... mi papá estaba haciendo el servicio militar en el regimiento Húsares de la Muerte, que es un regimiento de caballería que hay allá en Angol. Entonces lo llevaron en barco porque los bolivianos querían invadir. Lo llevaron al Norte y mi papá lo estacionaron en Iquique. Después le preguntaron si quería volverse, y no quiso, se quedó allá trabajando de mecánico.

Mi mamá emigro después del año 25, año en que se traspasó Tacna a Perú y ellos vivían cerca de Tacna. Algunos tuvieron que emigrar al norte, Lima, Argentina, y otros al sur. En Iquique fue donde se encontraron. Mi papá ingreso a la Fuerza Aérea llegó a ser sub-oficial mayor de aviación. Jubiló antes del Golpe. Pero yo no tenía mayores problemas que un barrio malo, de acá en San Miguel, barrio difícil de gente con malos hábitos, delincuentes, prostitutas...

Sebastián Moller: espéreme, sus papás llegan a Santiago

Arnaldo: Claro, a mi papá lo trasladaron a la comuna de El Bosque, por la Fuerza Aérea y ahí nos instalaron en el paradero 4 de la Gran Avenida, más o menos. Cerca de Santa Rosa. Y ahí conocí otro aspecto de la vida, de la ciudad...

Sebastián: ¿Usted nace en Santiago?

Arnaldo: No, en Iquique... Conozco la vida difícil de los arrabales de la ciudad de ese tiempo, años 40-45. Yo compartía mis juegos con el hijo del delincuente, con el que había matado a alguien, entonces en fin. En el barrio nos juntábamos y nadie hablaba de sus problemas, sino que ellos trataban con el tiempo de transmitirme su hábito: de ir a robar, pero yo me contenía un poco, nos conteníamos los 3 hermanos que éramos porque mi papá era estricto. Él llegaba de su pega y nos permitía un poco en la calle y a las 9 de la noche todos adentro. Ahí el mundo cambiaba, de un mundo difícil a un mundo... nosotros no le contábamos a mi papá que nos bañábamos en el Zanjón de la Aguada. Él nos preguntaba y nosotros "no, todo bien". Así que así me fui desarrollando como persona. Lamentablemente mi papá jubiló... cedió al trago, cayó en el alcoholismo y bueno, falleció. Bueno ahí nosotros estábamos en el Liceo, estudiando, yo había dado el bachillerato con buenas notas. En fin, hasta ahí no más quedamos en esa parte de los estudios...

Sebastián: Cuando él muere, ¿usted tuvo que dejar de estudiar?

Arnaldo: Sí, porque vino un período medio difícil con mi mamá. Mi mamá me decía mira, "tú si quieres seguir estudiando yo te financio los gastos y todo, pero si quieres trabajar, trabaja, yo no sé qué es lo que quieres hacer". "Me gustaría estudiar" le dije, pero me puse a trabajar. Entonces empezó la vida del trabajo y conocí esta parte del sindicato. Me junté con una persona, también del sector campesino, de Villa Alegre. Tuvimos 2 niños... y llegamos y arrendamos en La Cisterna. Yo dije "Voy a juntar unos pesos y vamos a comprar un sitio para nosotros" Entonces empezamos un

día a buscar por la Florida, toda esa parte y un pedazo de La Granja y encontramos un pedazo de terreno del fundo La Castrina. Vendían unos sitios en cooperativa. Entonces ya, fuimos a eso y eran sitios grandes de 500 metros. Justamente para la cosa rural y urbana. O sea ellos pensaban que la gente volvía del trabajo en la tarde y se ponía a jardinear o plantar...era una vida mejor.

La gente que compartía en ese entonces, con nosotros, era gente de trabajo. No había delincuencia. Pero, no teníamos agua, no teníamos luz, era un pedazo de terreno no más. Yo estaba acostumbrado a prender una luz, a bañarme con agua caliente. Y llegar a un lugar donde había que juntar agua, ir a buscarla, llegar a la tarde a las 8 pm y salir a 1 km el agua...o sea mi vida cambio. Pero, yo estaba dispuesto a salir adelante. Entonces se me acercaron unos vecinos y me dijeron, que ellos eran de la Junta de Vecinos, y yo dije "No, yo de juntas de vecinos nada que ver". Me dijeron que ellos pertenecían a un partido político. "Yo de partidos políticos, no me interesa", les dije. La vida de un militar es así, no se habla de política.

Sebastián: Su papá era militar ¿Usted también?

Arnaldo: Yo hice el servicio pero de militar no...bueno. Pero, de repente con el correr del tiempo y de la vida...yo decía "Necesitamos poner agua, necesitamos luz, necesitamos una escuela, un consultorio..." ¿Cómo yo sólo voy a resolver estos problemas para mi familia, sino me junto con estas otras personas que vienen a contarme también sus cosas? Pero era la gente... que estaba organizada era la única gente con la que se podía contar. Ya dije, me hago parte de la junta de vecinos. "Pero métase a la cooperativa también", y yo ... "¿Qué es eso de la cooperativa?" Bueno ahí estuvimos varios años de la cooperativa, yo llegué a ser presidente de la comisión de vigilancia de la cooperativa. Entonces yo me di cuenta de algo, que yo traía una educación, un nivel, y ellos eran obreros, carpinteros, gente de no muchos estudios...y ellos me decían. Ellos me decían "Mire nosotros tenemos problemas con el lápiz y sabemos que usted nos puede ayudar". Y claro, ahí escribía las cartas al alcalde, pidiendo un consultorio, una escuela... Bueno y con el tiempo me fui dando cuenta de que no había caso. La municipalidad no quería nada con nosotros...nos decían "ustedes son particulares", no son parte del Estado...entonces no teníamos nada que ver. Entonces yo les plantié que hiciéramos un consultorio. Si ellos eran albañiles, sabían...

Sebastián: ¿Usted le dice a la gente de la Junta de Vecinos, "hagamos un consultorio"?

Arnaldo: ¡Claro!, hagámoslo. Después hicimos una escuela. Entonces ya...ellos pensaban en una cosa de madera, con fonola...no les dije yo. Nosotros teníamos un terreno de 66.000 mts<sup>2</sup>. Que era el espacio social que nos dejaba la cooperativa. Entonces, en una parte, planeamos hacer un consultorio sólido. Yo le decía "Mire si hay un temblor fuerte, terremoto, tenemos que tener algo sólido en la población, donde recurrir". "No, si aquí nunca pasa nada!" Y empezó un debate...y al final la gente se cargó por hacer una cosa definitiva. Entonces conversamos con el arquitecto que nos dijo que teníamos que hacer unos box, la parte de la farmacia, la sala de espera...todas esas cuestiones...

Sebastián: y esto todo por cuenta de ustedes...

Arnaldo: Claro. Y la diferencia estaba en que toda la gente entendía que había que hacer eso, no como ahora "que a mí no me importa" o "no tengo tiempo". El día domingo salíamos con las palas y chuzos a trabajar en el consultorio. Porque cómo íbamos a atender los partos, las heridas, accidentes. Teníamos que venir al Barros Luco, en la noche traer a una persona que iba a dar a luz a las 4 de la mañana por terrenos que no tenían calles. Entonces el consultorio ya era un lugar. Lo inauguramos, le pusimos techo, bolones. Todavía existe el consultorio, la construcción...

Sebastián: ¿Y quién iba a trabajar ahí? ¿Los médicos?

Arnaldo: Mira, era difícil que una persona dijera "voy a meterme por allá al campo". Pero siempre hay alguien. En este caso un doctor boliviano, recién llegado a Chile, y él dijo "si, yo puedo, para empezar a trabajar". Y fíjate tú que estuvo 12 años, empezando...porque se enamoró del trabajo... se enamoró de la participación que veía de las señoras que aprendían primeros auxilios. El les enseñaba distintas cosas. Interesantes para todas ellas. Empezó un hambre de saber cosas de medicina, de atención a los niños. Después conseguimos en la Municipalidad la entrega de leche, y bueno. Así me fui metiendo en el tema de la salud en la práctica...

Sebastián: La misma gente de ahí se empezó a capacitar, en primeros auxilios y cosas así...

Arnaldo: Claro, después teníamos equipos de gente que en cualquier momento la gente estaba dispuesta al tratamiento de inyecciones. Que había que ir a caballo a donde una señora que necesitaba inyectarse. Era una vida de campo, pero yo siempre con la idea de que lo transformáramos a la manera en que yo lo había vivido. Que nunca me faltó nada...la vida de un miembro de las FFAA,

no era tan malo, pero llegué a una cuestión muy primitiva y eso me chocaba. Yo decía "tenemos que hacer cosas que vayamos nivelándonos a la manera como se debiera vivir".

Sebastián: ¿Qué nombre le pusieron al consultorio?

Arnaldo: Era el Consultorio Malaquías Concha porque quedaba en esa zona. Entonces, ellos, con el tiempo la Municipalidad nos mandó otros médicos, matronas, personal que daba cursos para que la gente aprendiera cosas. Y así me fui metiendo hasta que el año 72' más o menos, tuve que ir a trabajar a la Araucanía. Estuve trabajando por allá más de un año. Conocí toda esa...la vida de la gente mapuche, en un proyecto de un lenguaje bilingüe que se estaba desarrollando en esa zona. En gobierno de la Unidad Popular. Así que me llamaron de Santiago el día 9 de Septiembre del 73'. Dejé todo eso y me vine a Santiago, porque allá... después me andaban buscando...pero yo ya estaba en mi lugar habitual.

Así que, empezamos a vivir esa otra etapa. Yo tenía una admiración extraordinaria por la Fuerza Aérea, o sea yo me críe en las Fuerzas Aéreas prácticamente, muy cercano. Y ahí las cosas cambiaron y en primer lugar mi señora fue torturada en Investigaciones. Quedó en muy malas condiciones. Entonces, al poco tiempo también mataron a patadas a un amigo, a un vecino de ahí. Lo mataron aquí en San Ramón. Entonces, todo eso me fue cambiando la manera de pensar...entonces yo dije "esta cuestión está mala. Esto tenemos que cambiarlo. Tenemos que volver a vivir de la forma que se vivía antes: con juntas de vecinos, cooperativa, con todos los mecanismos que teníamos antes para poder mejorar la vida de la gente. Así que me metí en esa lucha contra la dictadura y en ese camino... bueno tuve detenciones dolorosas, mi hijo fue detenido en la Universidad de Concepción. Lo pasamos muy mal, muy mal. Estudiaba música y lo golpearon en un oído y le fracturaron la columna...pero logramos salir adelante, después de todo, ya nos quedamos con la cosa de la Salud.

Entonces una de las demandas que teníamos en la comuna era, un hospital para La Granja. La Granja, antes era una sola: La Granja, La Pintana y San Ramón, todo era La Granja. Así que estuvimos trabajando eso durante años. Hubo gente que cayó detenida por marchar, tuvimos que escaparnos varias veces de eso, haciendo protestas, cuestiones por el hospital de la Granja. Felizmente una vez que se recuperó la democracia en Chile, pasaron como 6 u 8 años, en que se

hizo realidad la construcción del Hospital Padre Hurtado. Entonces, hace 20 años... este año se va a cumplir el vigésimo aniversario del hospital, yo me metí al 1er Consejo Consultivo, en representación de La Granja, y entonces ahí hemos estado trabajando. Tratando de que el hospital progrese, y cosas bastante importantes como la posta de adultos, la ampliación de la posta, el 5to piso del Hospital; todo ha sido preocupación de los vecinos. A pesar de que la mayoría tiene una actitud muy individualista, personalista, siempre hay un grupo que está dispuesto con mucha pasión, a salir adelante y dar estas batallas por mejorar las cosas, un acto de solidaridad que a mí me ha sorprendido siempre.

Sebastián: O sea que esa solidaridad, no es sólo de los tiempos antiguos, sino actualmente también se encuentra.

Arnaldo: También. A mí me tocó verlo, por ser, como quien dice tener que soportar... bajar

a ese nivel de vivir en el campo, porque ni siquiera vivir en el campo era...no teníamos casa, había que hacer una cosa provisoria, pero ya a estas alturas es una población con todo lo que demanda la vida moderna.

Sebastián: La población Malaquías Concha. La Escuela la construyeron ustedes también?

Arnaldo: Si. Hicimos una escuela, de tablas de fonola, y había 2 profesores, la enseñanza básica los 6 años. Un profesor hacia primero, segundo, tercero y el otro hacía cuarto quinto y sexto. Así que los niños aprendían a leer, porque esa era la demanda. En la población la gente decía "mire mi niño ya va a cumplir 9 años y todavía no sabe leer, no ha podido ir a la escuela...". Porque la escuela de La Florida es tan lejos, hay que cruzar un canal y todo eso...y eso fue más claro... ya habíamos hecho un consultorio, hacer una escuela para nosotros.

# La participación social en dictadura: protagonismo popular

Social participation in dictatorship: popular protagonism

Antonio Infante <sup>1</sup>

Isabel de Ferrari <sup>2</sup>

Fanny Berlagosky <sup>3</sup>

El golpe militar, el terror y la crisis económica del 74/75 invisibilizan el tejido organizacional alcanzado durante la década anterior. Sin embargo la respuesta valiente de las iglesias primero a través del Comité Pro Paz y luego con la Vicaría de la Solidaridad y las Vicarías Zonales de la Iglesia Católica y de algunas organizaciones sociales como la Agrupación de Mujeres Democráticas o el Comité Nacional de Ayuda a Refugiados que deriva posteriormente a la Fundación de Ayuda Social de Iglesias Cristianas (FASIC), abre un espacio de acogida para profesionales y organizaciones que lentamente se va ocupando. Primero son grupos asistenciales de profesionales expulsados de sus trabajos y organizaciones de subsistencia inscritas en la tradición del movimiento obrero como los comedores infantiles o las ollas comunes; posteriormente al alero de ellos comienzan a surgir otras organizaciones como los “comprando juntos” o los “grupos de salud”.

En un estudio de Clarisa Hardy(1) aparecen en la RM, ya en 1982 los primeros grupos de salud, los que crecen rápidamente llegando a 137 en 1986 con la participación de más de 1500 personas, principalmente mujeres, vinculadas a ellos. En ese mismo estudio y como un indicador de la revitalización de la organización popular se consigna que el 40% de las personas que concurren a los grupos de salud van también a otras organizaciones. Otro dato interesante: el 60% de los grupos de salud reconocen tener una experiencia previa, lo que confirma la existencia de una tradición organizativa en el sector y una memoria histórica de experiencias previas. Por último y para confirmar la importancia que tuvo el alero eclesial en la época, más del 50% de los grupos tienen como lugar de reunión un local de iglesia.

Esta proliferación de grupos de salud se encuentra también en regiones, consignándose hacia el final de la dictadura la existencia de coordinadoras de grupos de salud en Santiago, Valparaíso y Concepción.

## **UNA NUEVA RELACIÓN ENTRE PROFESIONALES Y ORGANIZACIONES POPULARES**

El plebiscito del 80 marcó un punto de inflexión, la dictadura estaba para quedarse. Eso sumado a la crisis económica del 82 con una desocupación que superaba el 30%, fueron detonantes para la necesidad de organizarse. Así el 1983 se constituyó la Asamblea de la Civilidad; los colegios profesionales empezaron a activarse y también numerosas organizaciones no gubernamentales dedicadas a los temas de salud, muchas de ellas vinculadas a organizaciones sociales de base, principalmente grupos de salud.

El Colegio Médico, cuyo presidente encabezaba dicha Asamblea, a través del Departamento de Salud Pública que presidía Haydeé López invitó a los profesionales trabajadores del sistema solidario, del sistema público y en los colegios profesionales, para debatir sobre la realidad sanitaria del país. El grupo convocado por el Colegio debutó con una masiva Escuela de Verano con el objetivo de estrechar lazos, generar confianzas e intercambiar experiencias de trabajo.

La confianza y la fraternidad generaron una estrecha relación entre profesionales y grupos de salud, constituyéndose así la Coordinadora Metropolitana de Grupos de Salud, que se encargaba de intercambiar experiencias;

**Recibido el 23 de agosto de 2018. Aceptado el 04 de octubre de 2018.**

1 Médico Salubrista. Correspondencia a: ainfantebarrros@gmail.com

2 Enfermera. Consultora grupo educativo. Comuna de Lanco. Correspondencia a: mideferrarif@gmail.com

3 Matrona. Profesora asistente. Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile. Correspondencia a: fberlagosky@med.uchile.cl

hacer capacitaciones y elaborar los contenidos de actividades regulares y sistemáticas. La Conferencia sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata de 1978 y el lema “Salud para todos el año 2000” constituían un respaldo conceptual que sumado al apoyo del Colegio Médico daba ciertas seguridades. Todos los Enero desde 1985 se realizaron las escuelas de verano, a las que llegaron las principales figuras de la salud pública chilena que gota a gota retornaban del exilio. Se sistematizaron los trabajos presentados; se hicieron capacitaciones y convivencias durante el año y también análisis respecto a las consecuencias del desmantelamiento del Servicio Nacional de Salud.

Para todos quiénes participábamos en estas actividades era natural la convivencia fraterna entre profesionales y grupos populares de salud. La característica era la horizontalidad de las relaciones y el intercambio de sabidurías entre la teoría y las vivencias (2). Había sucedido antes en Chile algo parecido?

Esa pregunta motivó que Angélica Illanes se sumergiera en la historia de la salud pública(3) y recuperara la experiencia de las organizaciones de Mutuales Obreras de Socorros Mutuos del siglo XIX e inicios del siglo XX (4), en que los obreros se preocupaban de sus condiciones de salud, contratando profesionales para que los apoyaran en esa tarea. Se logra así la máxima expresión de horizontalidad entre profesionales y organizaciones populares.

## **LOS GRUPOS DE SALUD Y EL TRABAJO SOLIDARIO**

---

Como lo señala Isabel de Ferrari en una sistematización del trabajo en salud de la Vicaría de la Solidaridad en la Zona Oriente de Santiago(5): “Los grupos de salud fueron muy importantes en la vida cotidiana de los sectores poblacionales, con ellos desarrollamos campañas de salud, para prevenir las diarreas de verano y para evitar la deshidratación de los más pequeños, para evitar el contagio de sarna y pediculosis y tratarlos, para prevenir las enfermedades respiratorias, etc. Se formaron monitoras de salud en todos los barrios. Las monitoras eran en su mayoría mujeres, altamente comprometidas con su comunidad, conocidas por los vecinos, dispuestas a aportar con sus conocimientos para prevenir enfermedades y cuidar a las personas que lo necesitaban. Adquieren relevancia especial, durante los 80, organizando la atención de las personas que vivían la represión durante las protestas contra la dictadura, de los años 83 al 87, quienes recibían golpes, sufrían con las bombas lacrimógenas o tenían impactos de balines, etc. Consultaban a los grupos de salud y

estos realizaban atención de primeros auxilios.

Los grupos de salud, pasaron a integrar el tejido social de su comunidad y fueron un actor relevante en la creación de redes comunitarias de apoyo, para mejorar las condiciones de vida, los equipos de trabajadores de la vicaría de la solidaridad, pasamos a formar parte de esta red de apoyo comunitario, creando afecto, complicidad y lazos de confianza que nos permitían compartir nuestros conocimientos y la experiencia de las mujeres, madres, monitoras y de este modo se fue creando una práctica nueva de trabajo en salud, donde los roles eran de cooperación, de intercambio de experiencia y de respeto profundo por el conocimiento obtenido en la práctica. El saber técnico profesional dejó de estar por sobre el saber de la experiencia cotidiana de los grupos de salud; con ambos saberes, se lograba establecer un nuevo conocimiento, que permitía enfrentar la realidad y realizar intervenciones en salud apropiadas a la realidad local”.

“La experiencia en salud comunitaria demostró que en ausencia de la institucionalidad del Estado en salud, las organizaciones sociales y especialmente las mujeres toman un liderazgo y que las organizaciones desarrollan un gran potencial en el cuidado de las personas. Se crean redes de apoyo integrales, se ven las necesidades de agua limpia, de alimentos, de apoyo emocional, cuidado infantil y tratamiento de pediculosis a toda la familia. También realizan acciones de limpieza de casas, sitios eriazos y calles, para hacer frente a situaciones ambientales y zoonosis como la garrapata, que invadía las casas en primavera verano y ponía en riesgo de contagio a guaguas y niños pequeños”.

“Entre las necesidades más sentidas por las organizaciones sociales, especialmente por las mujeres, figuraba el acceso a atención de salud para de niños y ancianos para obtener cuidados sanitarios. En salud los problemas importantes eran la desnutrición, cuadros diarreicos con deshidratación en verano y enfermedades respiratorias en invierno, así como enfermedades infecto- contagiosas, como la sarna y la pediculosis. Incluso hubo un año con brote de sarampión, que no fue abordado desde la salud pública”.

Es interesante que la inserción de profesionales comprometidos junto con las organizaciones va generando un tejido social solidario que responde “a las necesidades apremiantes de alimentación, abrigo, cuidados y atención de salud, trabajo y cuidado, apoyo escolar y de recreación a niños y niñas, como eran las ollas comunes, los talleres de mujeres, y algunos de hombres que realizan actividades para tener ingresos, realizando arpilleras y diferentes tejidos,

grupos de recreación y cuidado infantil y organizaciones de mujeres que se reúnen para apoyarse y enfrentar la sobrevivencia cotidiana”.

En un documento interesante que sistematiza la experiencia del trabajo en participación desde la mirada del actor: sistema público de salud, grupos de salud y ONG(6) se señalan distinciones para cada uno de ellos, pensando en la proyección de su trabajo. Se destacarán aquí los principales obstáculos para proyectar su trabajo. De los consultorios indica: “un concepto de salud limitado, que no ha incorporado los aportes de la estrategia de APS, dada por esta constante sobrevaloración de roles técnicos y desvalorización de lo promocional y educativo, producto de la internalización de un modelo medicalizado”. En cuanto a los obstáculos presentes en los grupos de salud señala entre varios la “dificultad para motivar a la población para una acción participativa y comprometida en la solución de problemas”. Respecto a las ONG se hace referencia al modelo medicalizado, a cierta verticalidad en las relaciones con los grupos y a la falta de condiciones básicas para cumplir sus objetivos en un entorno represivo y de precariedad de medios.

## **EL COLECTIVO DE ATENCIÓN PRIMARIA**

En la medida que fue creciendo la actividad coordinadora del Colectivo al alero del Colegio Médico, fue apareciendo cierta incomodidad en esa organización gremial. El trabajo y las convocatorias eran mucho más amplias que simplemente médicos. Llegaban profesionales y no profesionales; múltiples instituciones abocadas al trabajo solidario y alguna tímida representación partidaria. El resultado fue la constitución del Colectivo en una ONG con financiamiento de la solidaridad internacional y esa independencia permitió potenciar el rol coordinador y de convocatoria a múltiples espacios de encuentro: Escuelas de Verano; Concurso de Iniciativas de los grupos de salud con financiamiento semilla; Cursos formales de capacitación de dirigentes y también de profesionales; Apoyo a estudiantes que efectuaban trabajos académicos en el ámbito de la salud pública y a algunos profesionales destacados que iniciaban su instalación en la patria después del exilio.

Esta coordinación se fue dando también en regiones: el Instituto de Educación Popular en Copiapó; la Coordinadora de Grupos de salud en Valparaíso; el GEA en la VI Región; el trabajo con grupos de salud en Concepción, Talcahuano y Coronel del

Arzobispado de Concepción y EPES.

La experiencia acumulada, con una gran confianza en la capacidad gestora de las organizaciones populares tuvo consecuencias felices. Un número importante de ollas comunes, con la asesoría de PROSAM para su difícil formalización como proveedores del Estado. Un equipo de profesionales también con sus orígenes en la Vicaría de la Solidaridad, obtuvo la calidad de concesionarios de la Junta de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) entregando miles de raciones a estudiantes de la región metropolitana; parte del equipo del Colectivo se integró a la formulación programática del primer gobierno democrático y muchos de los profesionales que circularon en torno al Colectivo asumieron tareas directivas en ese gobierno. El problema de aquello fue que al igual que lo sucedido en los inicios del siglo XX con las sociedades de socorros mutuos, el Estado asumió burocráticamente tareas de protección social que desmovilizaron de manera muy importante toda esa energía popular.

Las dificultades para proyectar el trabajo participativo se mantienen hasta la fecha y “uno de los puntos cruciales para avanzar en la participación en salud es el cuestionamiento del Modelo Médico Hegemónico como fuente de definición y mediador de cualquier proceso de participación social”<sup>4</sup>.

## **REFERENCIAS**

1. Hardy C; Organizarse para vivir: pobreza urbana y organización popular; Programa de Economía del Trabajo, PET, 1987.
2. De Ferrari Isabel, Rivera Raquel; Los Grupos Poblacionales de salud: una experiencia de participación comunitaria; Colectivo de Atención Primaria y Programa de Salud Vicaría Zona Oriente; 1989.
3. Illanes Angélica; En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia; Colectivo de Atención Primaria 1993.
4. Illanes Angélica; La revolución solidaria: historia de las sociedades obreras de socorros mutuos: Chile 1840-1920; Santiago 1990.
5. De Ferrari Isabel; El trabajo en salud de la Vicaría de la Solidaridad en la Zona Oriente de Santiago; (no publicado).
6. Marshall M Teresa y Cols; Participación en Salud: lecciones y desafíos; CORSAPS 1991.

4 Anigstein María Sol; Participación Comunitaria en Salud: reflexiones sobre las posibilidades de democratización del sector; Rev. Mad. N° 19; Septiembre de 2008



## Auge y caída transitoria de la participación social en salud: Chile 1965-1973

Transitory rise and fall of social participation in health: Chile 1965-1973

Antonio Infante <sup>1</sup>  
Sebastián Moller <sup>2</sup>

La participación social en salud tiene dos hitos fundacionales: el Decreto 250 del 15 de Mayo de 1967 (1) que crea los Consejos Comunitarios de la Salud y el DFL 602 del 1° de Septiembre de 1971 que crea los Consejos Locales de Salud y deroga el anterior. Es bueno precisar que el decreto de 1967 se dicta en el contexto de la promoción amplia de la participación popular durante el gobierno de Eduardo Frei Montalva que queda plasmada en la Ley de Organismos Comunitarios N°16.880 del 19/7/1968.

Las décadas del 50 y 60 en Chile y Latinoamérica se caracterizan por una importante migración del campo a la ciudad, generando poblaciones marginales en las que viven personas en muy malas condiciones, pero que buscan la “modernidad” que les ofrece la gran ciudad. Esa realidad que en los 60 constituía el 25% de los habitantes de los habitantes de Santiago, se acompaña de una creciente presión por demandas que contribuyan a mejorar las condiciones de vida de esos chilenos y chilenas. El gobierno de Frei Montalva, ya en su programa, pone énfasis en la necesidad de incorporar esa gran cantidad de población a la actividad cívica y económica. Para ello plantea constituir la Consejería de Promoción Popular como el organismo que coordine toda la actividad con las organizaciones comunitarias tanto territoriales como funcionales, promoviendo a través de éstas la concientización<sup>3</sup> de los sectores marginados(3). Proliferan en las poblaciones las Juntas de Vecino, los centros de madres, los clubes deportivos y tímidamente algunos consejos comunitarios vinculados a los policlínicos periféricos, preocupados de los problemas de salud.



**Dr. Patricio Hevia**

El Dr. Patricio Hevia fue un actor principal en esta aventura. Formado como pediatra y vinculado desde niño a la realidad socio sanitaria a través de su padre, un médico especialista en tuberculosis, decide tempranamente en su carrera desarrollarse en la pediatría social, eligiendo como su centro de operaciones el policlínico Quinta Bella, uno de los pocos centros existentes en la vasta zona norte de Santiago. Contaminado por el ambiente participativo de la época inicia una experiencia que vincula a las organizaciones sociales con lo que debe ser el programa de trabajo del consultorio.

Entre los objetivos de este Programa(4), realizado durante 50 sesiones con participación de múltiples actores de los equipos de salud y de la población, figuran:

“Estimular las buenas relaciones humanas entre los funcionarios del Consultorio y entre éstos y el público”.

Recibido el 23 de agosto de 2018. Aceptado el 4 de octubre de 2018.

1 Médico Salubrista. Correspondencia a: ainfantebarras@gmail.com

2 Sociólogo. Doctorante en Ciencias Políticas y Sociales, Universidad católica de Lovaina, Lovaina la Nueva, Bélgica. Correspondencia a: sebastian.moller.z@gmail.com

3 Como consecuencia del Golpe de Estado en Brasil en 1964, Paulo Freire había llegado asilado a Chile en 1965. “Su característica mayor es que, siendo un educador cristiano, tiene confianza en el diálogo formador entre educador y educandos, hasta el punto de convertirlo en una estrategia pedagógica para concientizar al hombre situado, sujeto que mediante el diálogo se asume como un actor que se transforma a sí mismo, transforma las relaciones con el otro y, entre ambos, transforman el mundo para concretar un modo de vida más democrático y autónomo” (2).

“Establecer y mantener contactos con los representantes de las comunidades del Distrito para una mejor comprensión y solución de los problemas locales de salud”.

“Establecer coordinación permanente y eficaz con las instituciones públicas, privadas y de la comunidad que de alguna manera participen en la solución de los problemas de salud del Distrito, propendiendo a la utilización racional de los recursos”.

“Fomentar las investigaciones que sean necesarias para elevar el nivel de salud de la comunidad con los recursos disponibles y los que puedan obtenerse de forma adicional”.

“Colaborar con las instituciones docentes en la práctica programada en el Consultorio, proporcionando a los estudiantes la oportunidad de enfrentarse a situaciones reales y concretas, que les permitan aplicar sus conocimientos teóricos y obtener conclusiones de carácter general”.

“Mantener sistemas de evaluación cuantitativa y cualitativa del Programa del Consultorio Distrital”.

En el Capítulo correspondiente a la jerarquización de problemas, define como prioridades la morbilidad materno infantil y del adulto, los controles de salud y la higiene ambiental. Señala además que “los problemas socio económicos y socio culturales no pueden ser jerarquizados pues constituyen el telón de fondo de los problemas enunciados”.

En cuanto a la higiene ambiental señala “el equipo del consultorio considera el programa de higiene ambiental como básico debido a la magnitud del problema y a la repercusión que tiene sobre la población en control. Sin embargo la organización actual de la oficina dificulta en la práctica la integración de las acciones de higiene ambiental con las del resto del programa general del Consultorio”.

“Se estima conveniente para una primera etapa perfeccionar los mecanismos de coordinación entre el equipo de salud del consultorio y los inspectores a cargo del distrito. Posteriormente..... se podría llegar a la descentralización de las acciones y a su integración efectiva en el Consultorio Distrital”.

Se estima que los Inspectores Sanitarios deben integrarse a las reuniones técnicas del Consultorio.

Otro aspecto de interés en el Programa es la sectorización de las actividades. “Cada sector estará a cargo de un equipo de salud local compuesto por profesionales y auxiliares, quienes

designan libremente un coordinador que los relacione con la unidad directiva del consultorio”.

Hay otros elementos de interés como la demanda por una descentralización presupuestaria; la presencia de una enfermera, “triadora” en los términos de hoy, para impedir que una persona en situación de riesgo quedara fuera de la consulta médica; una investigación que profundizara principalmente en aspectos sociológicos de la comunidad y también un estudio de la epidemiología de las defunciones materno infantiles.

Como se puede apreciar se trataba de un consultorio que buscaba una mirada integral del proceso salud enfermedad, con énfasis en el trabajo de equipo, la participación y el acceso oportuno.

La experiencia de Quinta Bella sirvió para que el nivel central del SNS recomendara esta forma de hacer las cosas. Sin embargo “la revolución participativa” no se extendió en salud tanto como en otros sectores, llegando a constituirse más de 19 mil organizaciones de base en todo el país, malla organizacional que se ha mantenido con altos y bajos a lo largo de todos estos años.

Del trabajo intenso en el nivel local surgen críticas e ideas para hacer efectiva la participación en salud. Se critica y se pide modificar el Reglamento de Organismos Locales de Salud (Decreto 250), por estar alejado de la realidad y porque los Consejos que forma son presididos por funcionarios del Gobierno Interior, dejando poco espacio de flexibilidad e innovación local. Los Consejos que propone no son representativos ya que llegan principalmente a nivel del hospital del Área, sin relevar la existencia de los consultorios. Propone en cambio vincularse a los centros de madres por la sensibilidad de esa audiencia y el creciente éxito en la constitución de éstos. Se fomenta el involucramiento de todo el equipo de salud y no sólo de las asistentes sociales. A través de ciclos educativos en salud el equipo se aproxima a la población y a sus necesidades, constituyendo Comités de Salud en las diversas poblaciones y teniendo como objetivo final el Consejo Distrital de Salud(5).

Es interesante observar cómo este dinamismo participativo desafía la estructura y organización del SNS. En un documento presentado al Seminario sobre atención médica ambulatoria de Mayo de 1968, el Dr. Hevia reclama: “son los consultorios unidades ejecutivas básicas o simples apéndices de los hospitales?”(6). En su propuesta insiste sobre las particularidades del nivel local; la necesidad de conocerlo en profundidad; su crítica a la imposición normativa

y programática desde el nivel central; “muchas veces la técnica aparece al servicio de la administración en lugar de estar la administración al servicio de la técnica”.

### **MÁS PARTICIPACIÓN Y MENOS CONTROL POLÍTICO**

---

La crítica al modelo de participación propuesto y la elección del Gobierno de la Unidad Popular tienen como consecuencia la derogación del Decreto 250 y su reemplazo por el Decreto 602 que crea los Consejos Locales de Salud, en sintonía con los Comités de Salud que funcionaron en Quinta Bella.

La principal diferencia entre ambos decretos es que en los Consejos Locales desaparece la tuición del ministerio del interior, entregando la conducción de este proceso a nivel de consultorios a personal sanitario.

En el decreto 250 se establecía: “Artículo 8°.- Los Consejos Comunitarios serán presididos por el Intendente, Gobernador, Sub-Delegado o Inspector o sus respectivos delegados, según sea el caso, y en su ausencia por el representante del Servicio Nacional de Salud”.

En cambio en el 602 se señalan quiénes serán los integrantes, dejando de lado para los consultorios al representante de Gobierno Interior, pero no se indica quién presidirá dicho Consejo. Las tareas de éste serán:

“Corresponderá a los Consejos Locales examinar los problemas de salud que afectan a la comunidad; propender a su solución mediante acciones rápidas y eficaces; promover el interés de los habitantes para participar en forma activa en solución de los mismos; colaborar en la divulgación de los planes de acciones de salud,

y representar las anomalías que aparezcan en la ejecución de esas acciones”.

Como consecuencia de esta mayor flexibilidad en su constitución comienzan a proliferar en los consultorios y hospitales dichos Consejos, contabilizándose a fines del gobierno popular 470 consejos en todo el país.

Toda esta efervescencia participativa llega a su final con el golpe de estado que prohíbe todas las instancias de asociación o reunión. Sin embargo este tejido social y sus miembros guardarán memoria de este proceso y volverán muchos de ellos a integrarse en los numerosos grupos de salud que se formarán espontáneamente durante la dictadura militar.

### **REFERENCIAS:**

---

1. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [Internet]. Santiago: BCN; 2018 [última actualización: Octubre de 2018] Disponible en: [http: https://www.bcn.cl](https://www.bcn.cl)
2. Pinto R. Paulo Freire: un educador humanista cristiano en Chile. *Rev. Pensamiento Educativo*. 2004; 34.
3. Olivares JA. De la Promoción Popular a la desafección política: una mirada a la revolución participativa de Eduardo Frei Montalva. En: III Encuentro Internacional sobre la vigencia del Humanismo Cristiano; Santiago 2015.
4. Programa General del Consultorio Distrital Quinta Bella 1966-1967. Conchalí Agosto de 1966.
5. Hevia P. Aspectos generales de la interrelación Consultorio Comunidad. Consejo Técnico Quinta Bella, 1966.
6. Hevia Patricio; Planificación en Salud y Consultorios. 1968



# Participación en salud: Análisis de interfaz socio-estatal y obstáculos para la colaboración entre los distintos actores de la salud en Chile

Participation in health: Analysis of the socio-state interface and obstacles for collaboration between the different actors of health in Chile

Sebastian Moller <sup>1</sup>  
Javier Ugarte <sup>2</sup>

## RESUMEN

---

**E**l presente artículo aborda el fenómeno de la participación en salud desde la observación de las distintas capas relacionales que se mantienen vigentes, y que le imprimen un carácter complejo, divergente y contradictorio. Para conducir este abordaje, el artículo define la participación como una interfaz de actores, relaciones, racionalidades y sistemas de prácticas que se solapan permanentemente y logran protagonismo en función de su posicionamiento histórico y cultural, especialmente en el campo de las políticas públicas de participación. Así, las distintas formas de comprender e impulsar la participación ciudadana en salud adquieren un lugar hegemónico en función de la capacidad que tienen de imponerse frente a las demás capas relacionales siempre vigentes en el campo de la participación, y materializar una agenda política con implicancias directas en las formas de definir a los usuarios, conducir las relaciones profesionales, diseñar los espacios, elaborar documentación, incluir o excluir actores del campo de la salud, entre otros múltiples focos de la participación ciudadana.

**Palabras clave:** *Participación Social, Chile.*

## INTRODUCCIÓN

---

En la actualidad, la participación social chilena en salud no se expresa a través de grandes movimientos sociales organizados, con algunas excepciones como fue el movimiento encabezado por Ricarte Soto, sino que se ancla más bien en distintas redes locales de participación, formadas al alero de diversas agendas de participación promovidas por la política pública desde la década de 1990 hasta el día de hoy (1). En el presente artículo sostenemos que estas agendas han concebido, generalmente, la participación como una herramienta de modernización de la gestión pública (2), y han tenido impactos inciertos al asentarse sobre tradiciones, valores o prácticas de participación, salud o administración que responden a lógicas divergentes. Se constituye, así, una interfaz (3) social, política y técnica que analizaremos mediante el aislamiento de algunas de sus relaciones más importantes, con el fin de caracterizar de cerca la participación en salud en la actualidad.

Como señala Long (3), *“las interacciones sostenidas en el tiempo entre distintos actores van desarrollando ciertos límites y expectativas compartidas, que moldean a tal punto la interacción, que las mismas interfaces se convierten en entidades organizadas de relaciones e intencionalidades”*. Esto nos permite recoger la historicidad de las relaciones que en salud se han establecido entre profesionales, funcionarios, pacientes, usuarios, ciudadanos, etc. superando una perspectiva lineal y coherente del desarrollo de la participación para atender a su composición siempre

---

**Recibido el 30 de septiembre de 2018. Aceptado el 4 de octubre de 2018.**

1 Sociólogo. Doctorante en Ciencias Políticas y Sociales, Universidad católica de Lovaina, Lovaina la Nueva, Bélgica. Correspondencia a: sebastian.moller.z@gmail.com

2 Doctorante en Ciencias Sociales, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Buenos-Aires, Argentina

contingente, compleja y frágil. En este sentido, la idea de interfaz nos ubica en un polo constructivista de análisis frente al desarrollo de las distintas experiencias de participación en salud, lo que supone poner en relieve los lenguajes, prácticas, sentidos y racionalidades históricas (4) que operan imbricadas en el campo de la participación, y sus efectos sobre las personas y las comunidades.

Sobre esta premisa de multiplicidad y solapamiento entre distintas formas de entender y poner en práctica la participación en salud, el presente artículo busca caracterizar esta interfaz en términos de algunas de sus relaciones constitutivas: 1) relación de servicio, 2) relación terapéutica, 3) relación tecnológica, y 4) relación espacial y territorial.

## **RELACIÓN DE SERVICIO**

---

Un primer tipo de relación, fundamental para entender la configuración de los dispositivos de participación en la actualidad, se ancla en las lógicas burocráticas del Estado y la pretensión de articular una política mecánica de participación desde arriba hacia abajo (5). Este tipo de relación se apoya en la normativa de participación elaborada desde la administración pública a partir de instrumentos como la institución de los Consejos de Desarrollo Local, la Ley de Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública, el instructivo presidencial que mandata la creación de normas sectoriales para la participación ciudadana y la consecuente apropiación de dicho mandato por parte del Ministerio de Salud en la Norma de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud - Exenta N°31 del 19 de enero de 2015. Esta configuración normativa decanta en una serie de mecanismos de participación que deben ser puestos en marcha en los distintos centros de salud. La característica principal de esta relación es su gerencia vertical. Esta participación es administrada desde las instituciones mandatadas para el cumplimiento de la agenda gubernamental, bajo un esquema neoinstitucionalista centrado en las capacidades estatales y no en la comprensión/transformación de la experiencia social de las personas en el ámbito de la salud. Esto motiva el despliegue de una racionalidad managerial (6) que se provee de las ciencias sociales, de la administración y de las comunicaciones, para implementar una interfaz participativa con las personas bajo la categoría de “usuarios”, haciendo abstracción de las particularidades tanto médicas como socioeconómicas. Bajo esta perspectiva no hay usuarios

enfermos ni usuario pobres, sino simplemente un tipo específico de actor que entra en relación con los aparatos técnico-administrativos mandatados para conducir un modo transversal de política pública como es la participación ciudadana (7).

Así, paradójicamente, una búsqueda del ejercicio del derecho a la participación basada en la implementación de mecanismos de democracia deliberativa, en donde todos se reconocen como iguales (usuarios), puede estar negando la real posibilidad de participar. Aquí se vislumbra el peligro de la concepción liberal de sociedad civil, que concibe a los ciudadanos como usuarios informados que persiguen intereses individuales y que son depositarios de las mismas competencias para participar en los espacios públicos “ofrecidos” por servicios públicos y privados (8). Esto supone un tipo de gestión en manos de expertos, y cuyo proceso está más cerca de los dispositivos burocráticos del Estado que del trabajo comunitario, pasando por alto las condiciones de vida, las rutinas performativas, lenguajes, formas de citación (9), y las redes sociotécnicas específicas que constituyen a los sujetos en el plano de la salud, dificultando el reconocimiento de la experiencia social de las personas en la interfaz de participación ciudadana.

Esto está en íntima conexión con la forma en que nuestra sociedad, y las latinoamericanas en general, se han insertado en la modernidad. Araujo y Martuccelli (10) relevan la necesidad de comprender las particularidades del proceso de individuación en Chile y Latinoamérica, ya que este no responde al modelo clásico de individualismo institucional de las sociedades europeas y no ha transitado de la misma forma por la genealogía foucaultiana del poder. En aquel desarrollo se configuró una interfaz socio-estatal mucho más cohesionada que en sociedades como las latinoamericanas: por una parte, el Estado era mucho más fuerte en la regulación de las conductas pero, por otro lado, también más permeable a la ciudadanía que se desarrolla a su alero. En nuestra sociedad los individuos se posicionan en función de sus habilidades para lidiar con la vida social, y esta vida no se considera siempre organizada desde lo estatal, cuestión que pone en discusión la idea de una *gubernamentalidad* (11) chilena o latinoamericana. Incluso si se reconoce la existencia de instituciones de gobierno, estas no adhieren del todo a un programa de gobierno del individuo. En ese sentido, la relación de servicio es una innovación técnica del Estado, hibridada con una fuerte semántica de derechos. Estas innovaciones son siempre parciales y levantadas por

equipos o por ciertos liderazgos al interior de las instituciones, al mismo tiempo que son resistidas por otros funcionarios. Esto revela cómo las mismas instituciones, en especial en el sector de la salud, están formadas por *capas geológicas* que han sedimentado a lo largo de los diferentes proyectos de modernización del Estado y de sus políticas públicas (8). Conviven así, en ellas, distintas racionalidades y culturas con ideas de desarrollo y de gestión diversas, así como con diferentes imaginarios de la ciudadanía, lo que puede llevar a que, desde la experiencia social de las personas con las instituciones, la relación de servicio sea episódica y fragmentaria.

## **RELACIÓN TERAPÉUTICA**

La participación en las decisiones terapéuticas ha corrido por un canal separado de la participación en la gestión pública que acabamos de describir. Esto es en gran parte explicado por la prerrogativa decisional que tienen los médicos en particular y las jerarquías de los profesionales de la salud, en general. La configuración de este espacio de encuentro entre profesionales de la salud y pacientes, ha carecido de reflexión en torno a su carácter de espacio público. Al contrario, constituido históricamente bajo el paradigma de la beneficencia, en hibridación con el paradigma científico, los espacios de salud pública han concebido la intervención y la producción de conocimiento del otro desde la asimetría y la prevalencia de un modelo estatal científico-burocrático (12), que ancla las decisiones de salud en modelos estadísticos, evidencias o protocolos alejados de la discusión ciudadana. Desde la época de post-guerra se comienza a romper la proximidad entre médico y paciente, celebrándose periódicamente y con mayor fuerza *el matrimonio entre medicina, biología e industria* (13). El nacimiento de la biomedicina marca una inflexión crucial en la relación terapéutica que estará, en adelante, determinada por la relación tecnológica, que describiremos en el apartado siguiente.

El tipo de participación que antecede a la biomedicina se relaciona con un contacto más cercano entre el médico, la identidad del paciente y sus condiciones de vida. Como señalamos, este antecedente marca la apertura a un trabajo clínico que no estaba sometido tan fuertemente a la presión asistencial y sanitaria de la gestión de la salud. Ahora bien, la existencia de una mayor proximidad entre profesional de la salud y paciente no establecía *ipso facto* un escenario plenamente

participativo. Aquí advertimos la distinta naturaleza de las relaciones que dan origen a la interfaz de la participación en salud que estamos describiendo: no se pueden superponer prácticas ni categorías analíticas desarrolladas al alero de relaciones distintas, a riesgo de adoptar un enfoque normativo que restrinja, a priori, la capacidad de comprender las múltiples interpelaciones a las que están sometidos los actores en esta interfaz.

La participación en el campo de la gestión de los programas de salud contiene interpelaciones del tipo *derechos de los pacientes*, cuyas definiciones y prácticas se ubican discursivamente en el plano terapéutico. Pero estas interpelaciones son extranjeras, provienen desde la relación de servicio que hemos descrito anteriormente, e intentan regular la relación terapéutica a través de instrumentos como protocolos de acción, metas y compromisos de gestión. La relación de servicio es, en este sentido, posterior a la relación terapéutica. La acción estatal influye así sobre la acción profesional y, a través de ella, sobre la experiencia de los pacientes en los dispositivos de salud. No son de extrañar las dificultades que tienen los profesionales de la salud para inscribir su quehacer en el marco de un espacio público participativo, al tener en cuenta que el espacio organizacional de la provisión de salud ha sido históricamente normado, primero, desde la beneficencia y luego desde la tecnología, siendo el hospital el escenario principal de puesta en obra de dichas racionalidades.

Aquí se hace muy pertinente la pregunta de David Armstrong: ¿Cuándo se puede comenzar a hablar de agencia de los pacientes? (14). Su recorrido, si bien es teórico, va develando cómo, desde la concepción parsoniana del rol de enfermo, que deja poco o ningún espacio a la idea de agencia autónoma de los pacientes, se ha ido abriendo a lo largo del siglo XX y hasta nuestros días un espacio, más bien de reflexión ética que de intervención práctica, que ubica al paciente en otro estatus dentro de los encuentros clínicos. En el encuentro clínico parece ineludible la delegación de ciertas decisiones en el profesional, lo que, por una parte, está ligado al tipo de afección que aqueja al paciente. Así, por ejemplo, los estados de trauma, delirio, u otros, dejan al paciente como un receptor de intervenciones. En otros casos, como el de infecciones agudas, se espera que el paciente coopere poniendo en práctica lo que se le prescribe. Finalmente, en estados crónicos el profesional debe ayudar al paciente a ayudarse a sí mismo, lo que lo deja como un socio que recibe consejos de un profesional o equipo de salud (15).

Sin embargo, el continuo entre la delegación, la toma de decisiones compartidas y la autonomía de los pacientes, está situado en espacios organizacionales que constriñen tanto a los pacientes como a los profesionales en las posibilidades que tienen de reflexionar e interpelar al otro (14). En este punto se deja ver una capa fundamental de tensiones en la interfaz de participación, que devela el impacto de la relación de servicio, que gravita entre la administración y la gestión de la salud poblacional, en los encuentros clínicos. En consecuencia, el modelo de relación terapéutica no se establece únicamente desde la cualidad de la afección del paciente sino también desde la cualidad del dispositivo de salud en el que se recibe la atención.

La relación terapéutica tensiona la interfaz hacia nuevas preguntas que complementan la interrogante de Armstrong: ¿Cómo se puede promover nuevas agencias en los actores que componen la relación terapéutica? y ¿Cómo dicha agencia se logra orientar hacia la co-laboración en las distintas fases de los encuentros clínicos? Como señala Kottow la laguna que separa a pacientes y médicos es una laguna ética (16). Sin embargo, para salir del embrollo se requieren espacios distintos de encuentro que aquellos entregados por los actuales dispositivos de salud. Si los profesionales de la salud, no sólo los médicos, han ido perdiendo los espacios de reflexividad sobre su quehacer, del otro lado, también es necesario cuestionarse sobre la ética de los pacientes. La mecanización y tecnologización del ejercicio clínico va restando y caducando prácticas esenciales de escucha, acompañamiento y atención a las particularidades históricas, individuales y colectivas, del sufrimiento, el padecimiento o la enfermedad. La transformación de la provisión de salud en espacios y éticas de curación centradas en la producción de síntomas y diagnósticos rígidos, deja fuera razones, identidades y condiciones de vida que, como es sabido, explican de mejor forma la salud de las personas y comunidades. Esta no es sólo una determinación externa sino que responde también a los propios actores de la relación terapéutica, que han ido rigidizando sus expectativas y roles en el encuentro clínico.

## **RELACIÓN TECNOLÓGICA**

---

La noción de paciente es bien ilustrada en el trabajo de Talcott Parsons sobre el *Sick role* (17), cuya definición hace referencia a una relación que establecen los *Enfermos* con el sistema social en

su totalidad, marcada por la despersonalización, la excepción de obligaciones sociales y la emergencia de expectativas generalizadas de recuperación. Desde este enfoque, el *Paciente* constituye un paréntesis en las funciones sociales que desempeña una persona, y que la mantienen integrada al sistema social, prevaleciendo la espera y la confianza de la sociedad completa en las actuaciones médicas y los intentos genuinos de la persona por mejorarse. Solo así se le permite al enfermo estar al margen de sus funciones laborales, educativas o domésticas. La pasividad del paciente en esta definición funcionalista de la relación terapéutica marca una asimetría de poder en el espacio de salud, asignando a los equipos médicos todo el conocimiento y el poder sobre las decisiones técnicas que deben ser tomadas ante una situación de enfermedad.

La pasividad del paciente en la relación terapéutica se sostiene en una definición del sujeto desvinculado de sus redes, reproduciendo un modelo organicista que no reconoce entidades sociales intermedias entre el sistema social en su totalidad y el sujeto. Desde la perspectiva de redes inaugurada por Georg Simmel (18), el individuo se construye en su tránsito permanente por distintos espacios sociales, cuyas normas, formas de control y autoridad, toman al sujeto siempre de manera parcial, en coordenadas espacio-temporales específicas. En una sociedad compleja, este tránsito marca la emergencia de un individuo, que, si bien experimenta distintos marcos normativos, nunca queda completamente tomado por alguno de ellos, en tanto es capaz de cambiar permanentemente sus espacios de interacción, y triangular saberes, técnicas, y la validez de una regla o norma en particular. En un estudio realizado por Rose Laub Coser (19), en torno a la hospitalización, esta autora señala que el proceso de alienación institucional del sujeto en el espacio médico se produce por una vuelta hacia el plano de las relaciones primarias, en que el entorno social amplio del sujeto se desdibuja (estado de excepción). Anulado en sus pertenencias múltiples, el sujeto se retrotrae a sus etapas primarias de socialización, marcadas por una concentración radical de la autoridad y el poder de decisión, y la mantención de una lógica afectiva familiar que busca regular de alguna forma el despliegue desmesurado de ese poder. La participación ciudadana, bajo esta comprensión, demanda una consideración específica en el campo de las relaciones terapéuticas, en tanto las pertenencias múltiples del individuo marcan la introducción de lógicas colectivas que complejizan

las decisiones de salud (20) y permiten al paciente adquirir una mirada individual, compleja y adulta frente al bienestar y el tratamiento de enfermedades o padecimientos.

Entre las lógicas colectivas que complejizan las relaciones terapéuticas desde el incremento de la participación ciudadana, se destaca la democratización de las decisiones técnicas basadas en evidencia científica. Michel Callon utiliza el concepto de “Democracia dialógica” (21) para describir un escenario en el que el conocimiento científico y la sociedad civil se reencuentran, configurando “Foros Híbridos” que permitan el encuentro de la ciudadanía con las formas de conocer el mundo que propone la ciencia y viceversa, distinguiendo y promoviendo una re-apropiación democrática de los efectos sociopolíticos y organizativos que devienen de las evidencias científicas.

Esta premisa de tránsito hacia una democracia dialógica coincide con los postulados de Nogueira (22) en términos de concebir a la sociedad civil como un *factor de reconstrucción ética y dialógica de la vida social*. Desde una mirada constructivista, la ciencia y la tecnología no son el producto de desarrollos lineales y deterministas, sino que responden a tensiones y consensos históricos, entre diversos intereses y formas interpretativas, que se materializan en evidencias y artefactos (23). En este sentido, las tecnologías médicas, y por cierto las técnicas terapéuticas, conservan en sus comprensiones y materialidades, una inmensa cantidad de supuestos y consensos sociales, culturales, políticos y económicos imbricados, que demandan una revisión ciudadana. Esta revisión “híbrida” busca socializar un entendimiento mutuo entre las ciencias y tecnologías médicas, y la ciudadanía, actualizando valores de bienestar, “buen vivir”, “vida saludable” (24) cuidado o trato, entre otros, que permiten sostener el campo de la salud como un espacio democrático, abierto a la discusión colectiva, y sensible a las complejidades y cambios sociales.

El ideal democratizador de la participación ciudadana en el campo de la salud supone la triangulación de la relación entre el paciente y el dispositivo médico, incorporando racionalidades colectivas dialógicas que articulan las experiencias sociales complejas del individuo con los sistemas de salud (intereses, identidades, normas, valores, etc.), suspendiendo la mirada funcionalista que dota de excepcionalidad el ámbito de las prácticas y el poder que se ejerce en el campo de la medicina. Para ello, es fundamental la apropiación tecnológica, o el desarrollo de tecnologías entrañables

(25), es decir, tecnologías que permiten la comprensión de la ciudadanía, y se empapan de valores democratizantes como es la disponibilidad, la polivalencia, la docilidad, la limitación, la reversibilidad, la recuperación, la comprensibilidad, la colaboración, la sostenibilidad y la responsabilidad social.

En Chile, un ejemplo de este tipo de acción ciudadana es la conmemoración del “Día internacional de protesta contra el tratamiento de electroshock”, cuyo objetivo es democratizar las técnicas que han derivado de una forma particular de concebir a los “locos” o las personas en situación de discapacidad mental, marcadas por la institucionalización, el aislamiento social, el desarraigo territorial, social, cultural, político y económico de las enfermedades de salud mental, y el despliegue de instrumentos de tratamiento rechazados por los usuarios como es el electroshock, la reducción física, el aislamiento espacial, el excesivo uso de medicamentos o la despersonalización del sujeto. En esta dimensión de la interfaz de participación ciudadana, las tecnologías y las materialidades de la medicina se ponen en el foco de una interpelación política y cultural que busca disminuir sus opacidades y reconstruir la historia de sus configuraciones específicas.

## **RELACIÓN ESPACIAL Y TERRITORIAL**

Como hemos señalado en las descripciones de la relación terapéutica y tecnológica, el espacio es un elemento fundamental de conservación o subversión del estado actual de la interfaz de participación ciudadana. El box clínico opera en su materialidad una serie de consensos acerca del grado de cercanía que puede tener el médico con el paciente, los tiempos de atención, la confidencialidad de los diálogos, la disposición del médico a exponer sus gustos personales, la cantidad de acompañantes, la satisfacción del usuario con su atención, etc. En la medida en que estos espacios se construyen bajo una lógica managerial, que busca volver eficiente el uso del tiempo y el espacio, la capacidad de generar nuevas agencias se deprime. Así también ocurre en el campo tecnológico, en tanto los consensos históricos sobre la manera legítima de tratar una enfermedad se materializan en protocolos, instrumentos, formularios o máquinas que vuelven opaca la relación terapéutica. Como señalan Tirado y Domènech (26), los elementos extrasomáticos buscan volver repetitivas las acciones y decisiones humanas, y como tales, son objetos políticos que materializan

y revitalizan en el presente decisiones tomadas bajo esquemas de poder pasados.

En este sentido el espacio y las materialidades de los dispositivos de salud son fundamentales para comprender la interfaz de participación. Bajo esta racionalidad espacial, el territorio emerge como una capa específica de la participación ciudadana. La manera en que el dispositivo se ubica y define su entorno territorial marca su nivel de apertura a las particularidades y complejidades de la salud, así como también su capacidad de *enjamburar* (27) tecnologías de autogestión, autocuidado, cuidado comunitario, prevención colectiva, etc. En este sentido, la participación se ancla en el diálogo y la mutua transformación entre el dispositivo y el territorio.

Entendiendo esta relación de co-producción entre los dispositivos y el territorio, esta capa de la interfaz nos invita a abandonar una mirada naturalista, idealizada o simplificadora del territorio, para observar y comprender las formas de producción, apropiación, representación o significación de los espacios en los que se desarrolla la convivencia humana, y que expresan el bienestar o malestar de las comunidades (28). El territorio remite a una doble apropiación: por una parte, a lo largo del desarrollo de las políticas públicas, ha sido comprendido, desde la hegemonía de la racionalidad burocrática managerial, como una categoría de medición, división y delimitación de las actividades de salud pública, especialmente reservada para los procesos de focalización y evaluación de inversiones. Sin embargo, el territorio también es vivido por los pobladores. Es el espacio, el *mundo de la vida*, en el que se gesta la individuación sui generis latinoamericana: aquella que no responde a un programa institucional fuerte, sino que se forja más bien desde la capacidad de los individuos para integrarse normativamente con otros, para lidiar con los obstáculos del día a día. En este escenario, las políticas públicas son parte del paisaje y no se constituyen como protagonistas de la vida social (10). Se tejen así comunidades que mantiene vínculos difusos con los programas institucionales del Estado, ya que estos tienden a ser diseñados e implementados de espaldas a la comunidad, e incluso al margen de la perspectiva de los propios interventores sociales.

Las redes locales que emergen de este tipo de relación pueden derivar en espacios de clientelismo y manejo estratégico de comunidades para transformar prestaciones públicas en un capital político partidista (29). En este último caso, los *brokers* territoriales emergen como un degeneramiento de

la participación vecinal y el territorio se reduce a un escenario de intercambios instrumentales que favorecen la posición de poder de un determinado grupo de personas.

Un segundo momento del territorio en la interfaz de participación ciudadana en salud emerge de la mano de los transversales de política pública (7), también denominados enfoques de la política, que incorporan categorías de género, interculturalidad, intersectorialidad, participación, derechos, entre otros, y buscan posicionar discursivamente determinadas dimensiones de los fenómenos sociales abordados por el Estado. La importancia de los entornos, los contextos y los determinantes sociales de la salud impacta en los transversales de la política de salud, motivando una mayor consideración por las particularidades de los territorios y las comunidades (28). Este enfoque ha motivado que los centros de salud integren nuevas misiones, anexas a la provisión de atención profesional. Bajo este modelo, llamado en Estados Unidos, *Anchor Mission* o *misión de enraizamiento*, los establecimientos de salud ponen a disposición de la comunidad todos los recursos que tienen, incluso aquellos no necesariamente clínicos como recursos económicos y humanos, a través de iniciativas para mejorar la salud desde sus determinantes sociales y ya no solamente desde la lógica de la prevención o curación de enfermedades (30).

En este sentido, el emplazamiento de un centro de salud tiende a desbordar la lógica managerial, poniendo en el centro de la interfaz las relaciones territoriales. Sin embargo, este modelo, desarrollado en contextos de subsidiaridad del Estado, más que poner en discusión lo que es salud y enfermedad, apunta a abrir otros medios de acción para la racionalidad sanitaria. Así, la misión biomédica puede permanecer intacta, acompañada ahora por otras misiones complementarias. La interrogante es si el fortalecimiento de la relación territorial a través de este modelo mantiene la hegemonía de la biomedicina, relegando los fenómenos sociales, culturales, psicológicos, y por cierto territoriales, a comprensiones auxiliares que no modifican la forma de administrar las enfermedades y los procesos de recuperación (31). La relación territorial perdería así su potencial de movilizar efectivamente un cambio en la agencia de los actores de la salud.

Finalmente, la geografía crítica (Soja, Lefebvre y Harvey, entre otros) constituye un tercer escenario en el que el territorio se constituye efectivamente como un movilizador de cambios sustanciales en la interfaz de participación ciudadana, instalando

la pregunta por los fenómenos que emergen de una relación situada entre los cuerpos, las mentes y los territorios. La geografía crítica busca deconstruir la enfermedad y ponerla en diálogo con las trayectorias, las relaciones, las materialidades, las historias o significados presentes en el territorio, incorporando nuevas miradas acerca del malestar, al padecimiento, el deterioro o la protección de la salud de las personas (28). En este sentido, la racionalidad territorial busca desplazar la mirada managerial y tecnocrática de la salud, para revalorizar las prácticas y significados de las personas y comunidades frente al bienestar, el sufrimiento, el malestar o el buen vivir, entendiendo que el espacio histórico que habitan es determinante en el tipo de relación que establecen con sus cuerpos.

## CONCLUSIONES

La interfaz de participación ciudadana en salud que hemos revisado en el presente artículo, está configurada en diversos niveles por relaciones burocráticas, profesionales, tecnológicas y espaciales marcadas por la multiplicidad y heterogeneidad de sus prácticas, lenguajes, racionalidades y dinámicas de poder. Cada una de estas capas de la interfaz da cuenta de la complejidad de la participación ciudadana, la imposibilidad de abordarla como una cuestión puramente técnica, y la necesidad de reconocer los espacios de creatividad dispersa y artesanal de resistencia frente a las racionalidades que traducen y hegemonizan la categoría de participación en cada una de sus vertientes relacionales. Ya sea en las oficinas burocráticas, en los box de atención, en la búsqueda de alternativas terapéuticas o en la interacción comunitaria, nos encontramos con tácticas de resistencia, que utilizan pequeños fragmentos de tiempo y espacio para inhabilitar los mecanismos que modelan y restringen las posibilidades de reflexión, cuestionamiento, responsabilización y colaboración en el campo de la salud. A esto se refiere Michel de Certeau con microresistencia o microlibertades (32), cuya relevancia para la interfaz de participación ciudadana se relaciona con la mantención permanente de un excedente de sentido y posibilidad de acción, que en determinadas circunstancias puede subvertir el estado actual del discurso y las prácticas de la participación ciudadana.

Es muy difícil seguir las huellas de estas microresistencia, puesto que constituyen ejercicios re-interpretativos (33) en el lugar que (re)produce otro; otro que domina las reglas del juego. Como hemos visto, la racionalidad de la gestión, que

mantiene la interfaz de participación en un plano retórico, sin tocar los fundamentos de un proceso democratizador efectivo en el campo de la salud, logra materializarse en una serie de discursos, instrumentos, objetos, congresos, manuales, protocolos e incluso las espacialidades de la salud, obturando relaciones históricas que conservan el estado actual de las agencias del usuario, del médico, del burócrata, del familiar, y de todos los actores involucrados en el fenómeno de la salud. Por su parte, las tácticas de resistencia, de un médico que se toma el tiempo para escuchar, para visitar los territorios, de un usuario que se interesa por conocer en profundidad las aristas de la enfermedad y colabora con el médico en la búsqueda de tratamientos adecuados a sus particularidades, de familiares involucrados dispuestos a aprender y aportar al desarrollo de nuevas técnicas de cuidado, etc. constituyen prácticas que no se materializan, en tanto no logran ejercer el poder necesario para inscribir nuevos objetos en la interfaz.

Siguiendo la reflexión de Armstrong (14) notamos que la construcción de lo que hoy conocemos como pacientes es el resultado de una serie de diseños tanto organizacionales como relacionales en los que los mismos pacientes han tenido limitadas oportunidades de participar. Este punto es fundamental, en tanto las interfaces motivan fenómenos de individuación que en muchos casos operan como un Looping Effect (34), es decir, cambios en la manera en que los usuarios se relacionan consigo mismos sobre la base de las definiciones y técnicas estandarizadas en un espacio de salud. Los usuarios asumen las categorías presentes en la interfaz de participación ciudadana y tienden a ajustar su campo de prácticas en función de una definición de sí mismos como receptores pasivos, con conocimientos técnicos insuficientes para colaborar activamente en los dispositivos de salud.

Finalmente, cabe destacar que el concepto de interfaz ofrece un énfasis relacional cercano a la sociología de la traducción o de las asociaciones (35), cuyo valor de análisis se ubica en la posibilidad de rastrear las entidades, agencias, y los ejercicios de traducción que derivan en la hegemonización de una política pública, como es la de participación ciudadana en el campo de la salud. En este sentido, es fundamental abandonar una mirada neutral, pseudo-técnica, pseudo-científica, de las políticas públicas, y comenzar a abordarlas en su dimensión compleja, histórica, cambiante y en permanente tensión. Como señala Shore y Wright (36), *las políticas públicas pueden ser leídas de*

*diversas maneras: como textos culturales, dispositivos de clasificación, narrativas que justifican o condenan el presente, dispositivos retóricos o formaciones discursivas que funcionan para empoderar a algunas personas y silenciar a otras.* En este sentido, el ejercicio de desgranar las interfaces relacionales en las que operan estas políticas constituye un ejercicio democratizante, en el sentido de contactar las políticas con su condición híbrida, cultural, política, histórica, intencionada, y, luego, permitir un posicionamiento efectivo de la ciudadanía frente a estos dispositivos.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Delamaza R., Montecinos C., Ochsenius C. Redes de política pública y agendas de participación ciudadana en el Chile posttransicional ¿Desafiando la política o recreando sus límites?. *Gestión y Política Pública*. 2012; 21 (1)
2. Anigstein, M. Participación Comunitaria en Salud: Reflexiones sobre las posibilidades de democratización del sector. *Revista Mad*. 2008, 19: 77-88.
3. Long, N. The multiple optic of interface analysis. UNESCO Background Paper on Interface Analysis. Wageningen University. 1999.
4. Castro-Gómez S. Historia de la gubernamentalidad: Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; 2010.
5. Geva-May, I. (ed.) *Thinking Like a Policy Analyst*. New York: Basingstoke, Palgrave MacMillan; 2005.
6. Alonso L., Fernández C. El imaginario managerial: El discurso de la fluidez en la sociedad económica. *Política y Sociedad*. 43 (2):127-151.
7. Serra, A. La gestión transversal. *Expectativas y resultados. Reforma y Democracia*. 2005, 32: 1-17.
8. Delamaza G. *Enhancing democracy. Public policies and citizen participation in Chile*. New York: Berghahn Books; 2015.
9. Butler J. *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós; 2002.
10. Araujo, K. Martuccelli, D. Beyond Institutional individualism: Agentic individualism and the individuation process un Chilean society. *Current Sociology*. 2014, 64(1): 24-40.
11. Foucault M. *Nacimiento de la biopolítica: Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica; 2007.
12. Ramos-Zincke C. Datos y relatos de la ciencia social como componentes de la producción de realidad social. *Convergencia Revista de Ciencias Sociales*. 2014; 21 (66): 151-177.
13. Kottow M. La enseñanza de una bioética proximal. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 2015, 15(2): 14-25.
14. Armstrong D. Actors, patients and agency: a recent history. *Sociology of Health and Illness*. 2014, 36(2): 163-174.
15. Szasz Th., Hollender M. A Contribution to the Philosophy of medicine. *The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship*. *AMA Arch Intern Med*. 1956; 97(5): 585-592.
16. Kottow M. *El Paciente. La medicina cuestionada. Un testimonio*. Santiago de Chile: Ocho Libros, 2014.
17. Parsons T. The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered. *Health and Society*. 1975; 33 (3): 257-278.
18. Simmel G. *Sobre la individualidad y las formas sociales*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes; 2000.
19. Laub R. The Complexity of Roles as Seedbed of Individual Autonomy. En: Laub, R. (ed). *The Idea of Social Structure: Essays in Honor of Robert Merton*. New York: Harcourt Brace Jovanovich; 1975.
20. Barone A, Yoels W, Clair J. How Physicians View Caregivers: Simmel in the Examination Room. *Sociological Perspectives*. 1999; 42(4): 673-690.
21. Callon, M; Lascoumes, P; Barthe, Y. *Acting in an uncertain world. An essay on technical democracy*. Massachusetts: Institute of Technology; 2009.
22. Nogueira M. La sociedad civil como campo de luchas, como recurso gerencial y como espacio ético. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. 2003; 25.
23. Pinch T, Bijker W. The Social Construction of Facts and Artefacts: Or How the Sociology of Science and the Sociology of Technology Might Benefit Each Other. *Social Studies of Science*. 1984; 14(3): 399-441.
24. Korp, P. The symbolic power of 'healthy lifestyles'. *Health Sociology Review*. 2008; 17: 18-26.
25. Quintanilla, M; Parselis, M; Sandrone, D; Lawler, D. *Tecnologías entrañables*. Madrid: Catarata; 2017.
26. Tirado F, Domènech M. Asociaciones heterogéneas y actantes: El giro postsocial de la teoría del actor-red. *Revista de Antropología Iberoamericana*, Ed. Electrónica. 2005; 1-26.
27. Foucault M. *Vigilar y castigar: Nacimiento*

de la prisión. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2008.

28. Borde E, Torres M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. *Saúde Debate*. 2017; 41: 264-275.

29. Arriagada E. El intercambio de bienes simbólicos: fundamento de los vínculos clientelares. VI Mesa Hispana para el análisis de redes sociales. En: XXVIII International Sunbelt Social Network Conference. St. Pete Beach, Florida; 2008.

30. Norris T. Can Hospitals Heal America's Communities? "All in for Mission" is the Emerging Model for Impact. Democracy Collaborative [Internet]. 2015 [Consultado en junio de 2018] Disponible en: <https://democracycollaborative.org/sites/clone.communitywealth.org/files/downloads/CanHospitalsHealAmericasCommunities.pdf>.

31. Berg M, Mol A. Differences in medicine: Unraveling practices, techniques and bodies. Durham and London: Duke University Press; 1998.

32. Certeau M. La invención de lo cotidiano. México, D.F.: Universidad Iberoamericana; 2000.

33. Dosse F. Michel de Certeau: El caminante herido. México, D.F.: Universidad Iberoamericana; 2003.

34. Hacking I. The looping effect of human kinds. En: Sperber, D; Premack, D; Premack A. (eds) Causal cognition: a multidisciplinary debate. Oxford: Oxford University Press. 2005; 351-83.

35. Latour B. Reensamblar lo social. Una introducción a la teoría del actor-red. Buenos Aires: Ediciones Manantial; 2008.

36. Shore C, Wright S. Anthropology of Policy: Critical perspectives on governance and power. Taylor & Francis e-Library; 2005.



# Tensiones y paradojas en los procesos de participación social en salud

Tensions and paradoxes in the processes of social participation in health

Nora Donoso<sup>1</sup>

## RESUMEN

El presente artículo busca invitar a la reflexión acerca de los avances, retrocesos, obstáculos y desafíos de la participación en salud. Entrega elementos del contexto en el que se desarrollan procesos de participación y problematiza a partir de la experiencia de actores claves, acerca de las reales posibilidades de incidencia de la ciudadanía en las decisiones vinculadas a la salud y de construir procesos de participación de carácter sustantivo e instituyentes. Busca identificar tensiones y paradojas que dificultan el avance en estos procesos y las relaciona con las inflexiones de política pública en salud y la capacidad de protagonismo de la sociedad civil con vistas a buscar vías para la instalación de prácticas de carácter transformacional.

**Palabras clave:** *participación en salud, relaciones de poder, incidencia en la toma de decisiones, prácticas transformacionales.*

## ABSTRACT

This article seeks to invite reflection on the advances, setbacks, obstacles and challenges of participation in health. It provides elements of the context in which participatory processes are developed and problematizes, based on the experience of key actors, about the real possibilities of incidence of citizenship in decisions related to health and to build participation processes of a substantive and instituent nature. It seeks to identify tensions and paradoxes that hinder progress in these processes and relates them to inflections of public health policy and civil society's capacity to be protagonists with a view to finding ways to install practices of a transformational nature.

**Key word:** *participation in health, power relations, incidence in decision making, transformational practices.*

## INTRODUCCIÓN

El presente artículo tiene como objetivo, invitar a una reflexión acerca de los avances, retrocesos, obstáculos y desafíos de la participación y ciudadanía activa en salud. Se construye a partir de una reflexión personal<sup>2</sup> y recoge, además, opiniones vertidas por actores claves<sup>3</sup> de procesos de participación en salud en el período 2014-2018, a través de espacios conversacionales en los que se rescata su relato de manera textual de modo de

**Recibido el 24 de junio de 2018. Aceptado el 4 de octubre de 2018.**

1 Trabajadora Social PUC, Master en Investigación Participativa para el Desarrollo Local, U. Complutense de Madrid, Diplomada en Promoción de la Salud, INTA –U. de Chile, Doctora © en Educación. Académica de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO, Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Integrante del Gabinete Ministerial 2014 – 2018 Ministerio de Salud, Encargada de Participación Social de la Subsecretaría de Redes Asistenciales 2003 – 2010. Profesional Asesora Departamento de Promoción de la Salud 1992 – 2003. Correspondencia a: donoso.nora@gmail.com

2 La reflexión personal está alimentada desde la experiencia de la autora como integrante del equipo a cargo del tema en la División de Atención Primaria en la década del 90, luego como encargada de Participación Social en la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en la primera década del 2000 y, como integrante del Gabinete Ministerial, en el segundo gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet.

3 Fueron parte de estos espacios conversacionales, Integrantes del COSOC del MINSAL; Pablo Albornoz, Eliana Suazo, Patricio Talavera, Rosa Vergara y profesionales de la salud; Andrea Bastías, Tomás Kirberg, Luis Galleguillos (APS/ Salud Mental, Promoción de la Salud/ Participación Social), Fernando Troncoso, Raquel Olmos, Rafael Miquel (Servicios de Salud, primer y segundo nivel directivo).

sustentar las afirmaciones contenidas en el documento<sup>4</sup>. Proporciona elementos del contexto en el cual se instala y desarrolla la participación en salud para luego analizar las tensiones y paradojas que rodean a este proceso.

## **EL CONTEXTO DE LA RE- INSTALACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD**

El proceso de transición política y redemocratización del país; la situación de deterioro de las relaciones al interior de los distintos componentes del sistema, entre los trabajadores y las comunidades locales; el bajo impacto de la formación en servicio de los equipos técnicos; la ausencia de políticas integrales para mejorar la situación de salud; la insatisfacción creciente de la población usuaria; prevalencia y profundización progresiva de inequidades y desigualdades en salud, y la falta de reconocimiento y valoración del nivel primario de atención, caracterizan el contexto en el cual se (re) instala<sup>5</sup> la participación en salud.

Los ajustes al sistema de salud a partir de 1990, buscaron mitigar los efectos de la privatización, municipalización y en general, los procesos de descentralización incompletos del sistema de salud. Chile se hace parte en términos prácticos, de los acuerdos internacionales de Alma Ata, la Carta de Ottawa, entre otros, que ponen el acento en la incorporación de la participación social y comunitaria en el cuidado de la salud y el control de sus determinantes, modelos de atención integral, la reorientación de servicios hacia acciones de carácter preventivo y de fomento de la promoción de la salud.

En forma paralela, el Programa de Modernización del Estado, influye en la generación de distintos mecanismos e instancias de participación social en salud, y, a la vez, desde el propio sector, se buscó recuperar experiencias e iniciativas desarrolladas por ONG en contextos de restricción política, otorgar continuidad a procesos de intervención local en salud, y la aplicación de metodologías participativas, a través de su institucionalización y transversalización. En suma, el reestablecimiento de una relación más democrática y colaborativa entre la ciudadanía y el Estado en salud.

## **PROMESAS, TENSIONES Y PARADOJAS**

Hablar de participación, necesariamente alude al tema del poder. A decir de Foucault, ... *“cuando se define el ejercicio del poder como un modo de acción sobre las acciones de los otros, cuando se caracteriza esas acciones como el gobierno de los hombres por otros hombres - en el sentido más amplio del término - se incluye un elemento muy importante: la libertad. El poder sólo se ejerce sobre sujetos libres. Por esto entendemos sujetos individuales o colectivos que están enfrentados a un campo de posibilidades en el cual diversas formas de comportarse, diversas reacciones y comportamientos pueden ser realizados”*...

(1). Hacer de la participación en salud, una realidad posible, supone, una redistribución del poder, generación de sujetos autónomos con capacidad para incidir en las decisiones en torno al cuidado de la salud individual y colectiva, en contextos de participación más sustantivos (2) y de carácter instituyente (3)

Sin duda, la participación en las decisiones en salud, ha sido una aspiración de la Sociedad Civil y una promesa por parte del Estado. Desde 1990, se han destinado recursos tanto técnicos como financieros a la instalación y desarrollo de procesos de participación, a la formación en metodologías de trabajo comunitario, re incorporación del trabajo social como parte de los equipos interdisciplinarios, creación de fondos de apoyo a proyectos locales de promoción de la salud, financiamiento de iniciativas ejecutadas por organizaciones no gubernamentales y organizaciones de base comunitaria (4) (5) (6) (7) (8). Actores sociales concuerdan en que *“desde la vuelta a la democracia el sector Salud fue implementando una serie de normativas y leyes, que progresivamente han permitido hablar actualmente de Participación Social, convirtiéndose en un área pionera en el tema”*...

La Reforma de la Salud del 2005<sup>6</sup>, por su parte, genera una nueva inflexión en los procesos de participación, incorporando el enfoque de derechos y una mirada garantista en la relación ciudadanía - estado y crea instancias de participación en SEREMI, Servicios de Salud y Hospitales, sistemas de quejas y reclamos. Sin embargo, no necesariamente recoge (9), la experiencia desarrollada desde 1994 en adelante (Consejos de Desarrollo Hospitalario, Consejos de Desarrollo Local entre

4 Se utilizó como instrumento, una pregunta abierta sobre alcances y obstáculos aplicado a través de medios virtuales a actores relevantes del proceso de participación durante el período 2014 - 2018.

5 El decreto 602 de 1971, creó dos instancias de participación local en salud; los Consejos Locales de Salud y Comités Paritarios, expresión de la voluntad de instalar formalmente, procesos de participación en salud.

6 La Ley de Autoridad sanitaria crea los Consejos Consultivos Hospitalarios, Consejos de Integración de la Red Asistencial, Consejos Asesores Regionales, instancias de participación de carácter representativo en los hospitales, Red Asistencial y SEREMI como parte del proceso de Reforma Sanitaria del 2005.

otras), y especialmente, la calidad y los niveles de participación alcanzados. Dicho avance da paso a una aplicación estricta de protocolos y procedimientos generados por el marco legal vigente, y deriva en una restricción y sobre institucionalización de la participación, abandonando en muchos casos, el énfasis en la calidad de los procesos y en la generación de sujetos con capacidad de movilización en torno a temas prioritarios y autonomía en el cuidado de la salud tanto individual como colectiva.

Puede señalarse que, los alcances y grados de incidencia de la ciudadanía en las decisiones públicas, han dependido de las inflexiones de política, tanto a nivel sectorial como gubernamental, y de la propia situación local; estilos de liderazgo, la voluntad política de los directivos a nivel país, capacidad de movilización e integración de las comunidades locales, entre otros factores ((9). Así, encontramos frecuentemente, relaciones de carácter más bien populista entre los equipos de salud y las comunidades locales, procesos de participación en torno a acciones de carácter cortoplacista, con escaso impacto en la salud de la población. La tendencia a la planificación “desde arriba” ha puesto el freno a procesos de descentralización política y administrativa. Esto también supedita la participación intersectorial y comunitaria a la ejecución de acciones de carácter aislado que responden a metas definidas desde el centro, y en mucho menor medida, vinculada a procesos de planificación local con enfoque estratégico y sustentable. Si bien el discurso institucional incorpora la participación en un contexto de reorientación de los servicios hacia acciones de salud colectivas, preventivas, promocionales, resultan insuficientes para alterar la práctica tradicional biomédica y asistencial a nivel de la APS (10).

Dentro de los equipos técnicos hay posiciones aún más críticas. *“La cultura de mercado nos ha penetrado psíquicamente, esperamos resultados inmediatos y no procesos, esperamos productos entregados por prestadores y no co-construcción, esperamos servicios y no participación, esperamos invertir poco y ganar mucho y pronto”... Es necesario realizar arreglos institucionales... “incorporar la participación activa de los jóvenes, como también que se involucren todos los funcionarios en este proceso (...), para poder incorporar a nuevos actores se debiera contar con una extensión horaria para el trabajo comunitario”.*

Un giro hacia una mayor incidencia en el diseño, implementación, evaluación de las políticas de

salud lo señala el ejercicio de rendición de cuentas de las autoridades, los presupuestos participativos como espacios deliberativos y de incidencia en el uso de recursos públicos en salud (11), y; algunas instancias de diálogo y desarrollo de consultas ciudadanas (presenciales o virtuales) acerca de temas de creciente interés de la ciudadanía (defensa de derechos en salud, protección del medio ambiente, distribución y calidad de fármacos, entre otros). Para los encargados de participación en los Servicios de Salud, *“este nivel de participación ha permitido que desde estas instancias, se pueda ejercer cierto control social sobre la gestión en salud. Los dirigentes se han convertido en referentes válidos ante las autoridades locales, regionales y nacionales. Los Consejos Consultivos de Salud...en sectores de mayor vulnerabilidad, se han convertido en redes de solidaridad”.*

Sin embargo, en el sector, se aprecia una distancia y falta de continuidad en el discurso acerca de la necesidad de avanzar en procesos más sustantivos de participación social en salud, como por ejemplo, el apoyo a procesos de planificación local participativa en marcos crecientes de descentralización político administrativa; la búsqueda de la equidad y pertinencia cultural de las acciones de salud; la transversalización del enfoque de derechos y ejercicio de la ciudadanía activa en el desarrollo de una agenda de inclusión y protección social sostenible. Existiría una permanente tensión entre la participación representativa y la participación directa, entre relaciones de carácter más democrático y relaciones más bien clientelares, paternalistas, y populistas, facilitando - desde la lógica del estado - el acceso a la oferta, más que una respuesta a la demanda ciudadana. En un marco de creciente desconfianza entre la ciudadanía y las instituciones públicas, para los dirigentes sociales, *“uno de los grandes obstáculos, son los mecanismos legales que excluyen a la población para el trabajo en conjunto (...) que limitan su incidencia y participación. Uno de los grandes desafíos, es potenciar los consejos consultivos o espacios de participación, para que puedan sentirse parte de la construcción de lineamientos e iniciativas que tengan un impacto directo en la población”...*

La propia ciudadanía ha buscado otros caminos para expresar demandas y poner temas en la agenda pública. Ha ejercido una participación directa, mostrando una orgánica que ha permitido que ciertas demandas se hayan transformado en iniciativas legales que han dado origen a derechos y garantías en salud<sup>7</sup>. El uso de los Medios de

7 La Ley Ricarte Soto, por ejemplo, muestra cómo el uso de distintas estrategias de participación ciudadana más allá de los marcos institucionales, se ha traducido en garantías exigibles y mecanismos de control ciudadano sobre la gestión y uso de recursos del programa, tales como el Comité de Evaluación Priorizada y Comisión de Vigilancia Ciudadana.

Comunicación Masivos, redes de internet, resulta muchas veces ser más convocante que las instancias regulares de participación en salud dado que permite de manera instantánea una lectura de las demandas ciudadanas. Esto contribuye aún más, al desincentivo de la participación a través de canales formales en un contexto de abandono de los partidos políticos y otras intermediaciones, de los temas ciudadanos y emergentes. Trae consigo el riesgo, de transformar expresiones colectivas en una relación clientelar al lograr, por estas vías, la respuesta a estas demandas, por parte del Estado.

La práctica señala, que las aspiraciones de la década del 90 se han transformado en una ausencia de proyectos y demandas colectivas, y, en la ocupación de los espacios de participación por las prioridades institucionales. Para Foucault, *“Gobernar no sólo cubre las formas legítimamente constituidas de sujeción política o económica, sino también modalidades de acción más o menos consideradas y calculadas orientadas a actuar sobre las posibilidades de acción de los otros”*... (12). Cambios de orientación política hacia afanes gestionistas y eficientistas, han estado más centrados en el seguimiento de indicadores de carácter cuantitativo, que en estímulos o incentivos para mejorar la calidad e inclusión de los procesos de participación.

El análisis de la historia reciente, muestra, además de lo señalado, la prevalencia de otros dos polos en tensión. El avance hacia formas de participación más vinculantes, presentes en el discurso de los líderes sociales, y una mantención de formas más restrictivas y sobre institucionalizadas por parte del sector. Para algunos, se ha perdido la esencia de la participación en salud y para otros, la instalación de sistemas de garantías, responde en esencia a las demandas reales de la ciudadanía en salud. *“La participación en su forma tradicional, es decir, directa, presencial y colectiva, para actores sociales y técnicos se encuentra en crisis”*. Algunos sostienen que el desarrollo y fortalecimiento de la participación debe sustentarse en la protocolización y estandarización de los procesos locales, cuestión que puede verse reflejada en la formulación de compromisos de gestión<sup>8</sup>. En otro extremo, el reconocimiento de los procesos locales se considera la base de la generación de nuevos procesos de participación, superando la implantación de iniciativas desde el centro, para permitir que la sistematización de experiencias participativas,

retroalimente el sistema y genere nuevos procesos de participación.

Durante el segundo gobierno de la Presidenta Bachelet, se intentó contribuir al fortalecimiento de la participación ciudadana en la gestión pública a través de la aplicación de la Ley N° 20.500, instruyéndose a los servicios e instituciones públicas el desarrollo de mecanismos de participación, la mayoría de ellos, ya implementados en el sector salud a partir de los años 90 y durante el proceso de reforma sectorial (Cuentas Públicas Participativas, Consejos Consultivos, Comités de Gestión de Reclamos, otros). Si bien, se considera una oportunidad de reinstalación y reconstrucción de los procesos de participación a través de la aprobación de la Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud<sup>9</sup>, la conformación del COSOC Nacional, la instalación de mesas de trabajo con participación e incidencia en la toma de decisiones en el diseño y rediseño de programas de salud, el diseño participativo de campañas sanitarias etc., en la práctica, se evidencian serias dificultades para su aplicación.

Para los dirigentes sociales, *“nos enfrentamos con importantes falencias. La Ley 20.500 no incorpora mecanismos sancionatorios al incumplimiento de lo contemplado en la ley, por parte de las autoridades”*... Junto con los otros marcos jurídicos vigentes, tienen tantas restricciones, que tienden a reducir la calidad del proceso participativo, lo instrumentalizan, lo que lleva a resultados más bien institucionalizantes que instituyentes (13). Para el sector salud, si bien, hay presencia de la participación social en el relato institucional, no ha sido, en el período, un eje transversal en las estrategias, planes y programas. ... *“Algunos de los Consejos no son debidamente considerados y valorados, falta claridad sobre su funcionamiento y atribuciones. Carecen de financiamiento y sus acuerdos no son vinculantes, sino solo consultivos. Muchos son presididos por el director del establecimiento, en circunstancias que el presidente debería ser elegido por los propios miembros del Consejo”*.

La situación a nivel nacional, nos muestra desarrollos desiguales, iniciativas fragmentadas, muchas de ellas con escasa sustentabilidad, dependientes del posicionamiento estratégico de los actores técnicos encargados del tema, de las voluntades políticas de las autoridades tanto locales como nacionales. En este marco, son destacables algunas experiencias

8 Los compromisos de gestión son la herramienta que permite instalar y desarrollar instancias y mecanismos de participación, a la vez que realizar seguimiento de sus avances. Estos refieren más bien a número y tipo de actividades y estrategias, no haciendo mención de objetivos de cambios de carácter cualitativo de los procesos de participación.

9 La Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud, recoge la tradición de la participación social en salud, el involucramiento de la comunidad en todo el ciclo de la política, reconoce la participación en proyectos de inversión desde el pre diseño hasta la puesta en marcha, entre otros mecanismos de mayor incidencia de la ciudadanía.

participativas de diverso alcance en proyectos de inversión<sup>10</sup>, la continuidad en el desarrollo de presupuestos participativos (iniciados en el período 2006 – 2010) por parte de muy pocos servicios de salud<sup>11</sup>, estrategias en el marco de la agenda de gobierno abierto para la transparencia y probidad en todos los niveles del sistema, el apoyo a procesos deliberativos en torno a temas prioritarios, así como experiencias de mayor significación que se localizan en espacios territoriales locales bajo el enfoque de determinantes sociales y ampliación de la participación social más allá del sector (incorporación de la población infante – juvenil, organizaciones territoriales y funcionales, intersector)<sup>12</sup>.

Se evidencia, sin embargo, la preeminencia de discursos y prácticas que no contribuyen a la sostenibilidad de los procesos y una insuficiente decisión política para avanzar en la transversalización de la participación en el ejercicio gubernamental e intersectorial. Así, para profesionales encargados de implementar los planes de promoción de la salud, *“la competencia por los insuficientes recursos destinados a acciones que comprometen la participación de las comunidades locales, derivando en la realización de actividades masivas de difusión pero discontinuas, aisladas y escasamente sustentables” sumado a los ... “plazos de ejecución no realistas, metodologías obsoletas sin respaldo científico suficiente y una suerte de banalización de los procesos de participación social”...*

Las instituciones del sector salud (SEREMI, Servicios de Salud, Instituciones Autónomas) no han desarrollado con claridad las propias distinciones respecto del rol de la ciudadanía en el ámbito de la política de salud al cual tributan, realizando convocatorias a representantes de la sociedad civil desde un enfoque vertical y piramidal y no de carácter horizontal y transversal, orientándose hacia integrantes de los consejos locales de salud y excluyendo a otras actorías sociales relevantes en los distintos ámbitos de la salud pública. Para los dirigentes sociales, ... *“hay autoridades, directivos y funcionarios que no entienden el rol que cumplen los Consejos y la importancia que tienen en la gestión en salud”...*

La agenda de participación ha estado mediada por definiciones institucionales, generadas

desde el nivel central y, consecuentemente, con las definiciones programáticas. Estas rondan esencialmente en torno a discursos biomédicos y miradas hospitalocéntricas<sup>13</sup>. La sociedad civil, por su parte, ha mostrado una relativa e insuficiente capacidad de articulación y de generación de instancias y mecanismos de control sobre la gestión pública en salud. La cristalización de formas de participación más tradicionales, han ido respondiendo más a las lógicas institucionales, transformando las instancias de representación comunitaria y social, como parte del organigrama funcional de las instituciones de salud. Existe consenso acerca de la escasa renovación dirigenal, el ejercicio de liderazgos de carácter autocrático en algunas instancias, que ha ido generando una complicidad tácita entre los equipos de salud y los representantes de las comunidades locales, que contribuyen a la rigidización de los procesos de participación y la mantención del carácter instrumental y clientelar.

Esto se traduce en una frágil actoría social, con menor incidencia en las decisiones en salud. Para los actores sociales... *las pugnas de poder entre consejeros y la descalificación a referentes de participación en salud, resultan en menos participación, menos motivación”... “se necesita mayor capacitación de sus dirigentes y mayor difusión de la participación ciudadana y del quehacer de los consejos, para sensibilizar a la opinión pública”.* Esta fragilidad, y, cambios en prioridades gubernamentales a partir de 2018, genera en la dirigencia social, incertidumbre sobre el futuro de la participación en salud... Existe *“temor de que se borre todo, sobre todo los resultados del Congreso de APS, la definición de no concesionar, desconocimiento de COSOC (Consejos Comunales de Organizaciones de la Sociedad Civil) Nacional”...*

Para los equipos técnicos, *“los temas claves para el estancamiento o barreras para el desarrollo de la participación en salud, dicen relación con la fragmentación del sistema, la escasa descentralización, escasa confianza en niveles locales, pero también, en la falta de direccionalidad política y compromiso de las autoridades”... “el sector tiene enormes desafíos en cuanto a resolver el espacio que está dispuesto a “permitir” a la ciudadanía en la gestión sanitaria cotidiana y a nivel de las grandes decisiones estratégicas”.*

10 La participación en Proyectos de Inversión se ha orientado más bien a un seguimiento de obras que a un diseño participativo, a pesar de los alcances en el período 2006 - 2010.

11 Los presupuestos participativos fueron discontinuados durante el período 2010 – 2014. Sólo los servicios de salud de las Regiones Bío Bío y Coquimbo dieron continuidad a este proceso.

12 En esta última etapa, de manera incipiente consejos locales de salud han desarrollado experiencias para abordar problemas del territorio que inciden en la salud, han presentado proyectos a fondos concursables logrando modificar esas realidades (pavimentación, cambio de sentido del tránsito, recuperación de espacios públicos, iluminación, etc.), logrando mayor nivel de incidencia, articulación y autonomía.

13 El discurso instalado en relación al Programa de Gobierno 2014 – 2018, enfatiza para el sector salud, el Plan de Inversiones y en particular, la construcción de hospitales; la formación de especialistas, la disminución de las listas de espera.

Para los profesionales encargados... *“la cultura institucional ha ido acogiendo en forma disfrazada el discurso bio médico y no ha sido posible superar su hegemonía, no hay valoración de la APS, hay una concentración de esfuerzos en el daño y no en la promoción de la salud”... “predomina casi sin contrapeso la mirada de lo técnico y la búsqueda de su validación... se teme a los espacios de poder de la ciudadanía, se limitan deliberadamente, a pesar del discurso oficial”...*

## COMENTARIOS FINALES

La promesa del Estado y del propio sector salud, es aún un tema pendiente. Las expectativas de la población usuaria de ser partícipe en el ciclo de diseño, implementación y evaluación de las políticas de salud, aún no encuentran un correlato en las prácticas desarrolladas tanto por los equipos técnicos como especialmente, los directivos del sector, aun cuando se presenta de manera permanente en el discurso institucional.

... *“Las instituciones, los procedimientos, los cálculos y las tácticas”...* que permiten ejercer poder sobre la población... *“la tendencia, la línea de fuerza”* ... que conduce ... *hacia la preeminencia del tipo de poder que podemos denominar gobierno sobre todos los demás: soberanía, disciplina”*... (14), que permite articular formas de poder y formas de saberes, evidencia una tensión a la base de los procesos y los propios mecanismos de participación; entre la sujeción y subjetivación; entre clientelismo y autonomía.

Tensiones y paradojas no resueltas, han caracterizado los procesos de instalación y desarrollo de la participación social en salud. Resolverlas, supone la voluntad política de las autoridades, condiciones que aseguren una redistribución del poder, la asignación de recursos, la visibilidad a iniciativas de participación, avance en procesos de descentralización política, fortalecer la capacidad técnica y metodológica de los equipos de salud de manera transdisciplinaria, diseño de modelos de evaluación de la participación que permitan la generación de nuevas prácticas con sentido, referencia de nuevos marcos epistemológicos que posibiliten la sistematización de experiencias y auto reflexión desde las prácticas desarrolladas por los equipos técnicos, de manera que permitan la generación de conocimientos y aprendizajes y la institución de prácticas de carácter transformacional.

## REFERENCIAS

1. Foucault M. El sujeto y el Poder. En Dreyfus, H. L. y Rabinow, P., Michel Foucault, Más allá del estructuralismo y la hermenéutica. Nueva Visión, Buenos Aires, 2001. p.254.
2. Palma, D. Acerca de políticas Sociales poco eficaces. Revista RUMBOS TS. 2011; 4(6)
3. Rodríguez-Villasante T. Redes de Vida desbordantes. Fundamentos para el cambio desde la vida cotidiana. Editorial Catarata: Madrid; 2014.
4. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones y Normas Técnicas para el Trabajo Social en Salud, 1993
5. Ministerio de Salud de Chile. Programa Salud con la Gente; 1994
6. Ministerio de Salud de Chile. Trabajo Comunitario en Salud, Guía Técnico Metodológica; 1995.
7. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Promoción de la Salud; 1997.
8. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Promoción de la Salud; 2000.
9. Donoso N. Reforma de la Salud: oportunidad u obstáculo para la Gestión Participativa. En Participación Social en Salud, Lecciones y Desafíos. MINSAL; 2006.
10. Cunill N, Fernández MM, Vergara M. Gobernanza sistémica para un enfoque de derechos en salud: Un análisis a partir del caso chileno. Salud colectiva. [Internet] 2011 [Citado en 10 junio 2018] Abr. 7( 1 ): 21-33. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652011000100003&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000100003&lng=es).
11. Donoso N. Los presupuestos participativos en salud. En Participación Social en Salud: Reflexiones y Herramientas para la Acción desde Chile. [Internet] 2009 [Citado en 10 de junio 2018] Disponible en <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/Participacion-Social-en-Salud.pdf>.
12. Foucault M, op. cit., 2001, p.253
13. Foucault M, Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France, 1978. Buenos Aires; FCE; 2006.

# Notas sobre participación social en salud

## Notes on social participation in health

Jaime Neira R. <sup>1</sup>

Las acciones de participación social en el sector salud tienen una trayectoria de años de práctica. Existen cuerpos normativos, directrices, y otros instrumentos que fomentan la construcción de instancias formales institucionales en que la ciudadanía, teóricamente, se hace partícipe de las decisiones del sector salud, y la mayor parte de estas actividades se basan en premisas que apuntarían a incorporar en las decisiones a aquellos que son afectados por tales decisiones. Pero estas actividades no han conducido a construir espacios de real empoderamiento de sujetos sociales en la acción del estado, manteniéndose en los escenarios de una integración tutelada, tanto desde una perspectiva conceptual como práctica. En este documento se presenta una síntesis descriptiva de lo que ocurre con la participación en salud, y se discuten elementos que contribuyen a la comprensión de esta realidad, a partir del análisis y experiencias de participación en La Araucanía.

### ESCENARIO DE LA PARTICIPACIÓN EN SALUD EN CHILE.

#### ¿QUIÉNES “PARTICIPAN”?

---

Por una parte, la pregunta sobre quiénes están incluidos actualmente en los espacios de participación social en salud conlleva analizar los procesos de vinculación del sector salud con la población, tanto en términos de edad, sexo, ingresos y otras variables que son escasamente analizadas y cuestionadas. En general las actividades de participación más sistemáticas, expresadas en consejos de desarrollo, consejos locales de salud o similares, o en instancias como las cuentas públicas, llamadas participativas, son integradas por individuos que cumplen roles de dirigentes de alguna organización territorial o funcional, con vinculación relativamente estable con los establecimientos de salud del espacio local. Es habitual que además estas personas hayan llegado allí por ser frequentadores de los centros de salud, ya sea en calidad de usuarios o como representantes o acompañantes de otros/as usuarios. Esto implica una modalidad de vinculación con un perfil más cercano a una relación clientelar.

Aun cuando la cantidad de individuos que se incorpora en estas instancias de participación sea más o menos numerosa, e incluso que se estén promoviendo y generando más actividades de este tipo que incluyan un número creciente de personas, existen unos límites de las cosas que allí se pueden o no plantear y debatir, y mucho más claramente existen límites sobre lo que se puede decidir.

De lo anterior podría derivar un necesario análisis de las características de la participación social y ciudadana en la sociedad chilena en general, tener claro quiénes, cómo y en qué participan las personas en Chile, el escenario social de participación en el país y la relación global entre la ciudadanía y el estado en Chile, todo lo cual muestra en los últimos años un panorama poco alentador (1, 2).

#### ¿“EN DÓNDE O EN QUÉ SE PARTICIPA”?

---

Desde una perspectiva espacial, consideramos dos dimensiones en la participación. Por un lado, una dimensión física concreta que dice relación con la estructura misma del sector salud.

La participación social en salud en el escenario estructuralmente fragmentado del sistema de salud chileno, encuentra una complejidad adicional que es “conformarse” con una supuesta capacidad de influencia

---

Recibido el 05 de junio de 2018. Aceptado el 27 de septiembre de 2018.

<sup>1</sup> Centro de Estudios Aplicados para la Equidad en Salud. Depto. de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera. Depto. de Atención Primaria. Servicio de Salud Araucanía Sur. Correspondencia a: jneirar@gmail.com

local en la toma de decisiones, ya sea en el centro de salud que convoca, o en algún nivel descentralizado de la estructura sanitaria, con un horizonte claramente limitado en la posibilidad de influir en condiciones estructurales o instalar en las discusiones, dimensiones políticas de la salud. Cuando ello ocurre, se argumenta que “ese no es el espacio” para tales discusiones. A su vez, la participación en las estructuras centrales del sistema de salud es marginal, anecdótica y poco influyente en el diseño o rediseño de los alcances o el perfil del sistema de salud, aun cuando pueda contar con muchos asistentes.

Por otro lado, en una dimensión espacial de los escenarios de toma de decisiones, se ubica a los que participan desde la comunidad, por fuera de aquellos procesos, acciones y decisiones claves del sector, las que se encuentran en “otro lugar”, el que es considerado territorio de otros. Quienes son incorporados en estas actividades de participación son invitados, convocados, aceptados, pero no integrados a la toma de decisiones clave. No se observan acciones de participación vinculante en la distribución del presupuesto, en la definición de prioridades estratégicas, en la elaboración de planes locales o regionales, más allá de excepciones anecdóticas.

### **¿CUÁNDO SE PARTICIPA?**

---

En una dimensión programática, se puede por una parte observar una especie de calendario de participación, en el que se establecen reuniones, mesas, hitos y actividades en las que puede ocurrir la incorporación de personas de las organizaciones funcionales y territoriales del nivel local. En estas diversas actividades se registra la asistencia y se capturan imágenes que respaldan las actividades. Esta dinámica se repite cada año, asociada a eventos específicos bajo la conducción de la propia institución.

En una dimensión más histórica, en las últimas décadas el perfil de la participación social en salud no ha mostrado modificaciones sustantivas, y aun cuando se han expresado con distinta intensidad en diversos puntos del país movimientos ciudadanos por la salud desde una perspectiva política autoconvocada, con mayor autonomía, la sostenibilidad de estas experiencias no ha modificado la configuración habitual de la participación en el conjunto del sector de salud del estado.

En La Araucanía el panorama de participación social en salud muestra en general características similares a las previamente esbozadas. Los

consejos de desarrollo local, consejos de participación, cuentas públicas ‘participativas’, consultas ciudadanas u otros mecanismos similares dominan el escenario, escenario también fragmentado en múltiples establecimientos de administración y gestión municipal, dependiente de los servicios de salud, de administración delegada, privados en convenio, etc.

Sin embargo, destacan experiencias con mayor grado de autonomía como el Consejo Pro Hospital de Padre Las Casas (3), y se encuentran además establecimientos de salud de administración delegada a organizaciones indígenas. Estas últimas reciben anualmente recursos desde el estado y se hacen responsables de prestaciones de salud a una población en un territorio definido en conjunto con el servicio de salud, y tienen la posibilidad de gestionar además prestaciones de salud del modelo sanitario indígena mapuche (4).

### **¿QUÉ ELEMENTOS ESTÁN A LA BASE DE LA CONFIGURACIÓN ACTUAL DE ESTE PANORAMA DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD?**

---

En primer lugar, la concepción del proceso salud-enfermedad como un campo apropiado por el pensamiento sanitario dominante, construido desde una perspectiva biomédica y radicado en la noción de que la ausencia de enfermedad es la base de la salud, y que ésta es una condición que ocurre en la unidad biológica del individuo. Esta concepción otorga entonces un privilegio dominante a los técnicos que estudian y conocen de los procesos biológicos del cuerpo, en particular a los médicos, pero no exclusivamente, ya que la mayor parte del personal sanitario conceptualiza y desempeña sus roles desde esta perspectiva.

Ello se traduce en una relación asimétrica, en que las opciones de los “legos” de penetrar en el núcleo duro de las discusiones sobre salud se ve coartada por una hegemonía teórico-procedimental, que expropia las pretensiones del saber no científico de tener un discurso válido en la materia. No pueden participar entonces más que en cuestiones marginales y periféricas, pues el centro del saber médico no les es propio. En consecuencia, en el campo de la salud la concepción del otro como un lego, desconocedor de los principios que rigen el conocimiento tienden a invalidar el reconocimiento del otro como poseedor de las competencias para influir, tomar decisiones e incluso siquiera opinar sobre aspectos de la salud desde la perspectiva institucional, por tanto, sólo puede

tener espacio dentro de límites y posibilidades que quien detenta el poder define. En un contexto dominado por un pensamiento social sanitario hegemónico por la dimensión biomédica, de cuño positivista, que se traduce en prácticas sanitarias concebidas y estructuradas bajo la lógica de tal pensamiento sanitario, las posibilidades de concebir y validar procesos de participación ciudadana empoderada, movilizados desde las propias estructuras de los sistemas estatales de salud son prácticamente inexistentes.

A su vez, las posibilidades de instalar un discurso propio sobre la concepción del proceso salud-enfermedad, deslocalizado del paradigma biomédico dominante son escasas, y no existe una disposición transversal de reconocimiento de validez de estos discursos diversos, más allá de la anécdota muchas veces folklorizada.

Como parte además de una lógica sistémica, con este enfoque se forma la mayor parte de los estudiantes de las disciplinas sanitarias, lo que se traduce en que, en el futuro cercano al menos, no se podría esperar una modificación sustancial en la dinámica y contornos de estas relaciones, que sea promovida e impulsada por el propio personal sanitario. Una perspectiva sistemática que comprenda e impulse una visión del proceso salud-enfermedad como una construcción social y política no está presente de manera transversal en la formación del personal sanitario. En una mirada de futuro se requiere discutir e incidir en los procesos de formación de los estudiantes de las disciplinas de la salud, en el sentido tanto del concepto del proceso de salud-enfermedad en el que se les está formando, como en los espacios de formación desde donde se discute este proceso, ambas dimensiones íntimamente relacionadas.

Un segundo componente se refiere a las formas del hacer, a la respuesta que se entrega desde la sociedad al fenómeno de salud-enfermedad. En nuestra sociedad la forma legitimada de responder al proceso de la salud-enfermedad-atención se encuentra a su vez sustentada desde el modelo médico hegemónico de pensamiento sanitario. La respuesta sanitaria está ordenada en función de un núcleo central estructurado desde el paradigma biomédico de la salud-enfermedad. En sus contornos pueden coexistir entrelazadas una diversidad de opciones, pero el eje que vertebra al sistema de salud es la respuesta ante la enfermedad (5).

En términos organizacionales, además esta respuesta se presenta en un contexto en que el estado garantiza el derecho la atención de la salud, con un arreglo institucional altamente fragmentado,

descentralizado y con prestadores públicos y privados múltiples, en la que la integración estructural no existe y la integración funcional queda librada a las competencias de gobernanza de las autoridades locales en cada territorio. Pasa entonces a ser un componente relevante las características de los liderazgos locales, la capacidad e interés en la gobernanza de los sistemas de salud en el territorio, desde la perspectiva de las organizaciones es otro elemento que considerar tanto en los intereses en juego como en los cauces en los que se conduzcan las acciones de tono participativo.

En este escenario, como se planteó, la participación social en salud se mantiene disgregada, limitada a relaciones locales de los establecimientos de salud con individuos cercanos a ellos en que la búsqueda de un bien común mediante la participación en salud queda confinada a “islas” en cada espacio local (6).

Es necesario considerar que quienes impulsan y promueven la participación en salud, en cualquier espacio institucional o territorial, también tienen intereses, basados en un ideario de lo que deben ser las relaciones entre estado, mercado y sociedad.

En el ámbito de la participación social en salud en territorios indígenas, esta premisa es fundamental. Es por ello que las prácticas institucionales con intención participativa no pueden ser comprendidas fuera del marco global de relación entre el estado y el pueblo mapuche, en particular. Ello además de considerar la hegemonía del pensamiento médico-sanitario sobre cualquier otro modo de comprensión de los procesos de salud enfermedad colectivos. Es decir, si bien puede haber un cierto grado de control sobre procesos de implementación de acciones sanitarias, el modelo médico hegemónico deja sentir su dominio de manera central en las definiciones de lo que es o no posible de realizar, en las modalidades de control de recursos.

Bajo estas condiciones, la participación social en salud como práctica social y política, que busque incidir en la configuración conceptual del proceso salud-enfermedad-atención, y desde allí replantear los diseños institucionales y organizacionales de las prácticas sanitarias como opción de sujetos sociales, se encuentra actualmente invisibilizada.

No se observan alternativas sostenibles en el tiempo que apunten a redistribuir el poder simbólico y político en torno a la salud. En consecuencia, las acciones de participación más frecuentes que se observan parecen ser un fin en sí mismas, en las que los individuos que se ven incorporados

lo hacen a título personal o de algún colectivo u organización en particular, más que constituir un medio para que determinados sujetos sociales puedan ejercer control sobre decisiones en ámbitos de la sociedad que les atañen directamente, o ejercer el derecho a la incidencia en estos ámbitos. Aun cuando existe una percepción de que la gente está cada vez más exigiendo sus derechos y reclamando espacios de incidencia, esto parece ser más la expresión de un tipo de relación entre consumidores o clientes individuales frente a empresas de servicios, que entre ciudadanos y sujetos sociales frente a un estado social de derechos.

La participación 'simbólica', informativa y a lo mucho consultiva, no es patrimonio del sector salud en Chile. En otros ámbitos de la política y de las políticas públicas se observa un panorama similar, lo que refuerza el argumento de que se trata de una forma transversal de relación entre el estado y la ciudadanía.

Aun cuando se puedan observar avances en oportunidades de participación, en el sentido de la existencia de mecanismos para recoger opiniones individuales sobre los servicios, o la definición de espacios colectivos para debatir sobre mejoras a estos servicios; y aunque también se implementen instrumentos para el ejercicio de la autonomía personal, como consentimientos informados o notificaciones de condiciones sujetas a garantías de oportunidad, la intensidad de la participación (7) está distante de establecer relaciones y decisiones vinculantes definidas a través de mecanismos colectivos.

En particular en el caso de la participación en salud en territorios indígenas, la complejidad se incrementa en un escenario de conflicto en que incluso se niega la misma existencia del pueblo mapuche como un sujeto como tal, y se hace manifiesta la violencia simbólica y física en el contexto regional. Más allá del avance en términos de reconocimiento de saberes, prácticas y agentes de salud, incluso más allá de la disposición del estado de entregar recursos para una administración tutelada de servicios de salud occidental, y algunos casos de acciones de fortalecimiento de la medicina mapuche, la capacidad y oportunidades de establecer procesos colectivos de incidencia en el sistema de salud son mínimas.

En concreto, situaciones en las que determinadas organizaciones comunitarias en territorios específicos logran acceder al control de recursos en salud, como resultado de procesos y contextos históricos específicos, tanto desde las organizaciones como de las instituciones del estado, estos

procesos no se traducen lineal o directamente en ganancias en términos de gobernanza del sistema de salud, disminución de la fragmentación, o avances en las reivindicaciones mayores del pueblo mapuche. Incluso autores plantean que se trata más bien de retrocesos en los procesos autonómicos pues subyugan y "esterilizan" a los agentes, prácticas y saberes ancestrales a la lógica sanitaria del estado (8).

En consecuencia, lo que está detrás de la actual panorámica de la participación social en salud es una forma concreta de expresión de la distribución del poder en la sociedad, en la conformación del estado y de la estructura y organización de las instituciones de salud. Finalmente, la variable clave es y sigue siendo el poder (9).

Desde esta perspectiva las propuestas que consideran la participación como un proceso lineal, escalar, en el que se comienza desde una situación básica o inicial centrada en la inclusión informativa de una cierta cantidad de personas, y que va avanzando progresivamente hasta un estadio superior en el que la participación es sistemática y vinculante, no debe perder de vista la configuración de sujetos sociales en conflicto, lo que en una perspectiva histórica no siempre responde a lógicas lineales.

Como señala Carrasco, "*Para que la participación se exprese efectivamente, con autonomía y facultades reales de incidir tiene que existir una real disposición de quienes ostentan poderes de decisión a compartirlos con la comunidad. Pero esto no se produce por decreto o por ilustración, se genera desde una confrontación de la lógica dominante con manifestaciones de emancipación desde los grupos sociales.*" (3).

## REFERENCIAS

1. Hermann MG, Van Klaveren A. Disminución de la participación de la población en organizaciones sociales durante los últimos trece años en Chile e implicaciones para la construcción de una política de planificación urbana más participativa. EURE, Revista Latinoamericana de Estudios Urbano Regionales. [Internet] 2015 [Citado el 7 de mayo de 2018]: 42-15. Disponible en: <http://www.eure.cl/index.php/eure/article/view/803/870>
2. Herrmann, G. Hacer Ciudad: Problemas y desafíos de la participación ciudadana en la planificación territorial de Santiago. Revista 180. 2014; 18(34), 36-41.
3. Carrasco M. Participación Social y Reversión. Centro de Estudios Aplicados para la Equidad en Salud. Facultad de Medicina,

Universidad de La Frontera. [Internet] 2013 [Citado en marzo de 2018] Disponible en: <http://www.med.ufro.cl/equidad/index.php/opiniones/item/27-participacion-en-salud-y-reversion>

4. Neira J. Prestaciones de Salud en Zonas Indígenas Mapuches. Resumen de Algunas Experiencias. En: Urriola, Rafael, comp.; Suárez, Julio; Madrid, Sandra; et al. Economía y Salud: aportes y experiencias en América Latina. Santiago, Chile: OPS/OMS; 2011

5. Ibañez, C. Participación social en Salud. Segundo Ciclo de Coloquios Equidad y Salud. Centro de Estudios Aplicados para la Equidad en Salud. Facultad de Medicina. Universidad de La Frontera. [Internet] 2014 [Consultado en abril 2018] Disponible en:

<https://www.youtube.com/watch?v=LMxG3-uUcyU>

6. Jaime SF. Participación social en sistemas de salud fragmentados: ¿Una relación virtuosa? Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2016; 15(30): 38-56.

Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyyps15-30.psss>

7. Cunill N. Los derechos humanos en los eslabones más débiles: los servicios públicos. Una aproximación a su medición. Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores. [Internet] 2018 [Consultado en mayo de 2018]; 5 (2). Disponible en: <http://www.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com>

8. Cuyul A. La política de salud chilena y el pueblo Mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud. Revista Salud Problema. 2013; 7(14)

9. Arnstein S. A ladder of citizen participation. Jaip. [Internet] 1969 [Consultado en mayo de 2018] 35 (4): 216-22. Disponible en: <https://www.planning.org/pas/memo/2007/mar/pdf/JAPA35No4.pdf>.



# Participación social y toma de decisiones sobre cobertura en salud: una revisión

Understanding social participation in decision making about health coverage

Sofía Astorga-Pinto <sup>1</sup>

Báltica Cabieses <sup>2</sup>

Manuel Espinoza <sup>3</sup>

## RESUMEN

---

**Introducción:** La participación social es fundamental en la toma de decisiones sobre cobertura en salud, sin embargo, es un tema reciente y aún difuso en su implementación efectiva. Se desarrolló una revisión de literatura narrativa, con búsqueda sistemática, acerca de la participación de pacientes y población en la toma de decisiones en salud.

**Metodología:** Durante el año 2017 se realizó una revisión de literatura con búsqueda sistemática de evidencia internacional sobre la participación de pacientes en la toma de decisiones sobre cobertura en salud, que se dividió en dos etapas: 1) búsqueda general; 2) búsqueda de seis conceptos específicos identificados en la búsqueda general. Se revisaron en total 40 artículos de evidencia científica. Resultados: En la Etapa 1 se definen integralmente los conceptos de participación social, responsabilidad y proceso decisional. En la Etapa 2 se profundiza en los conceptos de confianza, legitimidad, democracia, deliberación, transparencia y representatividad.

**Discusión:** La participación social en decisiones en salud fomenta la democracia y responsabilidad, transparente y legítima los procesos deliberativos, promueve los derechos humanos y el desarrollo de iniciativas políticas basadas en las necesidades de la población. Hay elementos aún pendientes de desarrollar para lograr una participación social real y efectiva a nivel internacional. Los elementos identificados en esta revisión podrían facilitar la incorporación de pacientes en los procesos de deliberación democrática en Chile y la región, ya que permite reconocer los beneficios de la participación de los pacientes y la población en este proceso de toma de decisiones sobre cobertura en salud.

**Palabras clave:** Toma de decisiones, cobertura universal, participación del paciente, revisión de literatura como asunto.

## ABSTRACT:

---

**Introduction:** Social participation is fundamental in making decisions about health coverage, however, it is a recent issue and still blurry in its effective implementation. The aim of this study is to develop a literature review with systematic search, about the participation of patients and population in health decision making.

**Methodology:** During the year 2017 a literature review was carried out with a systematic search of international evidence on the participation of patients in the health coverage decision making, which was divided into two phases: 1) general search; 2) search of six specific concepts found in the general search. Forty articles of scientific evidence were reviewed in total.

**Results:** In Phase 1, the concepts of social participation, responsibility and decisional process were defined

---

Recibido el 06 de septiembre de 2018. Aceptado el 27 de septiembre de 2018.

1 Psicóloga, MSc Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo; Santiago, Chile.

2 Enfermera, PhD. Programa de Estudios Sociales en Salud, Facultad de Medicina, Clínica Alemana Universidad del Desarrollo; Santiago, Chile. Department of Health Sciences, University of York, England, UK

3 Departamento Salud Pública, Pontificia Universidad Católica de Chile; Santiago, Chile. Unidad de Evaluación de Tecnologías en Salud, Pontificia Universidad Católica de Chile; Santiago, Chile. MD, MSc, PhD. Correspondencia a: maespinoza@uc.cl

integrally. In Phase 2, the concepts of trust, legitimacy, democracy, deliberation, transparency and representation were reviewed thoroughly.

Discussion: Social participation in the health decision process fosters democracy and responsibility, makes deliberative processes transparent and legitimate, promotes human rights and the development of governmental initiatives based on the needs of the population. There are pending elements to be developed for achieving a real and effective social participation. The proposed framework seeks to facilitate the incorporation of patients in the democratic deliberation processes, which allows recognizing the benefits of the participation of patients and the population in this decision-making process on health coverage.

**Key words:** *Decision Making; Universal Coverage; Patient Participation; Review Literature as Topic.*

## INTRODUCCIÓN:

Un número importante de países ha adscrito a los esfuerzos para avanzar hacia la cobertura universal en salud (1), con el objetivo de fortalecer los sistemas de salud y mejorar la distribución de los recursos (2). Sin embargo, los países se ven enfrentados a la imposibilidad de satisfacer la totalidad de las demandas de cuidados de salud debido a los altos costos que éstos conllevan, siendo necesario contar con un proceso de priorización capaz de orientar las acciones a seguir, como es la *toma de*

*decisiones sobre cobertura en salud* (TDCS).

Las decisiones sobre qué financiar primero y qué deberá ser postergado son complejas, por lo que es esencial establecer espacios de valoración y discusión de la evidencia científica, en conjunto con los elementos de valor social que no son de carácter empírico (3). En estos espacios la participación social es fundamental, como plantea el marco conceptual ético *Accountability for reasonableness* (A4R), el cual agrupa cuatro principios de justicia procedimental y cuyo cumplimiento permite que las decisiones puedan ser públicamente revisadas, con amplia participación social (3).

La participación social de pacientes y la población en la TDCS es esencial para que los procesos deliberativos sean legítimos y transparentes (4–7). Permite restaurar la confianza hacia las instituciones, fomentar la democracia participativa y la responsabilidad pública, y asegura decisiones costo-efectivas en el sistema de salud (4,5). La participación social genera el establecimiento de políticas e iniciativas que incorporan las ideas de la sociedad civil y abordan sus inquietudes, mejorando los servicios de salud y la salud de la población (5). Esto es particularmente importante, ya que finalmente son los pacientes y la población los receptores de los impactos deseables e indeseables de las políticas públicas en salud (5). Muchos gobiernos y organizaciones han reconocido el valor de involucrar a pacientes en el desarrollo de políticas basadas en la evidencia (5). Esto se ha traducido en la

**Tabla 1.** Iniciativas internacionales de involucramiento de pacientes y población en el proceso de toma de decisiones sobre cobertura en salud (TDCS).

País	Iniciativa	Descripción
Reino Unido	Instituto Nacional de Salud y Cuidados de Excelencia (NICE por su sigla en inglés).	Genera recomendaciones de cobertura que emanan comités conformados por diversos representantes, incluyendo organizaciones de pacientes y cuidadores (9).
Reino Unido	Redes de participación local (LINKs por su sigla en inglés).	Permite integrar la participación del paciente y el público en la toma de decisiones a través de redes locales, contribuyendo a la democracia y salud local (10).
Alemania	Comité Federal Conjunto (G-BA por su sigla en alemán).	Es la instancia suprema de decisiones sobre coberturas, cuenta con la participación de organizaciones de pacientes en las discusiones, pero sin derecho a voto (11).
China	Alianza de Organizaciones de Pacientes de Hong Kong.	Enfatiza en la representatividad justa y trabaja para ampliar la participación de los pacientes en la toma de decisiones. Asimismo ofrecen capacitación para que los pacientes sean representantes a nivel de barrio y dentro del comité del hospital local (12).
Colombia	Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS).	Ha abierto varios canales de participación ciudadana, incluyendo a asociaciones de pacientes, los cuales pueden formar parte de los comités de deliberación que generan recomendaciones sobre cobertura de nuevas tecnologías en salud, así como de los grupos desarrolladores de guías de práctica (13).
Chile	Comité de Vigilancia Ciudadana	Asegura la participación de la población en la TDCS, asesorando a los Ministros de Salud y Hacienda a través del monitoreo del funcionamiento del quehacer (14).

implementación de iniciativas en varios países del mundo, las cuales han avanzado por incluir a los pacientes y a la población en estos procesos deliberativos, tal como se muestra en la Tabla 1.

A pesar de la reconocida importancia que tiene la participación de pacientes y la población en los procesos de TDCS, es un tema reciente a nivel mundial y presenta elementos pendientes por definir. Por ejemplo, el debate sobre quién representará a la población y a los pacientes en el proceso de TDCS aún no está bien establecido en muchas estructuras formales (8). Asimismo, se observa que no existe una forma única de implementar la participación social en procesos de priorización y toma de decisiones, incluso dentro de un mismo país, lo que puede llevar a confusión y tensiones entre diversos actores clave (8). Sumado a esto, los grupos de pacientes son amplios y diversos, lo que obliga a contar con un proceso flexible y comprensivo de las diferencias en contenido y perspectiva de cada uno de ellos a la hora de ejecutar esta participación.

El objetivo de este artículo es desarrollar una revisión de literatura narrativa, con búsqueda sistemática, acerca de la participación de pacientes en la toma de decisiones en salud. Se espera que esta búsqueda permita desarrollar un entendimiento

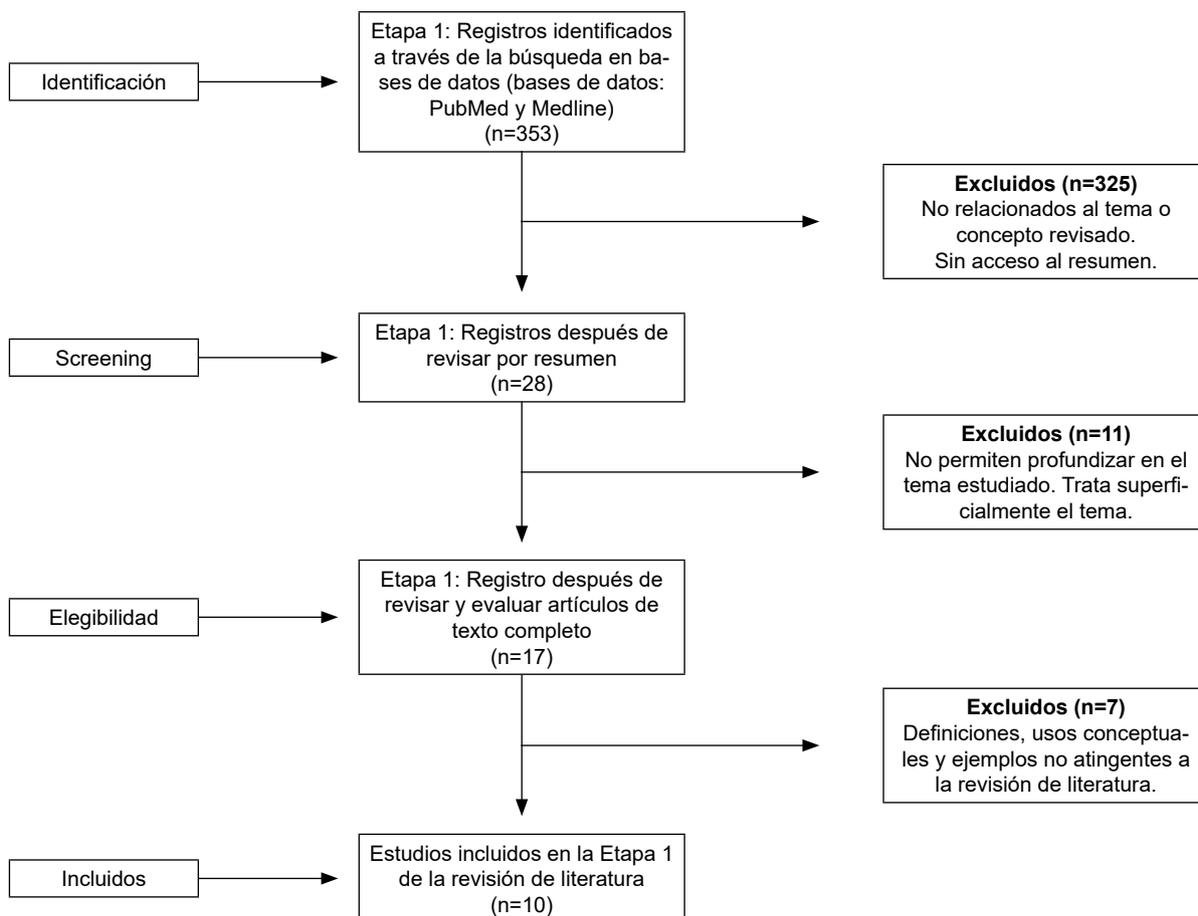
amplio e integral en torno al complejo fenómeno de la participación de pacientes y población en la TDCS, de utilidad para procesos decisionales clínicos y de salud pública para Chile y Latinoamérica.

## METODOLOGÍA:

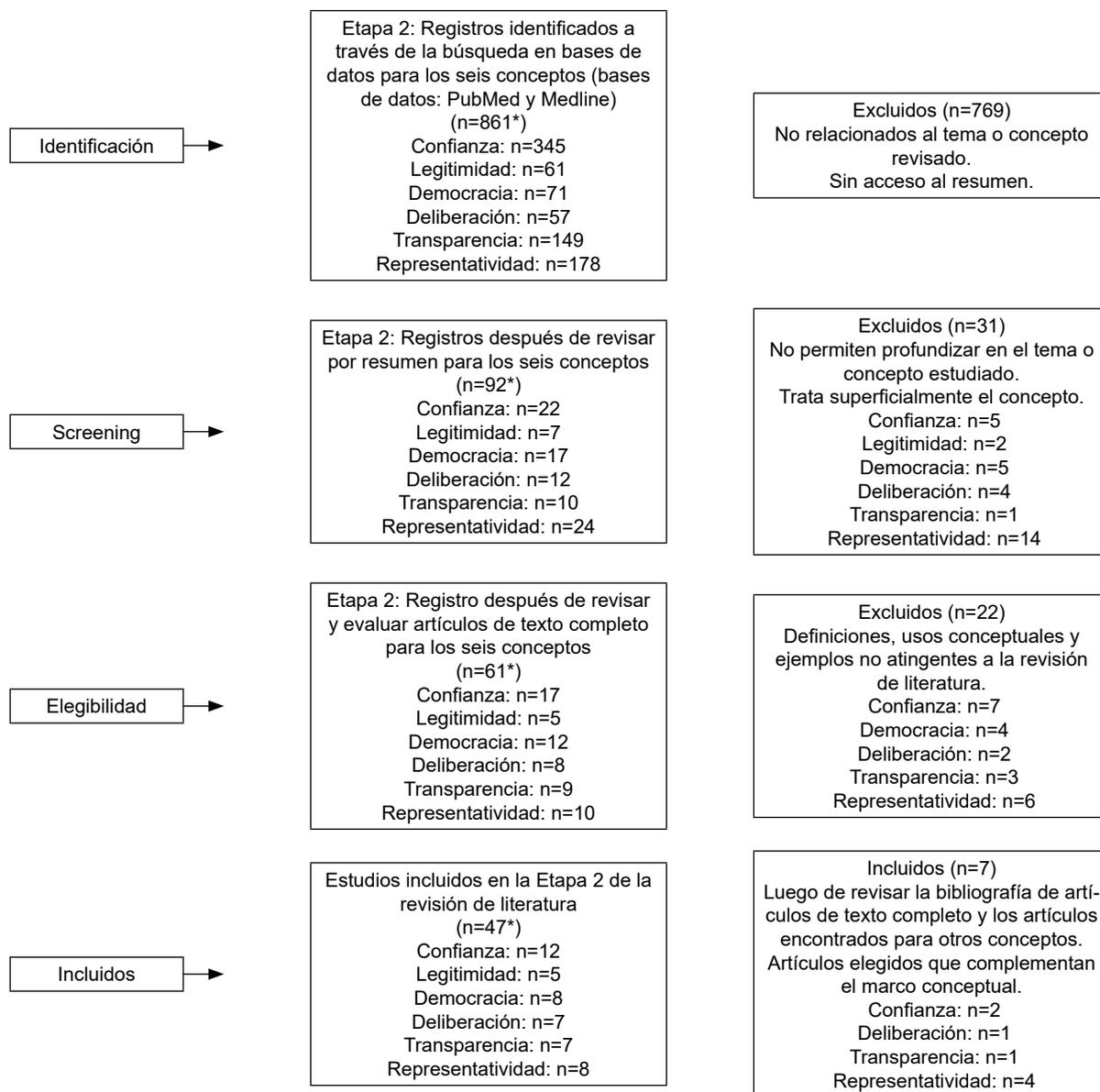
Se realizó una revisión de literatura con búsqueda sistemática de evidencia internacional sobre la participación de pacientes en la toma de decisiones sobre cobertura en salud, que se dividió en dos etapas.

*Etapla 1 – Búsqueda general* (Figura 1). En abril del 2017 se realizó una búsqueda en la base de datos PubMed/Medline, a partir de las palabras clave (MeSH term) que correspondiesen a los términos clave: pacientes, cobertura en salud, toma de decisiones en salud. La ecuación de búsqueda fue: *((Patient Participation) AND (Universal Coverage OR Insurance Coverage OR Insurance, Health) AND (Decision Making OR Clinical Decision-Making))*. Se realizó una revisión de cada uno de los títulos y resumen disponibles, incluyendo finalmente 10 artículos en la revisión de literatura de esta etapa. Esta búsqueda inicial permitió identificar tres conceptos clave generales (participación social,

**Figura 1.** Flujograma de la Etapa 1: búsqueda sistemática de literatura general



**Figura 2.** Flujograma de la Etapa 2: búsqueda sistemática de literatura por concepto



**Tabla 2.** Etapa 2 de la búsqueda sistemática: búsqueda focalizada para cada concepto, junto con la ecuación utilizada.

Concepto	Ecuación
Deliberación	(Patient Participation) AND (Universal Coverage OR Insurance Coverage OR Insurance, Health) AND (Decision Making OR Clinical Decision-Making) AND (deliberation OR deliberative) Comité Federal Conjunto (G-BA por su sigla en alemán).
Democracia	Alianza de Organizaciones de Pacientes de Hong Kong. (Patient Participation) AND (Universal Coverage OR Insurance Coverage OR Insurance, Health) AND (Decision Making OR Clinical Decision-Making) AND (democracy OR democratic) Comité de Vigilancia Ciudadana
Legitimidad	(Patient Participation) AND (Universal Coverage OR Insurance Coverage OR Insurance, Health) AND (Decision Making OR Clinical Decision-Making) AND (legitimacy OR legitimate)
Representatividad	(Patient Participation) AND (Universal Coverage OR Insurance Coverage OR Insurance, Health) AND (Decision Making OR Clinical Decision-Making) AND (representation OR representative)
Transparencia	(Patient Participation) AND (Universal Coverage OR Insurance Coverage OR Insurance, Health) AND (Decision Making OR Clinical Decision-Making) AND (transparency OR transparent)
Confianza	(Patient Participation) AND (Universal Coverage OR Insurance Coverage OR Insurance, Health) AND (Decision Making OR Clinical Decision-Making) AND (trust OR trusting)

responsabilidad y proceso decisional) y seis conceptos adicionales secundarios que, dada su relevancia, condujeron a una búsqueda adicional específica en la Etapa 2.

*Etapa 2 – Búsqueda focalizada por concepto* (Figura 2). En mayo del año 2017 se realizó una búsqueda específica por separado para cada uno de los seis conceptos adicionales identificados, revisando en detalle sus listas de títulos y resúmenes. Sumando los artículos finales para cada concepto por separado, se seleccionaron en total 47 artículos, de los cuales 10 se utilizaron para la revisión de dos conceptos (n real=37). Adicionalmente, 7 de los 10 artículos de la etapa 1 también aparecieron en esta búsqueda, dando finalmente un total integrado (etapa 1 y 2) de 40 artículos. La Tabla 2 presenta los seis conceptos revisados, junto con las ecuaciones de búsqueda utilizadas.

## RESULTADOS

Los 40 artículos científicos incluidos en esta revisión se distribuyeron en cinco regiones del mundo, como muestra la Tabla 3. Si bien el foco de esta revisión fue la búsqueda de toma de decisiones sobre cobertura en salud a nivel político, también se incluyeron artículos sobre la toma de decisiones compartidas a nivel clínico e individual (*shared decision making*), toda vez que se consideraron pertinentes y aplicables al nivel político.

**Tabla 3.** Artículos encontrados por región del mundo.

Región	Cantidad de artículos encontrados
África	1
Asia	1
Australia	4
América del Norte	15
Europa	17
América del Norte y Europa/Australia	2
Total	40

### *Conceptos principales relacionados con TDCS*

De la revisión y sistematización de la búsqueda general (etapa 1) se desprenden tres conceptos que permiten generar un primer acercamiento a la participación de pacientes y población en la TDCS.

El primer concepto es el de *participación social (pública o de pacientes)* en la TDCS, definido como aquel proceso que ilumina problemas de política pública que se conciben como relevantes en su contexto social particular, velando por la abogacía

hacia tomadores de decisión e instalando temáticas prioritarias para la comunidad general en la agenda política. Al mismo tiempo, permite visibilizar el rol y lugar que la población o pacientes ocupan en la toma de decisiones sobre cobertura en salud en un país, promoviendo que éstos comprendan y valoren la complejidad real de tomar decisiones más allá de las necesidades particulares de individuos. El modelo de participación social en TDCS plantea que la consulta a pacientes o público general sucede sobre la base de una estructura y proceso decisional ya instalado, en la medida en que el mismo proceso lo defina o que los tomadores de decisión lo consideren (15,16).

La participación social es esencial en este tema, pues promueve derechos humanos universales en salud y es parte de la deliberación democrática de una sociedad (17,15). Permite balancear entre la permanente búsqueda por la innovación y el impacto en salud, así como entre la elección individual y el bienestar de la comunidad (15,18). Asimismo promueve el desarrollo de agendas políticas compartidas, logrando la atención conjunta de la ciudadanía y los tomadores de decisión a nivel político (19). Se reconocen igualmente desafíos pendientes para la participación social (19), siendo central su consideración en la agenda política local y nacional, dado su genuino aporte al mejoramiento de la salud poblacional y al reflejo de valores sociales preponderantes (15).

El segundo concepto es *responsabilidad*, que tiene relación con las expectativas que se establecen en la interacción entre pacientes y tomadores de decisiones o distintos actores del sistema de salud, y que conducen a diversas demandas y definiciones sobre cómo se debe actuar en el proceso decisional (20). La responsabilidad en el proceso decisional emerge como un principio rector que ordena y regula, desde la conciencia particular de cada actor, su interés fundamental y su accionar (21,22).

El tercer concepto es *proceso decisional*, el cual debe: (i) ser transparente; (ii) facilitar la participación social; (iii) supervisar la consideración de todas las posibles alternativas de acción y guiar hacia la más atingente; (iv) limitar el desbalance de poder; (v) empoderar al Estado como protector del bienestar de las personas (18,23). La evidencia sugiere que estos atributos son complejos de garantizar en la práctica, dado que en la toma de decisiones sobre cobertura en salud existe un serio desbalance de información y de poder sobre el procedimiento y la decisión final entre actores clave, en desmedro de los pacientes o público general y sus representantes (24).

### *Conceptos adicionales relacionados con TDCS*

Basado en la búsqueda inicial, en la búsqueda específica (etapa 2) se profundizó en seis conceptos adicionales: confianza, legitimidad, democracia, deliberación, transparencia y representatividad.

#### **Confianza:**

Es un tema transversal en la participación en diferentes ámbitos de salud (25), relacionado principalmente a la confianza interpersonal necesaria para la toma de decisiones compartidas en el nivel clínico de salud (26–28). Se observa también en otros contextos como en investigación, donde la participación del paciente genera mayor confianza hacia la investigación (29,30). Y a nivel político en la TDCS, en la cual la confianza requiere de una decisión reflexiva y consciente (31) (ver Figura 3).

Hay dos elementos clave que influyen en el desarrollo de la confianza hacia sistema de salud y los representantes: la democratización de la toma de decisiones (17,29) y la democratización de la información (27,32). Se ha observado que la participación de los pacientes y el público en la TDCS aumenta la confianza (4), mientras que las experiencias negativas con el sistema de salud la disminuye (33). Asimismo, la confianza es uno de los factores más importantes para explicar la satisfacción del paciente y sus familias (34).

#### **Legitimidad:**

Este concepto se define como aquellos fundamentos morales que justifican la obediencia al poder y hace referencia a dos elementos principales:

**i) Legitimidad de los procesos de TDCS:** se ha visto que la participación de pacientes y público en este proceso lo hace más legítimo y transparente, permitiendo restaurar la confianza y mejorando la responsabilidad (4). Para lograrlo hay que tener espacios transparentes de debate e incluir diversos grupos de tomadores de decisión (8). Asimismo, hay que tener definido cómo se traducirán las opiniones, necesidades y aportes individuales, así como su rol en procesos de apelación y de normatividad a decisiones colectivas llevadas por los representantes (35).

**ii) Legitimidad de los representantes:** los representantes pueden ser asociaciones de pacientes o tomadores de decisión (*stakeholders*), quienes deben tener legitimidad para representar la voz de los pacientes (4). Al legitimarse la representatividad, se legitiman las decisiones de los representantes (35,36). Es central entregarles información e involucrarlos con la evidencia (4,37), ya que se ha observado que la autoridad y estatus del

representante influye sobre el proceso de toma de decisiones (8).

#### **Democracia:**

Se define como régimen de participación igualitario que delega el poder en unos pocos. Un proceso de TDCS democrático incorpora la visión y experiencia de una amplia gama de personas que representarían a diversos grupos de la población (38). El *modelo de deliberación democrática*, basado en principios de justicia distributiva, beneficencia y respeto por las personas, plantea que el involucramiento de los pacientes y población en la TDCS debe ser efectiva y real, y requiere que tengan voz directa o a través de representantes, en todos los niveles del sistema de salud (5,33,39,40). Para facilitar la deliberación democrática es necesario generar espacios de debate y discusión, ya que la participación de los pacientes hace que los debates sobre políticas de salud sean más transparentes (6,7). Contraria a una TDCS democrática, los procesos de participación tecnocrático buscan personas que puedan proporcionar información en profundidad sobre temas particulares, argumentando que muchas veces los pacientes no están informados de forma correcta o basados en evidencia (38,41).

#### **Deliberación:**

La deliberación es la participación de la población a través de un proceso reflexivo, siendo la etapa ideal de involucramiento de la población en la TDCS, más profunda que la consulta ciudadana (23). En todo el proceso deliberativo se debe apoyar la participación social efectiva, generando instancias que permitan diversas opiniones, así como la posibilidad de apelar a las decisiones en base a criterios establecidos (8,33). La deliberación tiene que ser democrática y justa para cumplir con su objetivo de incluir a la población y pacientes en la TDCS (42), siguiendo el *modelo de deliberación democrática* (33). Para esto es central que la deliberación sea informada, es decir, que los pacientes se comprometan y comprendan la evidencia actual sobre el tema, generándose una *democratización de la información* (42–44). La deliberación refleja los valores sociales sobre cobertura (23), pues entrega información de la población que ha sido conversada y negociada, siendo útil y necesaria para las decisiones políticas (44,45).

#### **Transparencia:**

El concepto de transparencia en la TDCS presenta varias connotaciones. i) Es un elemento

básico de la toma de decisiones (40) para lograr una participación efectiva de los pacientes y la población (5). ii) Entregar información transparente a la población y a los pacientes para tomar decisiones los empodera en su rol de actores clave en el proceso decisional (46). iii) La legitimidad depende de que se realicen debates transparentes, en donde haya un intercambio continuo de opiniones (8), siendo la participación esencial para la transparencia (4,6). iv) Las decisiones que se tomen sobre salud deben ser basadas en las necesidades de la población, siendo central para reducir inequidades en salud (47). Finalmente, cabe señalar que la transparencia no es condición suficiente para la legitimidad decisional, pero ciertamente necesaria.

### **Representatividad:**

La representatividad de los pacientes y la población es central para que la TDCS sea legítima y efectiva (4), sin embargo este tema aún no está bien establecido en las estructuras formales y la representatividad actual es insuficiente (8). Es necesario que haya una representación justa (ver concepto de legitimidad), en donde se consideren todas las voces necesarias para la decisión (4,33). La literatura indica que el representante tiene el derecho y la responsabilidad de tomar decisiones a nombre de un grupo, debiendo ser receptivo a sus necesidades, sin caer en comportamientos de interés personal (4,8,36). Se propone que los grupos de pacientes pueden llegar a ser representantes legítimos de los intereses públicos (8,48). Para lograr una representación integrada, se debe capacitar al representante en los temas que aboga, en salud pública y sobre el proceso decisional (8,24,49). Cada país tiene la misión de garantizar un rol activo y un real impacto en la decisión por parte de sus representantes, ya que aún tienen un rol poco definido en la TDCS (38).

### **DISCUSIÓN:**

La participación social de pacientes y la población en la TDCS es central para el proceso de priorización y distribución de los recursos en salud, permitiendo avanzar hacia la cobertura universal en salud de manera coherente con los intereses de la sociedad. La participación social es un imperativo ético que promueve la confianza pública y los derechos humanos, genera un balance entre el individuo y la comunidad, y promueve el desarrollo de agendas políticas compartidas y basada en las necesidades reales de la población.

La presente revisión aporta a este desafío proponiendo un marco conceptual comprensivo respecto de lo que se conoce, desde la evidencia científica, sobre el complejo fenómeno de la participación de pacientes y población en la TDCS. A través de la revisión de literatura se generó una definición integral de lo que es la participación social en salud, así como la definición de los conceptos asociados que permiten profundizar en la comprensión de la participación de la población y los pacientes en el proceso de toma de decisiones en salud. De la definición se desprenden los principales conceptos que permiten ampliar la comprensión de la participación de la población y de pacientes en la TDCS, y que a su vez dan cuenta de la profundidad de este fenómeno. Los conceptos principales encontrados son: confianza, democracia, transparencia, deliberación, legitimidad y representación, y los conceptos relacionados son responsabilidad y justicia. En la revisión de literatura se observó además que estos conceptos encontrados no son independientes sino por el contrario, se relacionan entre sí de manera dinámica y compleja.

De la relación entre conceptos surgen tres temas principales que se deben considerar en cualquier proceso de TDCS. En primer lugar, es central que se establezcan *espacios formales de debate y discusión* sobre temas de salud, tanto a nivel local entre pacientes y población, como a un nivel mayor en donde se incluyan a los representantes. Esto hace que el proceso decisional sea legítimo y transparente, promoviendo la confianza hacia proceso y los representantes. Segundo, un desafío importante es que haya una mayor *definición y precisión del rol* que van a tener tanto los pacientes, como sus representantes en el proceso de TDCS, siendo necesario establecer institucionalmente sus funciones. Esto es central para el tercer y último tema, el cual es el *empoderamiento de los representantes* de la población y los pacientes. Debido a que aún prima la tecnocracia por sobre la democracia, es central involucrar a los pacientes con información y evidencia científica. Esto se traduce en la necesidad de capacitación de los representantes, lo que permitiría superar las diferencias de estatus que influyen en el proceso decisional.

La revisión de evidencia científica permitió vislumbrar la complejidad y multidimensionalidad de la participación social en salud. Aún quedan pendientes varios desafíos respecto de este tema. La participación social en TDCS sigue siendo limitada a nivel mundial y genera dificultades para los países, que se deben comprometer para avanzar

en estas temáticas. A nivel Latinoamericano se encontró escasa evidencia científica respecto del tema, por lo que se hace necesario complementar en futuras revisiones con una búsqueda de literatura gris.

Líderes clínicos, en especial médicos, son actores relevantes sobre cobertura en salud y es importante que conozcan los roles emergentes que grupos de pacientes están teniendo en este proceso de TDCS. Esto denota dinamismo en relaciones de poder entre el cuerpo médico –y tomadores de decisión en general- y los pacientes que traerá nuevos desafíos a la práctica profesional. Se espera que futuros estudios utilicen el marco conceptual presentado en el diseño, implementación y evaluación de iniciativas de participación social en toma de decisiones sobre cobertura en salud.

### **CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS:**

A través de la revisión de literatura se logró desarrollar un marco conceptual respecto de la participación social en la toma de decisiones sobre cobertura en salud. Si bien el fenómeno de la participación de pacientes y población en los procesos decisionales es complejo y presenta múltiples aristas, el marco conceptual desarrollado plantea definiciones que integran las descripciones que diversos autores han realizado de los conceptos asociados a la temática, lo que permite avanzar en la comprensión unificada del fenómeno.

Actualmente hay países que han implementado iniciativas que se preocupan de incorporar a los pacientes y a la población en la toma de decisiones en salud. Sin embargo, hay elementos pendientes de definir y criterios por unificar, como es, por ejemplo, el rol o nivel de participación de los pacientes y población en el proceso decisional. De esta manera, el marco conceptual se propone como una herramienta útil para el establecimiento de iniciativas y políticas en salud basadas en las necesidades reales de la sociedad, lo cual es esencial si se considera que los pacientes y la población son los receptores finales de los impactos tanto deseables como indeseables de las políticas públicas e iniciativas en salud.

Lo anterior cobra mayor relevancia en el contexto Latinoamericano, en donde se observa escasa evidencia científica sobre el tema, en comparación con otras regiones del mundo. Por lo tanto, el marco conceptual también es considerado una herramienta que viene a facilitar el desarrollo de iniciativas y de estudios sobre la participación social en los procesos decisionales en América

Latina, especialmente porque ha sido redactado en español, el principal idioma de la región.

Por último, en Chile se han realizado avances para fomentar la participación social en la toma de decisiones sobre cobertura en salud, especialmente con la promulgación de la Ley Ricarte Soto la cual propone la creación de nuevas instituciones que aseguran la participación de la población. Estos avances plantean importantes desafíos para el sector público y también para los pacientes, quienes tienen nuevos espacios de participación en los procesos de decisión. De esta manera, el presente marco conceptual facilitaría la superación de estos desafíos, presentando definiciones conceptuales integrales que permiten llegar a consensos entre los diversos actores involucrados respecto de lo que se entiende por participación social en la toma de decisiones en salud y así establecer un sistema de priorización que encamine los esfuerzos hacia la cobertura universal en salud en el país.

**Financiamiento:** Fonis SA 16IO248.

### **REFERENCIAS:**

1. World Health Organization. The World Health Report 2010: Health System Financing - The path to universal coverage. World Health Organization Press; 2010.
2. Ottersen T, Norheim OF. Cómo tomar decisiones justas en el camino hacia la cobertura universal de salud. Informe final del Grupo Consultivo de la OMS sobre la Equidad y Cobertura Universal de Salud. Salud OP de la, editor. Washington DC: Organización Mundial de la Salud; 2015. p. 92
3. Daniels N. Accountability for reasonableness: Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. *Br Med J*. 2000; 321(7272): 1300–1.
4. Azmal M, Akbari Sari A, Rahimi Foroushani A, Ahmadi B. Developing a conceptual model for the application of patient and public involvement in the healthcare system in Iran. *Electron physician* [Internet]. 2016; 8(6): 2506–14. Disponible en: <http://www.e physician.ir/index.php/browse-issues/2016/6/400-2506>
5. Oxman AD, Lewin S, Lavis JN, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 15: Engaging the public in evidence-informed policymaking. *Chinese J Evidence-Based Med*. 2010;10(5):520–6.
6. Bréchet PH, Bérard A, Magnin-Feysot C, Segouin C, Bertrand D. Usagers et politiques de santé: Bilans et perspectives. *Sante Publique (Paris)*.

2006;18(2):245–62.

7. van de Bovenkamp HM, Zuiderent-Jerak T. An empirical study of patient participation in guideline development: Exploring the potential for articulating patient knowledge in evidence-based epistemic settings. *Heal Expect*. 2015;18(5):942–55.

8. Milewa T. Representation and legitimacy in health policy formulation at a national level: Perspectives from a study of health technology eligibility procedures in the United Kingdom. *Health Policy (New York)*. 2008;85(3):356–62.

9. NICE. Patient and Public Involvement Policy [Internet]. 2013. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/about/nice-communities/public-involvement>

10. Hogg CNL. Patient and public involvement: What next for the NHS? *Heal Expect*. 2007;10(2):129–38.

11. Fricke FU, Dauben HP. Health technology assessment: A perspective from Germany. Vol. 12, *Value in Health*. 2009.

12. International Hospital Federation, International Alliance of Patients' Organisations. Special collaborative Issue with IAPO on patient engagement in Hospitals. *World Hospitals Heal Serv*. 2014;50(3).

13. Rivera D, Fernández E, Rengifo A. Manual Metodológico de Participación y deliberación. [Internet]. 2014. 1-85 p. Disponible en: <http://www.iets.org.co/Manuales/Manuales/Manual Participación 30 sep.pdf>

14. Ministerio de Salud. Decreto 47 Determina los diagnósticos y tratamientos de alto costo con sistema de protección financiera de la ley N° 20.850. *Diario oficial de la República de Chile*. 2018 Mar 6;16.

15. Matzat J. [Self-help meets science: Patient participation in guideline development]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* [Internet]. 2013;107(4–5):314–9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23916271>

16. Stafinski T, Menon D, Yasui Y. Assessing the impact of deliberative processes on the views of participants: Is it “in one ear and out the other”? *Heal Expect*. 2014;17(2):278–90.

17. Solomon MZ, Gusmano MK, Maschke KJ. The ethical imperative and moral challenges of engaging patients and the public with evidence. *Health Aff*. 2016;35(4):583–9.

18. Poddar U, Brownlee S, Stacey D, Volk RJ, Williams JW, Elwyn G. Patient Decision Aids: A Case for Certification at the National Level in the United States. *J Clin Ethics*. 2015;26(4):306–11.

19. Kieslich K, Ahn J, Badano G, Chalkidou

K, Cubillos L, Hauegen RC, et al. Public participation in decision-making on the coverage of new antivirals for hepatitis C. *J Health Organ Manag* [Internet]. 2016;30(5):769–85. Disponible en: <http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/JHOM-03-2016-0035>

20. Schuldzinski W. Können Patienten ihre Verantwortung wahrnehmen? Vol. 106, *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2012. p. 213–6.

21. Kaplan RM, Babad YM. Balancing influence between actors in healthcare decision making. *BMC Health Serv Res*. 2011;11.

22. Lenert L. Transforming healthcare through patient empowerment. In: *Studies in Health Technology and Informatics*. 2010. p. 159–75.

23. Cleemput I, Christiaens W, Kohn L, Léonard C, Daue F, Denis A. Acceptability and Perceived Benefits and Risks of Public and Patient Involvement in Health Care Policy: A Delphi Survey in Belgian Stakeholders. *Value Heal* [Internet]. 2015;18(4):477–83. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2014.12.015>

24. Grenz-Farenholtz B, Langner D, Hohmann E, Verheyen F, Kranich C. [Patient representatives at the federal state level in Germany - results of a quantitative survey regarding the educational needs of patient representatives]. *Gesundheitswes (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes)* [Internet]. 2014;76(11):735–41. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24696370>

25. Gilson L. Trust in health care: theoretical perspectives and research needs. *J Health Organ Manag* [Internet]. 2006;20(5):359–75. Disponible en: <http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/14777260610701768>

26. Gulbrandsen P, Clayman ML, Beach MC, Han PK, Boss EF, Ofstad EH, et al. Shared decision-making as an existential journey: Aiming for restored autonomous capacity. *Patient Educ Couns* [Internet]. 2016;99(9):1505–10. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.014>

27. Mander R, Melender HL. Choice in maternity: rhetoric, reality and resistance. *Midwifery* [Internet]. 2009;25(6):637–48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2007.10.009>

28. Solomon J, Knapp P, Raynor DK, Atkin K. Worlds apart? An exploration of prescribing and medicine-taking decisions by patients, GPs and local policy makers. *Health Policy (New York)* [Internet]. 2013;112(3):264–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.08.004>

29. Duffett L. Patient engagement: What

- partnering with patient in research is all about. *Thromb Res* [Internet]. 2017;150:113–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.thromres.2016.10.029>
30. Dugas M, Trottier MÈ, Chipenda Dansokho S, Vaissou G, Provencher T, Colquhoun H, et al. Involving members of vulnerable populations in the development of patient decision aids: A mixed methods sequential explanatory study. *BMC Med Inform Decis Mak* [Internet]. 2017;17(1):1–11. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12911-016-0399-8>
31. Ward PR, Coffey C, Meyer S. Trust, choice and obligation: A qualitative study of enablers of colorectal cancer screening in South Australia. *Sociol Heal Illn*. 2015;37(7):988–1006.
32. Dy SM, Purnell TS. Key concepts relevant to quality of complex and shared decision-making in health care: A literature review. *Soc Sci Med* [Internet]. 2012;74(4):582–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.015>
33. Stone J. Race and healthcare disparities overcoming vulnerability. *Theor Med Bioeth*. 2002;23(6):499–518.
34. Robertson R, Dixon A, Le Grand J. Patient Choice in General Practice: The Implications of Patient Satisfaction Surveys. *J Health Serv Res Policy* [Internet]. 2008;13(2):67–72. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1258/jhsrp.2007.007055>
35. Ghadi V, Naiditch M. Comment construire la légitimité de la participation des usagers à des problématiques de santé? *Sante Publique (Paris)*. 2006;18(2):171–86.
36. Ells C. Preventing and resolving ethical conflicts: more help for policy makers. *Healthc Manage Forum* [Internet]. 2001;14(1):22–4. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0840-4704\(10\)60388-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0840-4704(10)60388-2)
37. Ko H. In science communication, why does the idea of a public deficit always return? *Public Underst Sci*. 2016;25(4):460–4.
38. Lopes E, Street J, Carter D, Merlin T. Involving patients in health technology funding decisions: Stakeholder perspectives on processes used in Australia. *Heal Expect*. 2016;19(2):331–44.
39. Goold SD. Allocating health care: cost-utility analysis, informed democratic decision making, or the veil of ignorance? *J Health Polit Policy Law* [Internet]. 1996;21(1):69–98. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8708343>
40. Callahan R, Darzi A. Analysis & commentary: Five policy levers to meet the value challenge in cancer care. *Health Aff*. 2015;34(9):1563–8.
41. Abraham J, Sheppard J. *Democracy, Technocracy, and the Secret State of Medicines Control: Expert and Nonexpert Perspectives*. Author (s): John Abraham and Julie Sheppard. Sage Publications, Inc. 2017;22(2):139–67.
42. Facey K, Boivin A, Gracia J, Hansen HP, Lo Scalzo A, Mossman J, et al. Patients' perspectives in health technology assessment: A route to robust evidence and fair deliberation. *Int J Technol Assess Health Care*. 2010;26(3):334–40.
43. Thomas R, Glasziou P, Rychetnik L, Mackenzie G, Gardiner R, Doust J. Deliberative democracy and cancer screening consent: A randomised control trial of the effect of a community jury on men's knowledge about and intentions to participate in PSA screening. *BMJ Open*. 2014;4(12):1–8.
44. Carman KL, Maurer M, Mangrum R, Yang M, Ginsburg M, Sofaer S, et al. Understanding An Informed Public; Views On The Role Of Evidence In Making Health Care Decisions. *Heal Aff* [Internet]. 2016;35(4):566–74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1112>
45. Hodgetts K, Hiller JE, Street JM, Carter D, Braunack-Mayer AJ, Watt AM, et al. Disinvestment policy and the public funding of assisted reproductive technologies: Outcomes of deliberative engagements with three key stakeholder groups. *BMC Health Serv Res*. 2014;14(1).
46. Weeks WB, Kotzbauer GR, Weinstein JN. Using Publicly Available Data to Construct a Transparent Measure of Health Care Value: A Method and Initial Results. *Milbank Q* [Internet]. 2016;94(2):314–33. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27265559> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4911724> <http://doi.wiley.com/10.1111/1468-0009.12194>
47. Williams A. Thinking about equity in health care. *J Nurs Manag*. 2005;13(5):397–402.
48. Kolasa K, Dohnalik J, Borek E, Siemiatkowski M, Ścibiorski C. The paradox of public participation in the healthcare in Poland - What citizens want, and what they think. *Health Policy (New York)*. 2014;118(2):159–65.
49. Douglas CMW, Wilcox E, Burgess M, Lynd LD. Why orphan drug coverage reimbursement decision-making needs patient and public involvement. *Health Policy (New York)*. 2015;119(5):588–96.

# Participación en la toma de decisiones en salud y satisfacción de los usuarios de atención primaria chilena

Participation in health decision-making and satisfaction of Chilean primary care users

Paulina Bravo <sup>1</sup>  
María Paz Martínez <sup>2</sup>  
Luis Villarroel <sup>3</sup>  
Angelina Dois <sup>4</sup>

## RESUMEN

A nivel mundial existe un interés progresivo por involucrar activamente a las personas en salud. Chile ha potenciado este concepto, promoviendo la participación comunitaria de las personas en salud, y destacando la importancia de mantenerlos como agentes activos durante el proceso de toma de decisiones clínicas. A pesar de ello, no existen reportes del nivel de involucramiento en los encuentros clínicos, ni su relación con la satisfacción con la atención recibida.

**Objetivo:** determinar el nivel de participación en la toma de decisiones experimentada por los usuarios de centros de salud familiar (CESFAM) en el nivel primario de atención chileno y su relación con la satisfacción usuaria.

**Métodos:** Estudio transversal e individual. Se reclutaron 24 CESFAM a lo largo del país. Los participantes (n=2223) completaron el instrumento CollaboRATE-Chile y una escala de satisfacción luego de la consulta de salud. Para el análisis se usó test chi-cuadrado.

**Resultados:** La experiencia de participación fue alta para la mayoría de los participantes y solo se vio afectada cuando tenían una mala percepción de su salud ( $p<0,001$ ). Adicionalmente, se encontró que a menor participación del usuario existía mayor insatisfacción con el profesional ( $p<0,001$ ). Conclusión: Los usuarios de APS experimentan una alta participación en las decisiones clínicas, lo que impacta en su satisfacción. Futuras investigaciones deben explorar este fenómeno desde metodologías que permitan identificar los aspectos relacionales de la participación y proponer intervenciones que preparen a los profesionales y usuarios para un encuentro terapéutico participativo.

**Palabras claves:** Participación del paciente, Toma de decisiones, Atención Primaria de Salud

Recibido el 13 de julio de 2018. Aceptado el 27 de septiembre de 2018.

1 Enfermera, PhD, Profesor Asociado, Departamento Salud de la Mujer, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Correspondencia a: pbravo@uc.cl

2 Trabajadora Social, Magíster en Psicología Social, Investigadora, Proyecto FONDECYT 11150221, Pontificia Universidad Católica de Chile.

3 Estadístico, Doctor en Estadística, Profesor Asociado, Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

4 Enfermera-matrona, Magíster en Psicología de la Salud, Profesor Asociado, Departamento de Salud del Adulto, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Fuente de apoyo financiero: CONICYT; Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT), Proyecto FONDECYT Iniciación en Investigación 11150221. FONDECYT no influyó en el diseño del estudio, en la recolección, análisis o interpretación de los datos ni en la preparación, revisión o aprobación del manuscrito.

## ABSTRACT

---

Worldwide there is an increasing interest for actively involving patients in healthcare. Particularly in Chile, there are strategies to promote community participation, moving towards the medical decision-making process. However, little is known about how much participation is occurring in the clinical encounters nor how this is linked to patients' satisfaction with healthcare.

**Objective:** to determine the level of patients' experienced participation in medical decision-making in Chilean primary care centers (PCC) and its relationship with users' satisfaction. **Methods:** A cross-sectional, individual study was conducted. We recruited 24 PCC across the country. Participants (n=2223) were asked to complete a self-reported questionnaire (CollaboRATE-Chile and Satisfaction scale) after the clinical encounter. For bivariate analysis we used Chi-squared test.

**Results:** Patients reported high levels of participation in the decision-making process, and this was only affected if they had poor health perception ( $p < 0,001$ ). Low levels of participation were significantly associated with low satisfaction ( $p < 0,001$ ).

**Conclusion:** PCC users experienced great involvement in the medical decision-making process, and this could impact their satisfaction with healthcare. Future research should deeply explore this phenomenon by using methodologies that can identify the interpersonal relationship component of participation and propose interventions to train both health professionals and patients for a participatory therapeutic encounter.

**Keywords:** *Patient participation, Decision Making, Primary Health Care*

## INTRODUCCIÓN

---

El cuidado centrado en la persona (CCP) considera que el paciente (persona o usuario en este artículo) es corresponsable de su cuidado, en colaboración con el equipo de salud (1). La Atención Primaria de Salud (APS) chilena establece como uno de sus principios irrenunciables el CCP (2). El principio de centralidad implica considerar en la atención las necesidades de las personas y sus familias desde su forma particular de definir las y priorizarlas, estableciendo un modelo de relación entre el equipo de salud, las personas (sus familias) y la comunidad, basado en el cuidado compartido (3). Esto se ve respaldado en la legislación sanitaria vigente, que reconoce el derecho de las personas a

tomar un rol activo en el cuidado de su salud (4). Uno de los elementos fundamentales para lograr este involucramiento es, de acuerdo a la normativa nacional, que las personas reciban información adecuada, que les permita participar de manera activa e informada en la toma de decisiones relativas a su cuidado. No obstante, la mera entrega de información no es garante de un rol activo en salud. Se requiere un nuevo enfoque relacional, que visibilice y cuestione el juego de poderes en la atención clínica, para distribuirlo de manera equitativa entre profesional y usuario (5).

A nivel internacional, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos (IOM) ha identificado al CCP como una de las dimensiones claves de calidad de la atención, destacando la necesidad de un cambio fundamental en el sistema sanitario para la implementación del CCP (6). Adicionalmente, la Declaración de Salzburgo (7) para el CCP introdujo el mundialmente conocido lema de movimientos de derechos de personas con discapacidad "nothing about me without me" o "nada acerca de mí, sin mí", relevando la importancia de mantener activamente involucrados a las personas en el proceso de cuidado. Esta Declaración definiendo calidad de la atención en cuanto se entreguen servicios sensibles a las necesidades de las personas, en el modo y momento que lo requieran.

Una de las maneras de llevar a cabo esta centralidad en el cuidado en la práctica clínica es la toma de decisiones compartidas (TDC) en salud. La TDC es un enfoque desde el cual el profesional de la salud debe compartir la mejor evidencia disponible, promoviendo que el usuario identifique aquellos aspectos que le son más valiosos y sus preferencias en relación a una decisión de salud. (8). La TDC es una de las estrategias más reconocidas para promover la participación individual de las personas en el cuidado de su salud (9). Diversas investigaciones han reportado los múltiples beneficios asociados a la TDC, como mejoras en los resultados clínicos, optimización de los recursos, aumento de la satisfacción usuaria y reducción de las brechas en salud (10, 11). Aun cuando en Chile existe voluntad política para promover la participación de los usuarios en salud, esta se ha centrado principalmente en procesos comunitarios, y no existen reportes de cómo se manifiesta este involucramiento en el encuentro clínico (1).

El objetivo de este artículo es determinar el nivel de participación en la toma de decisiones de salud experimentada y su relación con la satisfacción reportada por usuarios de APS en Chile.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio analítico, individual, transversal a nivel nacional. Se invitaron a participar a Centros de Salud Familiar (CESFAM) de las zonas norte, centro y sur del país entre enero y julio del 2017. Los usuarios participantes se seleccionaron a través de muestreo intencionado del universo conformado por el total de usuarios que accedieron al CESFAM el día de recolección de la información y que cumplieran con los criterios de inclusión: ser mayor de 18 años y haber recibido atención de salud en el CESFAM durante el día. El estudio fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (número: 15-310). Todos firmaron un documento de consentimiento informado.

### Recolección de la información

Se solicitó a los participantes que completaran un cuestionario para recoger información bio-socio-demográfica. El nivel de participación en la toma de decisiones en salud experimentada fue medida a través del instrumento CollaboRATE-Chile. Este instrumento fue validado y adaptado a la realidad nacional por el equipo de investigación en un proyecto previo (12). Este es un instrumento breve de solo 3 preguntas auto-aplicadas que mide el nivel de participación de las personas en las decisiones clínicas, en una escala de 1 a 7. Una alta participación se considera con promedio mayor o igual a 6, mientras que una baja participación corresponde a menor que 4. Para poder realizar esta medición, se les preguntó a los participantes que clasificaran el tipo de decisión efectuada durante la consulta de salud. Utilizando instrumentos desarrollados por equipos nacionales, se midió la satisfacción con el profesional que lo atendió. Se utilizaron cuatro preguntas respondidas en una escala de Likert de 6 puntos. Puntajes igual o mayor a 4 se consideraron satisfechos con el profesional (13).

### Análisis de la información

Las variables categóricas se presentan como número de casos y porcentajes y las variables numéricas se presentan con promedio  $\pm$  desviación estándar. Para la comparación de porcentajes se usó el test chi-cuadrado de Pearson. Se consideró significativo valores  $p$  inferiores o iguales a 0.05. El análisis se realizó utilizando el programa estadístico Stata 14.

## RESULTADOS

### Participantes

Se invitaron a participar a usuarios de 24 CESFAM desde la Región de Atacama hasta Magallanes. Un total de 2223 usuarios fueron reclutados, de ellos el 78,8% fueron mujeres. La edad promedio fue de 50,9 años ( $\pm 18,1$ ). La Tabla 1 resume las principales características de este grupo.

### Nivel de participación experimentada por los usuarios

El promedio de CollaboRATE-Chile obtenido en este estudio fue de 6,4 ( $\pm 1,06$ ), lo que indica un alto nivel de participación en la toma de decisiones, con un 84,3% con puntajes iguales o mayores a 6. En relación a las características sociodemográficas, solo se encontraron diferencias significativas por sexo, siendo los hombres quienes reportaron menor participación ( $p < 0,001$ ). Cabe destacar que las personas con una percepción mala de su salud reportan significativamente menor participación en la toma de decisiones ( $p < 0,001$ ) (Gráfico 1). No obstante, la frecuencia con que asisten al centro de salud no se asocia con niveles de participación en la decisión ( $p > 0,05$ ).

### Satisfacción con la atención recibida

Los participantes reportaron una alta satisfacción con el profesional, con un puntaje promedio de 5,35 ( $\pm 1$ ) y un 90,7% con puntajes iguales o mayores a 4.

### Relación entre participación en la toma de decisiones y satisfacción con el profesional

En relación a los puntajes obtenidos con el instrumento CollaboRATE-Chile, se identifica un gradiente de menor satisfacción mientras menor sea la participación reportada. Así, el 86,5% de aquellos con baja participación (puntaje menor a 4) están insatisfechos, en comparación con el 1,8% de los que obtuvieron puntajes mayores o iguales a 6 ( $p < 0,001$ ) (Gráfico 2).

## DISCUSIÓN

Este artículo determinó el nivel de participación en la toma de decisiones en salud y su relación con la satisfacción reportada por usuarios de CESFAM en Chile. La participación experimentada por los usuarios fue mayoritariamente alta, y solo se vio afectada de manera negativa cuando las personas tenían una mala percepción de su estado

de salud. Asimismo, niveles de participación bajos se relacionaron con una menor satisfacción con la atención recibida del profesional de salud.

De acuerdo a lo revisado en la literatura, esta es una de las pocas estimaciones de prevalencia de la participación en población general usuaria de APS. La mayoría de los estudios reportan participación experimentada en un grupo particular y frente a decisiones específicas, que son apoyadas por herramientas que promueven el diálogo entre profesionales y pacientes (14). No obstante, el único estudio encontrado que reporta la relación entre participación y satisfacción en APS concuerda con los hallazgos presentados en este artículo, en cuanto existe una relación directamente proporcional entre ambos constructos (15). Así, altos niveles de participación predicen mayor satisfacción con la atención en salud.

Es interesante que la mayoría de los participantes de este estudio reportaron altos niveles de involucramiento en la toma de decisiones clínicas. Frente a ello, vale la pena discutir el entramado conceptual y epistemológico detrás de este fenómeno. En este sentido, es necesario entender la participación como un constructo polisémico y complejo, lo que conlleva el tener que esclarecer qué se entiende por participación, para posicionarnos y poder hacer interpretaciones respecto a cómo ésta es experimentada y finalmente reportada por los usuarios. Una investigación que exploró el cuidado centrado en la persona desde la perspectiva de los usuarios, indicó que las personas todavía reconocen carencias relacionales y del buen trato (como ser llamados por su nombre o tener contacto visual durante el encuentro clínico) (2), por lo que las oportunidades de participación se verían seriamente limitadas en situaciones donde el desbalance de poder entre las partes se perpetúa (16).

Entendiendo que en Chile aún son escasos los antecedentes de promoción de participación a nivel individual en la consulta de salud, pues ésta sólo se limita a experiencias locales, de investigación y directrices ministeriales (1), parece necesario ampliar el espectro hacia la participación comunitaria en salud. Siguiendo la caracterización realizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (17), existen grados de participación comunitaria en salud, yendo desde niveles más básicos hasta más complejos de involucramiento como sigue: 1) Utilización de los servicios e instalaciones; 2) Cooperación con las iniciativas planificadas por un organismo externo; y 3) Participación en las actividades de planificación y

administración.

La naturaleza mixta del sistema de salud chileno que combina tanto el sector público como el privado ha convertido el acceso a la salud en un lujo, manteniendo las inequidades entre grupos de mayor y menor ingreso, y también agudizando las brechas para las personas más desaventajadas, en cuanto el acceso a una atención de salud se convierte en un resultado positivo, independiente de la calidad de este (2, 18). A la luz de los resultados de este estudio, podríamos ubicar la participación de usuarios de servicios de APS en el estadio inicial de participación según la OPS, ya que las personas podrían estar percibiendo el mero acceso a servicios e instalaciones como participación activa. Sin embargo, cuando la percepción de salud es negativa, identifican menos oportunidades de participación, lo que podría relacionarse a la necesidad de recibir más información, conocer sus alternativas terapéuticas y finalmente, decidir en conjunto con el profesional (8).

Ante estos hallazgos se debe recordar que el instrumento de recolección de información de este estudio fue aplicado a posteriori de haber recibido atención en salud, lo cual puede condicionar la percepción subjetiva de satisfacción y participación. En este sentido, de acuerdo a lo planteado por Bang (19), es importante reconocer la dimensión subjetiva de los procesos participativos. Siguiendo esta línea, aun cuando el instrumento utilizado esté adaptado lingüística y culturalmente y validado para la realidad nacional, se necesitan estudios que recojan esta subjetividad, a través por ejemplo de observaciones de encuentros clínicos, para identificar las oportunidades de participación, la relación terapéutica y la promoción explícita de involucramiento, sobretudo en un contexto como el chileno que aún transita desde un modelo de atención biomédico hacia un enfoque democrático, participativo e integral (3). Esto porque la participación activa de las personas en las decisiones clínicas, solo puede darse en un contexto relacional que habilite e intencione el rol activo de las personas y que se centre en ellas como eje principal del cuidado (16, 20). Se ha reportado que la atención médica de Chile necesita en el corto plazo la formación permanente del equipo de salud en relaciones humanas efectivas (21), lo que debe incluir los componentes de participación. La TDC requiere de profesionales de salud preparados para comunicarse de manera empática y efectiva con los usuarios, gatillando con ello que las personas sean capaces de reconocer lo que es más importante para ellos en relación a la

decisión terapéutica (22). Asimismo, los usuarios deben contar con instancias de preparación para los encuentros clínicos que les permita desarrollar habilidades de autocuidado y de empoderamiento en relación a su salud, para con ello participar activamente en la toma de decisiones clínicas (5, 23).

## **CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS**

Los usuarios de CESFAM de Chile reportan un alto nivel de participación en las decisiones de salud, lo que se relaciona de manera directa con altos niveles de satisfacción con la atención recibida. Es importante recoger la complejidad de la experiencia de participación en un contexto sanitario marcado aún por verticalidad en la atención, donde todavía están por resolverse carencias relacionales y del trato percibido por los usuarios. Futuras investigaciones podrían recoger esta necesidad, y explorar a través de otros enfoques metodológicos como los cualitativos, la realidad de los encuentros clínicos y con ello proponer estrategias de preparación tanto de los profesionales como de los usuarios para el establecimiento de una alianza terapéutica que permita y potencie la TDC. Adicionalmente, es necesario que estas investigaciones sean transferibles y estén en coherencia con los actores políticos para con ello facilitar que este enfoque terapéutico esté disponible en los diversos contextos sanitarios del país y con ello apuntar hacia la reducción de brechas relacionadas con el acceso a la información y participación de los usuarios en su proceso de salud-enfermedad.

## **REFERENCIAS:**

1. Bravo P, Dois A, Cabieses B, Bustamante C, Campos S, Stacey D. Patient-centred care and shared decision making in Chile: Rising momentum for progress and implementation in clinical practice. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 2017;123-124:28-31.
2. Dois A, Contreras A, Bravo P, Mora I, Soto G, Solis C. Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios; 2016.
3. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitaria. Chile; 2013.
4. Gobierno de Chile. Ley no. 20.584 Regula los derechos y deberes que tienen las personas en

relación con acciones vinculadas a su atención en salud; 2012.

5. Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient education and counseling*. 2014; 94(3):291-309.

6. Davis K, Schoenbaum SC, Audet A-M. A 2020 Vision of Patient-Centered Primary Care. *Journal of General Internal Medicine*. 2005;20(10):953-7.

7. Salzbug S. Through the Patient's Eyes: Collaboration between Patients and Health Care Professionals

Session 356 Salzburgo [Internet] 1998 [citado en Junio 2018]. Disponible en: <https://www.salzburgglobal.org/multi-year-series/general/pageId/session-356.html>.

8. Elwyn G, Tilburt L, Montori V. The ethical imperative for shared decision-making. *European Journal for Person Centered Healthcare*. 2013; 1(1):129-31.

9. Mio F, Q. TJ. Disentangling patient and public involvement in healthcare decisions: why the difference matters. *Sociology of Health & Illness*. 2017; 39(1):95-111.

10. Bravo P, Contreras A, Perestelo-Pérez L, Pérez-Ramos J, Málaga G. En busca de una salud más participativa: compartiendo decisiones de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(4):691-7.

11. Pérez V, Pezoa M. ¿Qué es "trato digno" para los pacientes? Elementos que componen el trato digno. Informe global. Superintendencia de Salud Chile, Departamento de Estudios y Desarrollo; 2013.

12. Bravo P, Contreras A, Dois A, Villarroel L. Adaptación y validación del instrumento genérico CollaboRATE™ para medir la participación de mujeres en la toma de decisiones en salud durante el proceso reproductivo. *Atención Primaria*. 2018; 50(5):274-81.

13. Pantoja T, Beltran M, Moreno G. Patients' perspective in Chilean primary care: a questionnaire validation study. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*. 2009; 21(1):51-7.

14. Stacey D, Légaré F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2017

15. Holzel LP, Kriston L, Harter M. Patient preference for involvement, experienced involvement, decisional conflict, and satisfaction with physician: a structural equation model test. *BMC health services research*. 2013; 13:231.
16. Joseph-Williams N, Edwards A, Elwyn G. Power imbalance prevents shared decision making. *2014*; 14(14):34.
17. Organización Panamericana de la Salud OPS. Participación comunitaria, estudio de casos. Washington DC; 1984.
18. Burrows J. Inequalities and healthcare reform in Chile: equity of what? *Journal of medical ethics*. 2008;34(9):e13.
19. Bang C. Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas*. 2014;13(2):109-20.
20. Michalewicz A, Pierri C, Ardilla-Gómez S. Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización. *Anuarios de investigaciones*. 2014; 21(1):217-24.
21. Goic A. La atención médica de las personas: propuestas atrevidas. *Cuadernos Médicos Sociales*. 2018; 58(1):55-60.
22. Légaré F, Moumjid-Ferdjaoui N, Drolet R, Stacey D, Härter M, Bastian H, et al. Core Competencies for Shared Decision Making Training Programs: Insights From an International, Interdisciplinary Working Group. *The Journal of continuing education in the health professions*. 2013; 33(4):267-73.
23. Bravo P, Edwards A, Barr PJ, Scholl I, Elwyn G, McAllister M. Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. *BMC Health Services Research*. 2015; 15(1):252.

# Formando profesionales de salud para la praxis comunitaria

Forming health professionals for community practice

Juan Villagra<sup>1</sup>

## RESUMEN

---

**E**n miras a estructurar una formación profesional orientada a las necesidades epidemiológicas chilenas y a ser competentes para un sistema de salud orientado por el modelo de salud familiar y comunitaria, la Universidad de las Américas instala desde el año 2012 el Programa de intervención comunitaria en las carreras de la Facultad de Ciencias de la Salud. A través de una línea curricular común, vinculada continuamente con una comunidad específica y de acciones orientadas a fortalecer el entramado social, el PIC busca, por un lado, formar profesionales con competencias para las necesidades actuales de la población chilena, como también contribuir a mejorar los indicadores de salud de las comunidades. La evaluación realizada al quinto año de implementación indica que, aunque se avanza en la dirección correcta, se requiere un avance en lo metodológico que permita comprender la comunidad y abordar el trabajo con la misma, de manera más participativa, así como un avance desde lo epistemológico en las profesiones sanitarias, que les permita integrar el quehacer comunitario sobre salud como eje de sus acciones profesionales, en continua tensión con la perspectiva de manejo individual sobre la enfermedad.

**Palabras Clave:** *Participación, Currículum, Aprendizaje Servicio, Currículum, Salud Comunitaria, Epistemología.*

## ABSTRACT

---

In order to achieve a professional training oriented to the Chilean epidemiological needs and to be competent to a health system guided by the family and community health model, since 2012 the University of the Americas has installed the Community Intervention Program (PIC) in the faculty of Health Sciences careers. Through a common curricular line, continually linked to a specific community and actions aimed at strengthening the social network, the PIC wants to form professionals with competencies for the current needs of the Chilean population, as well as contribute to the health indicators of the communities linked with. The evaluation carried out in the fifth year of implementation indicates that, although progress is being made in the right direction, a methodological leap is required to understand the community and to work with it in a more participatory manner, as well as an epistemological advance in the health professionals, that allows them to integrate in a fluid way the community work on health as the axis of their professional actions, in constant tension with the perspective of individual management on the disease.

**Key word:** *Participation, Curriculum, Service Learning, Curriculum, Community Health, Epistemology.*

## INTRODUCCIÓN

---

El aniversario 40 de la realización de la trascendental conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud en Almá-Atá, Kazajistán, plantea la necesidad de reflexionar sobre las acciones sanitarias y de política pública, implementadas en los países que han decidido seguir las indicaciones de esta conferencia.

---

Recibido el 09 de julio de 2018. Aceptado el 27 de septiembre de 2018.

<sup>1</sup> Médico Cirujano, Magister en Comunicación Social con Mención en Comunicación y Educación. Director de Escuela de Salud Comunitaria, Universidad de las Américas, Chile

Es el caso de Chile, cuyo sistema de atención de salud se declara basado en la estrategia de atención primaria, orientando el quehacer de los equipos de salud en la red asistencial desde el modelo de atención integral de salud. Este modelo, que promueve una forma de gestión con enfoque territorial, organizando los servicios en redes y la prestación de atenciones de salud con énfasis en la promoción de la salud y prevención del daño, tiene como ejes de intervención a las personas, las familias y la comunidad.(1)

Para lograr alcanzar el funcionamiento deseado para el sistema, consolidando la estrategia escogida, se vuelve necesaria también una revisión de la formación de los profesionales a cargo de implementar las acciones sanitarias, pues se demanda transitar de una perspectiva flexneriana, que tanto rédito supuso a los indicadores de morbimortalidad durante todo el siglo 20 (2), hacia una mirada comprensiva que integre la determinación social en su quehacer cotidiano y sea capaz de lidiar con la inequidad, como factor sustantivo en las condiciones de salud de las poblaciones (3). El presente artículo, desarrolla la experiencia de la Universidad de Las Américas, Chile, a través del programa de Intervención comunitaria (PIC), actualmente en su sexto año de implementación académica a nivel curricular en la facultad de Ciencias de la Salud, en la que se ha buscado sistematizar una formación profesional en las carreras de Kinesiología, Nutrición y Dietética, Enfermería, Fonoaudiología y Terapia Ocupacional, orientadas al desarrollo de las competencias que un modelo basado en la atención primaria requiere, desde una perspectiva basada en el trabajo directo y continuo de los estudiantes durante toda su carrera, con comunidades en sus propios lugares de vida, ligando el aprendizaje a esta territorialidad (4).

## **PROFESIONALES PARA EL MODELO DE SALUD CHILENO**

El estado de Chile, a través del ejercicio de Reforma al sistema de salud el año 2005, optó por seguir la indicación de la OMS de fundamentar su orgánica en la estrategia de atención primaria de salud, instaurando el modelo de atención integral en salud (MAIS) familiar y comunitario. Este modelo, que busca entre otras cosas optimizar la atención primaria a nivel

de efectividad en el abordaje de los emergentes epidemiológicos y de eficacia en el gasto público (5), demanda per se un giro procedimental tanto de las instituciones sanitarias, que deben reestructurar sus equipos, modificar sus objetivos (complejizándolos) y recrear procedimientos; como de los profesionales que se desempeñan en ellas. Todo esto, a fin de hacerse cargo metodológicamente de las dimensiones familiares, comunitarias y territoriales del complejo salud-enfermedad, desde una perspectiva centrada en las personas y fundamentada en la participación social.

Respecto de los profesionales sanitarios, esta modificación de estrategia demanda un cambio en sus prácticas laborales para el cual, en la mayoría de los casos, la formación universitaria no les preparó a cabalidad ya que el foco ha estado puesto en otro sitio. Durante el siglo veinte, la primera generación de programas formativos para profesionales de salud centró sus esfuerzos en sistematizar los currículums desde una alta base científica; y con una profunda influencia desde el paradigma de pensamiento cartesiano.

Ya para mediados de siglo, una segunda oleada curricular, nutrió lo anterior de nuevos aires, incorporando fuertemente metodologías de aprendizaje en base a problemas de salud. (2) Ambos ciclos, consiguieron el objetivo perseguido de dotar a los profesionales egresados de estas escuelas formadoras, de las herramientas necesarias para combatir de manera efectiva las demandas epidemiológicas que se les presentaban para principios de la centuria, consiguiendo la duplicación de la expectativa de vida de la población al finalizar dicho período (2).

Pero estas dos “generaciones” de profesionales sanitarios, se ven enfrentadas con el cambio de siglo, a los desafíos que la vida moderna y este aumento de la expectativa de vida conllevan: el perfil epidemiológico cambió nuevamente y por tanto los sistemas de salud debiesen hacer eco ante esta modificación. Es en este punto que aparece la necesidad de una nueva generación de profesionales, con las competencias para liderar los procesos y enfoques que el sistema sanitario de esta nueva modernidad requiere. Para el caso del MAIS chileno, se traduce entre otras cosas, en la necesidad de profundizar la praxis sobre la enfermedad desde una perspectiva bio-sico-social con habilidades concretas sobre el abordaje de las dimensiones

sicológicas y sociales, así como competencias para desarrollar la gestión de la salud desde una base territorial, comunitaria y familiar.

## EL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

El año 2010, la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Las Américas, decide actualizar su proyecto educativo, mediante un plan de acción a ser implementado en un período de diez años. En este plan, se redefine el Perfil de Egreso de los estudiantes que adquieran su grado profesional en la institución, ajustándolo al contexto del sistema de salud, como también al perfil epidemiológico de la población chilena. En este contexto, el año 2012 ingresa la primera cohorte estudiantil de las carreras de Kinesiología, Enfermería, Terapia Ocupacional, Nutrición y Dietética y Fonoaudiología que verían redefinidos sus Resultados de aprendizaje del perfil de egreso según lo descrito, al tiempo de participar del abordaje metodológico representado por una línea curricular de Salud Comunitaria, compuesta por ocho asignaturas distribuidas durante sus cuatro primeros años de formación. Luego, a través de un incremento y reorientación de las horas prácticas en cada una de las carreras, se estructuró una mirada desde la trayectoria pedagógica del estudiante por sobre cada asignatura individual, con base en el compromiso comunitario con los territorios donde los estudiantes ejecutan dichas horas de trabajo práctico, representados por organizaciones sociales y juntas de vecinos de 6 comunas en 3 regiones del país. El mayor afán de esta aproximación metodológica basada en el aprendizaje y servicio es que al tiempo de tributar a la consecución de estos nuevos perfiles de egreso, los estudiantes y docentes contribuyan a mejorar las condiciones de vida de las personas y comunidades vinculadas. Estas asignaturas estructuradas como línea curricular, en conjunto con el trabajo de acompañamiento territorial y de la investigación académica asociada, conforman el Programa de Intervención Comunitaria (PIC).

## LA LÍNEA CURRICULAR DE INTERVENCIÓN COMUNITARIA

El programa de Intervención Comunitaria es una iniciativa transversal de la Universidad de las Américas, que al 2018 comprende la participación de 3 facultades: Ciencias Sociales, Ciencias de la Salud y Arquitectura, Diseño y Construcción. Todas ellas participan de los tres componentes antes descritos, sin perjuicio de que otras facultades puedan ser parte de acciones dentro del mismo marco.

Respecto del componente pedagógico, para las carreras de la facultad de Ciencias de la salud, el diseño que se implementa el año 2012, considera 8 asignaturas consecutivas (Ver Figura 1) en las cuales los estudiantes desarrollan aprendizajes disciplinares como Salud pública desde el marco de los determinantes sociales de la salud, Modelos de salud actuales e históricos, gestión de la salud desde la prevención y promoción y el diagnóstico de situación de salud de una comunidad específica con el diseño de proyectos en pos de la intervención de dicho diagnóstico; aprendizajes valóricos como la ética profesional y la comunicación desde la perspectiva de la otredad, todo en un contexto de interacción progresiva con un barrio y la comunidad que en él se desarrolla, desde las metodologías de aprendizaje situado, en cuya perspectiva destaca que la participación práctica del estudiante en una comunidad y su contexto sociocultural, intenciona que los saberes adquiridos sean los necesarios para intervenir sobre la realidad que le circunda y modificarla(6), así como del aprendizaje y servicio, una metodología de experiencia solidaria, en la cual los estudiantes, docentes y miembros de la comunidad trabajan y aprenden juntos para solucionar necesidades específicas de la comunidad, utilizando y transfiriendo el conocimiento para el bien común (7).

Durante todo el proceso de aprendizaje de esta línea curricular, los estudiantes se vinculan con un mismo barrio, el que les es asignado como cohorte multidisciplinar, teniendo como resultado

**Fig 1:** Línea de intervención comunitaria en la Facultad de Cs de la salud UDLA 2012-2016

	FASE 1: Familiarización		FASE 2: Levantamiento		FASE 3: Diseño		FASE 4: Implementación
Acción territorial	Visita al barrio		Encuesta de Bienestar		Diseño de Proyectos		Ejecución de proyectos
Semestre	1	2	3	4	5	6	7
Asignatura(s)	Introducción a la profesión Modelos de Salud	Comunicación y Comunidad	Ética y Comunidad	Promoción de la salud	Salud Pública	Salud Comunitaria	Intervención comunitaria

que todo estudiante que ingresa a la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad de las Américas durante un período académico anual, trabajará con el mismo grupo social y unidad territorial durante toda su formación de pregrado, en un proceso que inicia con el conocimiento mutuo entre la comunidad y los estudiantes durante el primer año (fase de familiarización y sensibilización) y culmina con el diseño e implementación de un proyecto social orientado a mejorar la salud de manera integral (fases de jerarquización, diseño e implementación), comprendida como bienestar biopsicosocial desde la definición actual de la OMS, pasando por un levantamiento diagnóstico de las condiciones sociales y las necesidades detectadas y definidas por las personas que participan de esa comunidad (fase de descripción y levantamiento) (4).

La primera generación estudiantil egresada con este modelo, lo hace el año 2016, momento en el cual se realiza la evaluación de proceso de la cual describiremos las principales conclusiones, definiciones tomadas al respecto y perspectivas futuras de desarrollo del programa de Intervención Comunitaria.

## **EVALUACIÓN Y DESAFÍOS**

Durante el año 2016, coincidiendo con el egreso de la primera cohorte estudiantil formada con esta línea curricular en la facultad de Ciencias de la Salud, UDLA, el Programa de intervención Comunitaria se somete a un proceso de auto y hetero evaluación, en el cual se analiza el proceso llevado a nivel de los componentes pedagógico, de investigación y territorial, desde instrumentos cualitativos y cuantitativos en los cuales se levanta la percepción institucional (estudiantes, directivos, académicos), se realiza una revisión conceptual y metodológica, conduciendo a la toma de decisiones para un proceso de mejora del programa y su implementación.

Las principales conclusiones de este proceso evaluativo estuvieron orientadas a los componentes territorial y pedagógico, por ser los que hasta ese momento presentaban mayor desarrollo y visibilidad. En relación con el componente territorial del programa, se releva que la centralidad del barrio en la intervención se encontraba con pobre sostén metodológico al responder a un diseño de colaboración centrado de manera casi exclusiva en las acciones estudiantiles, sin un correlato de acompañamiento paralelo que contribuya al desarrollo de las comunidades en independencia de la

participación de los actores universitarios clásicos. De tal modo, el barrio, al carecer de un enfrentamiento sistemático que fomente su participación en las propias situaciones que le afectan, se vuelve más cercano a un escenario de aprendizaje que a un actor vivo y dinámico que co-labora en el proceso. Se devela, entonces, la necesidad de que la agenda del barrio y la comunidad marque los tiempos, ritmos y objetivos de la intervención. La Cohesión Social las redes sociales surgen como los principales desafíos que demandan una renovación epistémica y metodológica del quehacer en este área (8). Con el diagnóstico anterior, el programa genera una alianza con la corporación Cultural Arteduca, quienes desde el 2017 lideran y asesoran el trabajo territorial realizado en el programa, desde la perspectiva de las metodologías participativas y la sociopraxis, realizando un acompañamiento continuo a las organizaciones sociales vinculadas, que funciona de forma paralela al quehacer pedagógico estudiantil y que facilita procesos de diagnóstico y proyección barrial desde los mismos miembros de las comunidades.

Luego, en relación al componente pedagógico, el diagnóstico realizado en 2016 mediante encuestas a estudiantes y docentes y análisis de Fortalezas y debilidades con distintos actores de la institución, muestra que existe una alta valoración de las potencialidades del programa y su sentido como marcador de sello profesional, entendiendo que se está ante una importante innovación pedagógica que provoca cambios en la manera de vincularse entre los actores: aumentando la cohesión y la capacidad de trabajar en equipo entre estudiantes y estudiantes, entre docentes y estudiantes y entre docentes y docentes de la universidad. Pero también modificando la manera de enfocar lo disciplinar, siendo capaz de relacionarse mejor con los futuros usuarios. El trabajo con la comunidad permite que surja y se desarrolle un nuevo vínculo entre esferas anteriormente separadas, a través de un conocimiento cotidiano, personal y práctico (8).

Pero destaca también, tanto en el discurso de los estudiantes como de los docentes y los directivos, la existencia de brechas metodológicas y conceptuales en la implementación del proceso tanto en aula como en el trabajo territorial directo. A nivel del trabajo en aula, los principales desafíos están en la capa institucional/docente, puesto que el desarrollo comunitario de la salud, demanda de un enfrentamiento metodológico desconocido para los profesionales sanitarios que ejercen como docentes y modelo a seguir, ocurriendo que

habitualmente no disponen de la formación para nutrir esta perspectiva, que se plantea como ejercicio contra-epistémico al buscar situarse desde una conceptualización diferente de lo que entendemos como sujeto y su proceso de salud-enfermedad, así como de las metodologías participativas que se centran en dichos sujetos, válidos e indispensables en la generación del conocimiento sobre sí mismos; sus entornos y entramados socioculturales (9). En vez del hábito de trabajo en el área de la salud, donde muchas veces las persona se configuran como un “objeto a indagar” en busca de construir un diagnóstico de enfermedad y levantar una terapéutica apropiada a la misma. Desde el estatus epistemológico (10) de las profesiones de salud, que tanto en razonamiento como en protocolos profesionales, se supone fundada en ciencia positivista, observadora y neutral. Esto último pareciera sentar las principales fuentes de resistencia hacia un cambio profundo como el que se busca, ya que se contraponen con el paradigma de salud con el que son formados la mayoría de los profesionales en el área.

De este modo, en el estado actual del Programa de Intervención Comunitaria, el principal desafío se estructura en lograr la integración curricular vertical en las mallas de las carreras de salud de la universidad, permeando aquellos espacios donde el paradigma de pensamiento anteriormente mencionado parece más rígido e inquebrantable, presentándose como nicho del saber disciplinar científico e incuestionable en un contexto social, cultural y político que a todas luces le indica la necesidad de un giro de timón en la dirección que el enfoque de determinantes sociales y el modelo de salud comunitaria proponen.

Lograr este giro no será sencillo ni rápido, pues solo una de las aristas, es la formación de los profesionales que se ha discutido en este artículo y para lo cual el Programa de Intervención Comunitaria se propone un camino. Pero mientras todo el sistema sustente estas creencias biomédicas arraigadas y totalitarias y se siguen orientando las prioridades desde indicadores de gestión cartesianos, ahistóricos y descontextualizados de las características socioculturales del proceso salud -enfermedad, es muy poco probable que sea factible lograr el salto de calidad que el modelo familiar y comunitario propone en su esencia, quedándose en cambios de carácter más bien discursivo o cosmético, y siempre supeditados a indicadores más cercanos a la enfermedad que a la salud, como pueden ser la cobertura de un cierto examen sobre la población o la cantidad de atenciones por determinada patología.

## REFERENCIAS:

1. Ministerio de Salud de Chile. División de Gestión de la Red Asistencial, Departamento de Atención Primaria. Modelo de atención integral-familiar-comunitario y redes asistenciales. Unidad Modelo de Atención. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2004.
2. Frenck J. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010; 376: 1923–58.
3. Comisión sobre los determinantes sociales de la salud, OMS. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud, Informe final. Buenos Aires; 2009.
4. Infante F, Sandoval H., Escobar A. y Bontá P. Bases conceptuales y metodológicas del programa de Intervención comunitaria: una colaboración intersectorial para el aprendizaje situado. Edición Propia UDLA; 2015.
5. Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS; 2007.
6. Lave, J. y Wenger E. *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge, Cambridge University Press; 1991.
7. Malacrida, M.G. Aprendizaje-Servicio y Desarrollo Local y Territorial. En: II Jornada de Investigadores sobre Aprendizaje-Servicio. Centro Latino Americano de Aprendizaje y Servicio Solidario (CLAYS) [Internet] 2012 [Consultado en Julio de 2018] Disponible en: [http://www.clayss.org/JIAS/II\\_jias/Libro\\_IIJIA-S\\_COMPLETO.pdf](http://www.clayss.org/JIAS/II_jias/Libro_IIJIA-S_COMPLETO.pdf)
8. Fernandez, V. Evaluación Componente territorial, Programa de Intervención Comunitaria, UDLA. Informe de consultoría. UDLA, 2016.
9. Rodríguez T. La sociopraxis, un acoplamiento de metodologías implicativas. En: *Canalcerón, Metodologías de investigación social, introducción a los oficios*. Santiago de Chile: LOM ediciones; 2006. p. 379-404.
10. Jiménez, H. *Epistemología y disciplinas: el estatus epistemológico de las disciplinas y profesiones*. Bogotá: Universidad Santo Tomás; 2016.



# Presupuestos Participativos: posibilidades de democratización en la salud local

Participatory Budgets: possibilities of democratization in local health

Cristóbal Almonte<sup>1</sup>  
Andrea Peroni<sup>2</sup>

## RESUMEN

---

El objetivo del estudio es analizar el Presupuesto Participativo como mecanismo participativo que poseen los gobiernos locales, específicamente en el ámbito de la salud. El análisis de este trabajo se basó en la Sistematización de Experiencia de un taller de investigación de carácter participativo, integrado por un grupo de vecinos y vecinas del barrio “La Faena” en la comuna de Peñalolén. Esto fue realizado entre los meses de noviembre de 2017 y marzo de 2018. En el proceso de investigación participativo se configuraron tres productos que permitieron realizar la reconstrucción de experiencias vecinales con el fin de elaborar un auto-reglamento para un Presupuesto Participativo. Como resultados se obtuvo: tres elementos constitutivos de un Presupuesto Participativo, aplicable al ámbito de la salud. El primero fue la definición de los Principios que enmarcan este mecanismo; el segundo elemento se refirió a las Reglas de que y, finalmente, una Consolidación de los elementos anteriores.

Así, se puede apreciar a modo de conclusión, las posibilidades de proponer elementos para la discusión sobre las potencialidades y efectos que puede tener la implementación de un Presupuesto Participativo como eje hacia una política local de salud, cuyo contenido interno sea definido desde los saberes y experiencias que poseen los ciudadanos.

**Palabras clave:** *Presupuesto Participativo, salud local, participación ciudadana, gobernanza en salud, saberes operativos-efectivos, gobiernos locales.*

## INTRODUCCIÓN

---

El objetivo central de este artículo, es establecer un análisis sobre un proceso de construcción co-participativa con vecinos y vecinas de la comuna de Peñalolén, para un diseño de un auto-reglamento para un Presupuesto Participativo (en adelante PP) a nivel local, mediante una Sistematización de Experiencia de un taller participativo. A partir de este análisis, es viable proyectar posibilidades de presentar el PP como eje de una política de salud pública a nivel local repensando en una nueva gobernanza en salud desde los gobiernos locales con los territorios.

## DEFINICIÓN DEL PRESUPUESTO PARTICIPATIVO

---

A modo general, a Presupuesto Participativo (PP) se define como aquel mecanismo de la gestión local que permite al conjunto de interesados de la sociedad civil, de un respectivo territorio, la apertura a participar en la definición y priorización de una parte del presupuesto público local (4, 6).

En este sentido, entenderemos el PP como un instrumento que permite descentralizar y redistribuir las finanzas mediante el desarrollo de un proceso participativo y decisivo hacia la comunidad y sus territorios.

---

Recibido el 2 de agosto de 2018. Aceptado el 27 de septiembre de 2018.

1 Antropólogo social, candidato para optar al título de magister de Psicología mención en Psicología Comunitaria, Universidad de Chile. Correo: c.almontesalvo@gmail.com

2 Dra. en Estudios Americanos, Académica Universidad de Chile- Correo: aperoni@uchile.cl

El aparato administrativo se despliega hacia las unidades básicas o mínimas que se concentran en un espacio comunal (barrios o unidades vecinales), buscando garantizar la eficacia del gasto público y la satisfacción de las necesidades colectivas y sociales desde la participación de éstos en la priorización de sus necesidades y demandas, desarrollando a la vez mecanismos de cogestión y corresponsabilidad entre los actores involucrados en el proceso y produciendo así una cohesión social y gobernanza democrática.

Abrir la discusión sobre mecanismos y herramientas democráticas en la esfera comunal, permite pensar en términos concretos en una política real de salud hacia el otro, que logre reactivar los marcos del sistema democrático, inyectando intensidad social en sectores de la ciudadanía que históricamente no participan o no son parte de la vida pública, con el objetivo de otorgar legitimidad y funcionalidad al sistema. Es decir, este mecanismo participativo puede ser una salida política real que puede re articular el mundo social desde los espacios locales, estableciendo nuevos tipos de pactos o gobernanza, cuyo efecto es la democratización de las decisiones en torno a lo común y de la propia administración local. O puede ser ficticia, y que solo vehiculice nuevas relaciones clientelares que vacíe lo sustancial. Esto dependerá si se problematiza o no la apertura interna de este mecanismo participativo a las bases comunitaria en su realización

## **GOBERNANZA EN SALUD**

---

Entenderemos Gobernanza como el acto de gestionar; es el proceso mismo de conducción de una sociedad, que incluye a otros actores participantes e independientes en el proceso de gobernar. Bajo esta lógica, el gobierno deja de ser el único actor en gobernar, y se coordina e interacciona con otros actores que tienen diferentes propósitos y necesidades, que pertenecen principalmente a la sociedad civil.

La estructura interna sobre la noción de gobernanza transita de una democracia de carácter formal y administrativa a una democracia de tipo horizontal, que busca abrir canales de trabajo que reduzcan la jerarquía, optando por actores corporativos autónomos (organizaciones formales) y por redes entre organizaciones. Como indica Ramírez (8), la noción de gobernanza plantea una nueva relación entre estado y sociedad civil, la cual busca practicar la idea de cogestión y corresponsabilidad basándose en la horizontalidad

de las relaciones, la cooperación entre actores, la transparencia y la rendición de cuentas.

La idea de gobernanza empuja el campo de la salud al espacio público para que su contenido sea disputado por particulares organizados que son parte de la sociedad civil. La idea de disputa para que sea realizada, empuja a comprender la noción de Participación Ciudadana, dado el marco democrático en que se realiza. Como alude Baño (1998), en la integración y disputa de tales intereses privados al interés general, el Poder Público, en este caso el Estado, debe hacerla de acuerdo a un criterio general, o sea, debe tener en principio un respaldo del conjunto social para otorgarle legitimidad a esta acción.

Bajo esta definición, y desde el sistema de salud, significa dar apertura en los espacios de decisión a otros actores que trabajan o abordan el tema de la salud. Esto se expresa en la construcción y ejecución de las políticas públicas, posibilitando disputar la idea de salud, reconociendo la existencia de otros saberes y prácticas de salud, más allá de las concepciones biomédicos. El efecto es otorgar legitimidad social a las políticas públicas y, como indica Canto (2012), la gobernanza permite elevar la democracia entregando intensidad social a las decisiones públicas, al punto de correr aquellos márgenes políticos que son característicos de los formatos tradicionales de hacer democracia de tipo electoral, interpelando a los actores tradicionales que monopolizan el poder.

Gobernanza en salud permite fundamentar el propósito de fondo que atraviesa el PP, como expresión participativa que establece nuevos acuerdos entre la sociedad civil y el Estado. La sociedad civil organizada en diferentes expresiones sociales y culturales tiene sus propias experiencias de salud y buscan su reproducción mediante la validación en el espacio público.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

---

Este trabajo se basó en el análisis de un taller de investigación participativo bajo la metodología Sistematización de Experiencia (1, 7), en el que participaron vecinos y vecinas del barrio “La Faena” de Peñalolén. Esto se realizó desde el mes de noviembre de 2017 y su desarrollo se extendió hasta marzo de 2018. Por otra parte, el tipo de estudio está circunscrito a la metodología cualitativa, debido a la relación con el enfoque que se desea desarrollar y a las técnicas que se emplearon durante el proceso de recopilación de información.

En campo de la educación popular, y como

**Esquema N°1.** Etapas del proceso del Taller de Elaboración de un Auto-reglamento del PP

Etapas o periodización	Sesiones	Objetivos
a) Elaboración y discusión de los Principios	Sesión N°1 ¿Qué es un PP? Sesión N°2 ¿Cuáles son los principios que guiarán el PP?	Introducir al grupo motor nociones básicas del PP e iniciar el surgimiento de ideas como los principios que enmarcaran el auto-reglamento.
b) Elaboración y discusión de las reglas del PP	Sesión N°3 Definición de las reglas internas del PP.	Discusión de las reglas levantadas en la sesión anterior. Definiendo su contenido y alcances.
c) Consolidación de auto-reglamento del PP	Sesión N°4 Definición y encuadre final del auto-reglamento.	Establecer consensos definitivos entre los actores participantes sobre los contenidos levantados en las sesiones anteriores.

Fuente: Elaboración propia.

señalan Santibáñez y Cárcamo (7), la sistematización de experiencia es una reconstrucción, ordenamiento e interpretación crítica de un proceso vivido cuyo objetivo es obtener un conocimiento práctico para el aprendizaje y transformación para las comunidades involucradas.

Para la ejecución del taller investigativo se tomó en cuenta la propuesta de plan de sistematización de experiencia de Barnechea y Morgan (1). Esta establece las acciones y los ejes orientadores para sistematizar la experiencia intervenida durante la realización del taller, logrando facilitar el proceso de extracción de forma ordenada de los aprendizajes obtenidos en la práctica, con el objetivo de obtener el conocimiento y los aprendizajes de dicha experiencia en la elaboración total del auto-reglamento. Se reconocen tres momentos: *a) Periodización o etapas del proceso:* permite establecer una imagen general del proceso mediante la reconstrucción de etapas secuenciales que permitan observar los giros y la trayectoria del trabajo que implicó el proceso de sistematización y la experiencia obtenida, *b) Interrogación al proceso:* se elaboran diversas preguntas por parte del investigador, pero deben ser respondidas de forma colectiva por quienes hayan participado en la investigación *c) y Consolidación de los conocimientos:* se cierra con recomendaciones y observaciones al proyecto o la intervención, dando cuenta de lo que se quería saber y lo que motivó la sistematización, explicando el sentido que se ha descubierto en la experiencia y que explica su itinerario y evolución.

Un paso importante para el desarrollo del proceso de sistematización fue constituir un grupo motor, es decir, establecer un grupo de vecinos y vecinas quienes participarían directamente en el taller, suministrarían las discusiones y deliberaciones de cada contenido del auto-reglamento. Se conformó el grupo con un total de doce vecinos y

vecinas, donde la mayoría eran mujeres entre 35 y 55 años. Pero además se involucraron en este grupo dos adolescentes, hombres, de 14 y 15 años. La mayoría de quienes conformaron este grupo motor son vecinos y vecinas que no se adscribían a ninguna organización formal y territorial, cuyo alcance se regía desde la informalidad (entendiendo esta figura dada su relación e influencia con la comunidad mediante la independencia de asociación a algún colectivo), solamente cuatro de ellos participan en organizaciones de tipo funcional (clubes de adulto mayor y centros de madres).

A continuación, se presenta la estructura y procesos del taller, espacio central donde convergieron los vecinos y vecinas para desarrollar la experiencia colectiva en la construcción de auto-reglamento de PP y donde se inicia el proceso de sistematización simultáneamente:

Para el desarrollo de esta investigación, se plantearon las siguientes preguntas que guiaron la sistematización *¿Qué queremos sistematizar? Objeto de la sistematización. ¿Para qué queremos sistematizar? Objetivo de la sistematización. ¿Qué aspectos centrales me interesa sistematizar? Eje de la sistematización.*

A partir de estas de preguntas, se dieron las pausas para focalizar y articular la reconstrucción del proceso vivido con el objetivo central de la investigación, facilitando su ordenamiento y clasificación, evitando así desviarse del proceso.

## RESULTADOS

Los resultados de la reconstrucción de la experiencia del grupo de vecinos y vecinas que confluieron en el taller de investigación se dividieron en dos grandes etapas<sup>3</sup> (siguiendo el plan de sistematización propuesto en los párrafos anteriores), que posteriormente serían los componentes que integrarían el auto-reglamento del PP.

3 La investigación realizada, en el capítulo de resultados se presentaron tres etapas. En este artículo solo se presentaron dos, donde la tercera etapa corresponde a la consolidación definitiva de los resultados obtenidos en las dos etapas anteriores. Este caso, se presentaron junto con las dos etapas.

### **Primera etapa: Elaboración y discusión de los Principios del Auto-reglamento.**

La primera parte de los resultados fue la discusión y deliberación de los principios que guiarán este reglamento. Durante las primeras sesiones del taller, se levantaron seis categorías de trabajo; *Transparencia, Participación Vecinal, Diversidad Vecinal, Territorialidad y Responsabilidad Vecinal*. A continuación, se presentan algunas definiciones y consensos que se establecieron en conjunto con el grupo de vecinos y vecinas sobre algunas de estas categorías.

Sobre la categoría de Participación Vecinal: *Todas las personas que viven en el barrio tienen la capacidad de involucrarse e intervenir de forma consciente, activa y directamente en las diferentes etapas que contempla el PP. Para que la participación sea genuina y plena, su forma debe ser directa en todos los planos, donde los participantes puedan influir sin intermediarios o sin que haya terceros que influyan en su voluntad de participar y decidir.*

Otra categoría es la de Territorialidad: *La participación vecinal en el proceso que implica el Presupuesto Participativo debe materializarse en los espacios barriales, ya que son los espacios en que viven y donde identifican la vida cotidiana los principales actores de este proceso, que son los vecinos y vecinas del sector. Los objetivos y el contenido de este mecanismo participativo deben reconocer las características sociales y culturales que tienen los barrios para su eficiente aplicación.*

### **Segunda etapa: Elaboración y discusión de las reglas del auto-reglamento.**

En la segunda etapa del taller se discutió sobre las reglas que regularán el auto-reglamento. En este punto se levantaron seis reglas, que fueron las siguientes: *Asamblea Vecinal, PP de carácter territorial y temático, Participante Vecinal, Participación Directa, Selección de proyecto y Proceso de Transparencia*. A continuación, se presentan algunas definiciones y consensos establecidos por los vecinos y vecinas participantes, sobre algunas de estas categorías.

Acerca de la tercera Regla “Participante vecinal” se construye el siguiente acuerdo colectivo: *Se establece que quienes participan en el proceso del PP son todos y todas las vecinas que viven o tienen alguna relación permanente en el barrio como los almaceneros, esto incluyendo a menores de edad. En el caso de los arrendatarios, estos deben llevar viviendo al menos cinco años en el sector.*

Sobre el rol de los participantes se establece lo siguiente: *Es la voluntad y la acción individual de proponer, decidir, aprobar o rechazar las propuestas o a los representantes enmarcados en el proceso participativo. Su rol implica una responsabilidad de proactividad frente al proceso, como asistir a las reuniones y asambleas o informarse por sí mismos, también apoyando a sus dirigentes y*

*representantes vecinales.*

En cambio, la regla número cuatro “Participación directa” señala el siguiente consenso: *La participación directa es la forma más transparente y democrática para llevar a cabo el proceso de Presupuesto Participativo en nuestros barrios. Esta participación se debe aplicar precisamente en la definición de los proyectos sociales que se deberán elegir.*

En efecto, las categorías expuestas en este capítulo fueron propuestas, al igual que su contenido, discutidas, reflexionadas y consensuadas por los propios actores participantes de este proceso de sistematización, cuyo conocimiento práctico obtenido de este trayecto se materializa en el diseño interno de un auto-reglamento para un Presupuesto Participativo a nivel comunal.

## **DISCUSIÓN**

---

El trabajo de abrir la discusión para profundizar los niveles de involucramiento de los actores vecinales a la hora de discutir y resolver los contenidos internos del PP permite extenderla y problematizar la forma tradicional como se ha imaginado hasta qué punto la ciudadanía puede participar en estos procesos. Debido a esta apertura, el fondo de la discusión de este artículo y los resultados de la investigación que la sustentan, es problematizar la idea de *experticia* y posicionar el *saber ciudadano* o *lego* que posee el conjunto de la ciudadanía.

Este saber común lo podemos caracterizar de la siguiente manera, como un saber que proyecta la experiencia cotidiana, cuyos contenidos se refieren a operaciones efectivas frente al mundo que se vive. Este tipo de saber se concentra más bien en actos que en ideas, donde la forma de operar busca resolver problemas concretos y puntuales. En este caso, se expresa en un mecanismo participativo de carácter local que busca responder a la problemática de la participación comunitaria en sectores urbanos de características populares. Otra característica de este tipo de conocimiento es tener un lenguaje natural y simple, acorde al contexto sociocultural en que se desenvuelve, y que puede ser transmitido y captado fácilmente por cualquier receptor. De ahí que predomine el lenguaje que opera desde el pragmatismo, evitando aquellos lenguajes tecnificado o ilustrado.

Bajo esta conceptualización comprendida en los resultados obtenidos, se permite estimar que los vecinos y vecinas logren decidir las reglas en la implementación de un mecanismo público, y bajo esa capacidad logren introducir un amplio abanico de acciones y actividades que muchas

veces no están vinculados con la salud (bajo las nociones institucionales). Esto se puede expresar prácticamente en proyectos asociados al ritmo de trabajo y reposo, el auto-tratamiento en caso de enfermedades, actividades deportivas, autonomía alimenticia, acceso a agua potable, adquisición de calefactores solares para acceder a agua caliente, entre otras actividades comunitarias. Éstas son un conjunto de acciones que permiten ampliar la noción de salud, desde las necesidades y la cotidianidad vecinal.

## **CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS**

La discusión en torno al PP y sobre las posibilidades de construir aspectos internos como un auto-reglamento con las bases ciudadanas de una comuna, implica pensar, por una parte, en ampliar la idea de salud, más allá de lo que ofrece a nivel institucional, y por otra parte, cómo articular este mecanismo participativo como una posibilidad real como política pública a nivel local.

A pesar de las limitaciones institucionales y socio comunitarias que implica la ejecución de los Presupuestos Participativos en Chile, principalmente dada la dependencia de la gestión de turno del gobierno local, la aplicación de este mecanismo participativo a escala local permite reactivar los marcos democráticos, inyectando intensidad social en las instancias de decisión, especialmente en sectores de la ciudadanía que históricamente no participan activamente en la vida pública. Esta apertura política de incluir a otros sectores en las definiciones de un porcentaje del presupuesto municipal puede darse en términos formales, esto significa movilizar a la ciudadanía para participar solamente en las etapas formales (etapa de votación), cuyo efecto es la legitimación del marco institucional, o puede conllevar un ejercicio pleno que permita al conjunto de la ciudadanía organizada definir y priorizar aspectos internos de este mecanismo participativo, desde establecer los territorios de ejecución, priorización de los proyectos o criterios de participación.

Bajo la segunda posibilidad de ejecución, optando por democratizar internamente los instrumentos participativos de gestión local, como fue analizado en este trabajo, y asumiendo la tesis antropológica de que cada sociedad, especialmente las modernas, coexisten y se practican diferentes modelos para atender la salud y las enfermedades, y comprendiendo también aquellos saberes y

prácticas que experimentan la propia ciudadanía, ajenas o afuera de las prescripciones de los expertos (3, 5), tiene como efecto su reconocimiento y la validación, logrando una nueva forma de gobernanza en salud desde el ámbito local.

En términos concretos, una *política de salud local* debe pensarse en la incorporación de las herramientas participativas de la propia orgánica municipal como es el caso del PP<sup>4</sup> (9). Sin embargo, desde la experiencia nacional, para lograr su pleno desarrollo, se deben problematizar algunos elementos mínimos que pueden afectar su real desempeño:

El primero es procurar una *voluntad política sostenida* de parte de los representantes populares en los municipios, pero anterior a esto debe haber una voluntad de realizar este mecanismo. La experiencia señala que el problema no se debe a la realización inicial, sino en que esta se mantenga en el tiempo. En el caso chileno, los municipios dependen de la voluntad política del alcalde de turno, que puede iniciar, promover y profundizar esta herramienta participativa.

Un segundo elemento, vinculado directamente en el análisis de este artículo, es *problematizar el carácter técnico como el único motor para el desarrollo total de este mecanismo participativo*. Es necesario incluir a otros actores locales, como es el caso de la ciudadanía organizada, que logre llevar a cabo la construcción y definición de elementos internos del PP, por ejemplo el establecimiento de las reglas y principios de este mecanismo.

Por último, una política pública de salud local *debe ser integral y no aislar el desarrollo del PP*, es decir, debe existir una coordinación con otros programas y actuaciones institucionales que eleven la necesidad de la participación ciudadana real como eje importante en el marco de las políticas participativas, para otorgar potencialidad en el PP en sus efectos hacia la ciudadanía. En lo práctico, desde la realidad nacional, este mecanismo participativo debe involucrarse con los tres principales instrumentos de planificación; el Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO), Plan Regulador Municipal y el Presupuesto Municipal.

En definitiva, por atractivo e innovador que pueda resultar el desarrollo de un PP, en la práctica siempre es complejo y puede ser oscilante en su trayectoria, y su culminación no es sencilla, debido a la gran cantidad de implicaciones en juego. Pero la consideración de estos elementos mínimos puede lograr establecer una experiencia

4 La Ley 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades, considera los siguientes mecanismos participativos tales como: cabildo ciudadanos, plebiscito comunales, consulta ciudadana, audiencia pública y oficina de reclamos.

de gobernanza democratizadora para ampliar la construcción política sobre salud.

## REFERENCIAS

---

1. Barnechea M, Morgan, M. El conocimiento desde la práctica y una propuesta de método de sistematización de experiencias. [Tesis de magister]. Lima, editorial: Universidad Católica del Perú, 2007.
2. Canto R. Gobernanza y democracia de vuelta al río turbio de la política. Gestión y Política Pública [revista en Internet] 2012 enero. [acceso 30 de enero de 2018]; 21(2). Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-10792012000200002&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-10792012000200002&lng=es&tlng=es).
3. Haro J. Cuidado profano: Una dimensión ambigua en la atención de la Salud. En: Enrique Perdiguer Gil y Josep M. Comelles, coordinadores. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Bellaterra; 2000. p. 101-162.
4. Llamas F. Los presupuestos participativos: nuevos mecanismos de innovación democrática en los gobiernos locales. Intervención psicosocial, (España).2004; 13: 325-344.
5. Menéndez E. Las múltiples trayectorias de la participación social. En E. Menéndez y H, Spinelli, coordinadores. Participación social ¿para qué? 2ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial: 2008. p. 51-80.
6. Montecino E. El Presupuesto Participativo en América Latina ¿Complemento o subordinación a la democracia representativa? Revista del CLAD Reforma y Democracia (Caraca, Venezuela). 2009; 44: 145-174.
7. Santibáñez E y Cárcamo M. Manual para la sistematización de proyectos educativos de área social. Santiago: Editorial CIDE, 1993.
8. Ramírez M. Gobernanza del proceso de decisión mediante presupuesto participativo del gasto público en educación superior: el caso de Medellín 2010-2012. XIX Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Quito, Ecuador; 2014.
9. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley Orgánica constitucional de municipalidades N° 18.695. [Internet]. [Consultado 25 Jul 2018]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30077>

# Conversación sobre participación y salud con dirigente de base de la comuna de Recoleta

Conversation about participation and health with leader of the commune of Recoleta

Miguel Barrientos <sup>1</sup>

Ulises Arenas, dirigente de base de la comuna de Recoleta, tiene un amplio historial que lo vincula con procesos organizativos y de participación en sindicatos, juntas de vecinos y, por supuesto, en el ámbito de la salud, siendo hoy un activo miembro del Consejo de Usuarios de la Salud de un CESFAM de la comuna de Recoleta. Nos interesaba conversar sobre su trayectoria como dirigente, sus recuerdos y, sobre todo, cómo ve el momento actual, especialmente la participación en el ámbito de la salud. La conversación con Ulises fue realizada el 15 de junio de 2018, en dependencias del Colegio Médico de calle Esmeralda, en Santiago.

## 1.- La trayectoria.

La participación, en su caso, nos cuenta Ulises Arenas, es una cuestión familiar. “Vengo de una familia culturalmente participativa en varios ámbitos; deportivos, centro de madres, colonias urbanas, en el área de la cultura... todo eso me retroalimentó a muy temprana edad, a preocuparme de las necesidades tanto en el colegio, como en el área poblacional, y a preocuparme por los temas de salud”. Nos comenta que tiene familiares muertos en la dictadura de Ibáñez y detenidos en el gobierno González Videla en Pisagua. Su familia, sigue, “estaba involucrada en varios ámbitos de cultura, sindicales, salud, deporte...”, independiente de su color político, pues, como nos advierte, había de centro, derecha e izquierda con “una involucración que cada cual se comprometía ideológicamente, dependiendo de su pensamiento, situación socioeconómica y nivel cultural”. Participación y política se fundían, en ese entonces, en un solo ejercicio, nos señala.

Ulises, con el retorno a la democracia y después de haber vivido en Argentina, regresa a Chile y retoma la participación política en la base, siendo elegido presidente de la Junta de Vecinos de su sector, en la comuna de Conchalí, por tres períodos consecutivos en los años 90. Nos dice Ulises “En ese período, en mi barrio, se construyeron viviendas se crearon proyectos de urbanización, pavimentación de pasajes, multicanchas, plazas, áreas recreativas (enumera). Fue mejorando el entorno del barrio”. Sigue, “Cuando salgo presidente de la Junta Vecinal, me aflijo a la Unión Comunal de Conchalí, y después al poco tiempo pasamos a Recoleta donde creamos la Unidad vecinal de Recoleta. Yo siempre estuve encargado del área de derechos humanos, educación y salud”. Desde aquel entonces, nuevamente, Ulises ha estado comprometido con el trabajo organizativo en el territorio mismo.

## 2.- Organización y participación. Ayer y hoy, de lo colectivo a lo individual.

Cuando se trata de hacer comparaciones de cómo era la realidad social y política en su juventud, antes del golpe de Estado y la dictadura, con la actualidad y que impactan la organización y participación, nos dice que se respetaban a las organizaciones y sus miembros y que “ideológicamente había un concepto del trabajo en que era digno ser trabajador, sin importar las condiciones de vida que se tenía en ese momento y había más solidaridad entre los mismos pobladores y trabajadores, en las diferentes áreas: construcción, salud, calzado, textiles” y, recalca, “te hablo desde el ámbito donde yo me crí”. La dictadura produjo cambios, en términos profundamente negativos como lo señala: “el golpe militar en Chile destruyó una etapa

---

Recibido el 12 de agosto de 2018. Aceptado el 23 de agosto de 2018.

1 Sociólogo. Universidad Academia de humanismo cristiano. Correspondencia a: mbarrientos@gmail.com

cultural e ideológica que tuvo este país. Después de la dictadura había todo un tema de la disgregación, se instala la desconfianza”. Ante la pregunta si se ha logrado reconstruir ese tejido social nos responde, “en los sectores que se organizaron bien históricamente, no se ha perdido totalmente ese ámbito de la solidaridad, aunque la población sea más vieja...todavía no se pierde. Los descendientes de esas familias aún se preocupan por el vecino, o sea, si el vecino salió alguien le cuida la casa, no hay alarmas. En este mundo posdictadura, la inseguridad social la crea el sistema, entonces no hay una vida comunitaria, las personas sólo se preocupan de la reja de su casa hacia adentro, sin importar lo que pasa en su entorno, ni en que se desarrolla la familia de al lado. Netamente encastado”. Recalca sus dichos cuando sentencia, “hay solidaridad en algunos barrios históricos, lo que algunos autores llaman de la memoria histórica que se ha mantenido, pero, por otro lado, ha ido prevaleciendo también este sujeto individual que parece ser mayoritario hoy y, nosotros en posdictadura, aún estamos en una cultura del miedo”. En ese punto Ulises nos dice que el individuo de hoy si bien participa, es una participación distinta, de redes sociales, lejana, sin compromiso en los territorios, en las poblaciones y barrios, las personas para mejorar sus condiciones de vida han caído en el individualismo, lo que antes se gestionaba colectivamente, en comunidad, hoy se hace de manera personal en individual. “Hoy hay un problema de desintegración social, porque no hay una comunicación afectiva, digamos, presencial, o sea que esas personas están desorganizadas, no están organizadas. Hoy hay una participación que es también individual y otra colectiva. La participación individual la veo por el punto de vista tecnológico, por la participación en redes sociales y todo eso...pero lo que hay que hacer por el barrio, la salud, la educación y vivienda, todos esos temas son más colectivos”

### **3.- La participación comunitaria en democracia.**

El reimpulso de la participación y organización de base, nos señala, vienen con el retorno a la democracia, en los años 91 y 92, cuando se democratizan las Juntas de Vecinos. Los dirigentes comienzan a ser elegidos en las urnas y no a dedo y designados como era la práctica en dictadura. “como había barrios antiguos con historia por detrás, se empieza a nuevamente articular la democratización de las Juntas de Vecinos. La Junta de Vecinos donde viví yo se democratizó en el año

91, en ese entonces comienza una nueva rearticulación, política y social, democratizando nuevamente nuestras organizaciones territoriales...”. Posterior a eso, señala, las nuevas leyes han dispersado y fragmentado a las Juntas de Vecinos en la lógica de debilitar las organizaciones. “Cuando democratizamos las juntas de vecinos, empezamos a articular consejos de salud del área norte, por consultorio, en las 8 comunas, donde participan los vecinos. Por la apertura democrática comienzan a articularse todas estas cosas que ya estaban disueltas”. Ulises nos recuerda que en el período de la dictadura hubo resistencias, con brigadas y grupos de salud, en las poblaciones que se oponían a la dictadura.

### **4.- La participación comunitaria. Los Consejos de Usuarios de la Salud (CDU)**

“La participación es algo muy importante. Para mí es muy importante tanto en términos ideológicos como comunitarios. La gente a veces rehúye el tema de la participación, rehúye la confrontación de la ciudadanía organizada con el sistema, con el ministerio, con el CESFAM, lo ven todo como una lógica de...cómo se ha metido tanto este rollo del terrorismo y comunismo, que “todos estos son comunistas” ...porque aquí también existe un anticomunismo fatal”. En relación a este último punto, de la comunidad organizada y de la superación de los estigmas sobre la participación y del vínculo de los pobladores y las instituciones, afirma que “los CDU siempre han tenido propuestas para mejorar la atención, para mejorar la vinculación con las direcciones de los CESFAM, y también con la autoridad política. Se han realizado encuentros nacionales de los CDU de todo el país, 4 o 5 congresos. En el primer congreso metropolitano el 2008, participaron 700 dirigentes de las 52 comunas de Santiago... el segundo lo organizamos acá (Recoleta), y hemos hecho congresos de Salud en la Comuna y hay harta participación, llega hasta el centro de padres, de alumnos...”. Destaca que “los CDU han sido un hito importante, fueron la guía de una coordinadora comunitaria en defensa de la salud pública cuando Lagos lanza una reforma a la salud que termina con 50 años de organización nacional de Salud. No es Pinochet quien lo termina, lo termina Lagos. A los 50 años de la creación del Servicio Nacional de Salud, el sistema nacional de salud entra a la lógica del mercado, en una mirada mercantilista de la descentralización de la salud pública en Chile... también se ha fortalecido el sistema de las clínicas privadas gracias a la reforma a la Salud Pública”.

Señala, que en esa lucha se plasma en el CDU la capacidad de tener una visión más general de la salud que solo lo específicamente territorial.

### **5.- Participación comunitaria e institucionalidad.**

Los Consejos de Usuarios de la salud funcionan al alero de los CESFAM y se relacionan, la mayoría de las veces, con las encargadas de participación de éstos. Ulises nos da su visión sobre esa relación y con los funcionarios de la salud en general.

“Digamos que en esta relación entre, los CDU, donde está la gente de las poblaciones, e institucionalidad...hay una fricción...una tensión que se puede aliviar”. Sigue, “las profesionales todo lo hacen dentro de su hora de trabajo, es una relación más institucionalizada... no salen del marco legal de las 8 horas de trabajo. O sea, es comprensible, pero bueno, si hubiera un compromiso país quizá no sería así. Debiera haber una encargada de participación que se encargue netamente del área de la vinculación comunitaria organizada con el CESFAM. Hay una falencia, en ese aspecto, en los encargados de participación”. Sobre los funcionarios de la salud que trabajan en los territorios agrega, “tú tienes que saber si vas a trabajar en un territorio de qué vive esa población, de qué se sustenta, cuál es su nivel de patologías, que difieren de territorio a territorio... O sea, acá se visita a los postrados, van las enfermeras, curaciones, van los paliativos, pero desde la mirada integral de lo que tiene que ver con salud, eso no se mira. Técnicamente tú vas, le pones la inyección y eso sería la atención de salud familiar. Para mí lo que realmente es salud familiar, es que tu formes, eduques, incentives a las familias a la prevención y promoción de la participación, porque la participación también es un sistema de contención terapéutica por así decirlo... siempre hablamos de que tiene que haber formación y que los trabajadores de la Salud, más la comunidad organizada, debe haber una recíproca educación: el saber popular y el saber académico”.

Concluye: “Hay poco compromiso con la formación y desarrollo de la salud país”

Es drástico en afirmar: “yo, que estoy al interior de un CESFAM percibo que realmente no hay un compromiso social de parte de los funcionarios. Claro, porque hay funcionarios antiguos que tenían esa motivación ese compromiso por el país, de querer solucionar y mejorar las condiciones de salud de la población. Son los antiguos, que traían esa cultura de esa formación técnica.

Preguntado cómo es la relación, específicamente en la comuna de Recoleta, con el CESFAM y el alcalde, señala: “han mejorado las condiciones de calidad atención. Hoy en día, por ejemplo, en el CESFAM que yo me atiendo hay 12 médicos, antes tú ibas a atenderte y había 3 médicos, 4 médicos, 3 enfermeras. Hoy día tienes mayor cantidad de enfermeras, y profesionales contratados que vienen de otros países de Latinoamérica” Hay una buena gestión institucional dice, “en ese aspecto, y yo creo que en muchos otros aspectos también. O sea, formar espacios de salud tampoco va a resolverte por completo los problemas de salud de la población, pero es importante (refiriéndose a la farmacia popular) poner al alcance un remedio que antes costaba 50 mil pesos en una farmacia privada, y que ahora vale 20. Estás ahorrando 30 mil pesos de tu gasto mensual, en medicamento”.

### **6.- A modo de conclusión.**

Recalcando la relación directa entre participar y mejorar las condiciones de vida de la población, nos dice: “si realmente en Chile fuera masiva la participación, tendríamos mayor resolutiveidad...” y agrega: “pero también tiene que haber una co-responsabilidad, desde la institucionalidad y desde el deber los ciudadanos. Como en todos, desde todos, desde el profesional, hasta el trabajador más humilde de este país tiene que haber una co-responsabilidad. O sea, somos todos responsables, de la salud de este país”. Por ahora, señala: “yo veo que falta, falta bastante. Lo que está aconteciendo en la sociedad chilena es que está despertando nuevamente, para luchar por los derechos, no solamente los derechos en Salud, sino que el derecho integral, o sea en los derechos fundamentales, es que el Estado, de alguna u otra manera se haga co-responsable de nuestras condiciones de Salud, de vida, educación, vivienda, y trabajo. Porque las condiciones laborales tampoco son las más adecuadas, hay precariedad laboral.

Sobre la participación política en los problemas macro de la sociedad señala que debiese dejar de estar en una clase privilegiada: “hoy la participación política es de una clase netamente más acomodada. Debiesen ir representantes locales (al congreso), que logren representar realmente el sentido de la desigualdad de este país. Para eso necesitamos una nueva constitución política, una asamblea constituyente de verdad que tome, sobre todo, el aspecto social de la población y sus necesidades”. Una nueva constitución que nos represente a todos agrega, para no seguir privilegiando a un solo sector del país.

Puesto en su rol de representante de organizaciones de base, don Ulises es claro en recalcar y concluir: “Yo siempre he pensado que la participación tiene que ser autónoma. ¿Qué quiere decir esto? que yo puedo tener un pensamiento político, pero eso no me quita representar a aquellos que no tienen mi idea. Eso quiere decir que uno tiene que representar a todos, de derecha, de izquierda, de centro, lo que sea, porque son vecinos”.

Finalmente, Ulises retrata con una gran comparación la tarea que hay por delante: “hace de cuenta que estamos intentando nuevamente lo que hizo Recabarren, en donde lograron o quisieron construir un Plan de salud nacional y mejorar las condiciones de vida de la población. No solamente de los sectores medios, sino de los marginados...”.

# Una experiencia de participación ciudadana en salud: hospital de Puerto Montt 2016-2018

An experience of citizen participation in health: hospital of Puerto Montt  
2016-2018

Consejo Consultivo HPM<sup>1</sup>  
2016-2018

Cuando se nos invitó escribir acerca de nuestra experiencia como Consejo Consultivo del Hospital de Puerto Montt (HPM), creímos necesario hacer un poco de historia, porque hubo otros antes que nosotros que pavimentaron el camino.

La historia se remonta al año 1996, en que se conformó el primer Consejo del Hospital de Puerto Montt, llamado entonces “Consejo de Desarrollo” en un acto oficial en el cual participó el Ministro de Salud de la época, don Carlos Massad, y el Director de ese periodo, Dr. Claudio Martínez Labra. Ese primer Consejo estuvo constituido en su integralidad por los diferentes voluntariados del HPM. Desde entonces, han existido otros consejos y directivas, que han colocado su granito de arena en este camino de aprendizajes, como lo es la participación ciudadana en la gestión pública.

Es así como llegamos al año 2016, en que el Hospital de Puerto Montt, dirigido en ese momento por don Yuri Carvajal Bañados, realiza una amplia difusión a través de la prensa, redes sociales y salida a terreno, para informar acerca del Consejo e invitar a los ciudadanos a participar de éste. A ese llamado respondieron 68 personas, de distintas zonas de la región, varias de las cuales ya no participan.

No debemos olvidar el contexto nacional en que se hace este llamado. En Chile, al igual que en otras ciudades del mundo, las personas comienzan a participar más activamente y a expresar públicamente su descontento por las políticas públicas imperantes. Han salido a la luz muchos casos de corrupción, por lo que gran parte de la ciudadanía está enojada con los políticos y sistema público en general. Es probable que esto haya influido, entre otras cosas, en el gran interés que despertó este llamado a participar; alguno(a) s no queríamos quedarnos sólo en la crítica, sino contribuir directamente en la solución de los problemas.

Finalmente, en julio del año 2016 se constituyó el nuevo Consejo, integrado por la sociedad civil, Voluntariados del HPM, representantes de los principales gremios, y ciudadanas y ciudadanos deseosos de aportar al bien común de la sociedad. Asimismo, se conformó oficialmente la nueva directiva, la que quedó constituida de forma bastante diversa, en género, edad, formación profesional. y procedencia. Es esta directiva electa, la que escribe el presente artículo, que refleja apenas una parte de nuestras vivencias.

Por esta misma diversidad, uno de los primeros desafíos, fue hallar un punto de consenso entre los distintos intereses, objetivos y la forma de abordarlos. Cuando se junta un grupo humano compuesto por dirigentes de distintas organizaciones y ciudadanos, suelen surgir algunos conflictos, principalmente en relación a las prioridades, los tiempos, y la forma de abordar los temas. Estábamos conscientes que se requerían acciones “urgentes”, especialmente en algunos servicios como Urgencia y Farmacia; sin embargo, también sabíamos que los cambios significativos no ocurren con la celeridad que uno quisiera. Este es un desafío que si no es bien abordado puede significar el estancamiento o la muerte de un consejo.

Lo que guio a esta directiva en particular, fue la convicción de que teníamos que trabajar “con el hospital”, y no contra éste; esta distinción no estuvo exenta de problemas, ya que esto fue visto por algunos

---

Recibido el 29 de junio de 2018. Aceptado el 04 de octubre de 2018.

1 Correspondencia a: solange.ruz@gmail.com

miembros del consejo como una debilidad, y tal vez influyó en que algunas personas se alejaran. Sin embargo, creemos que los resultados indican que no estábamos equivocados. En este sentido, hay que ser justos en reconocer que tuvimos la suerte de contar con un director de servicio como Yuri Carvajal Bañados, profesional de mentalidad amplia, y sin miedo a la participación de la comunidad; muy por el contrario, siempre nos instó a ocupar esos espacios.

Es así, como poco a poco, comenzamos a reunirnos con funcionarios de las distintas áreas estratégicas, buscando soluciones a problemas concretos, y a participar en las reuniones del Equipo Directivo del Hospital de Puerto Montt, el que se reunía una vez a la semana.

Éste sin duda fue un **hito importante**: el mirarnos cara a cara, ir derribando lentamente miedos y temores, creando confianzas para construir en conjunto un hospital más humano y eficiente.

**“Cuando somos capaces de trascender nuestros propios egos, nos situamos en un lugar desde donde podemos mirar al otro como un ser humano igual a mí, sin defensas ni prejuicios que obstaculicen la relación”.**

No podemos obviar el hecho, que llegamos a participar en una organización de gran tamaño, donde coexisten diferentes estamentos, cada uno con sus propias características, intereses y problemáticas. Muchas veces nos preguntamos ¿hasta dónde involucrarnos en ciertos temas?, y la respuesta siempre fue “si afecta a nuestros usuarios, tenemos que hacerlo”. Esta realidad se complejiza porque vivimos en una cultura que sobrevalora el conocimiento por sobre otros aspectos del desarrollo humano, atribuyendo un valor especial a ciertas profesiones, y por razones obvias, las del área de la salud están dentro de este grupo. Si a esto le sumamos el hecho que nuestros usuarios son mayoritariamente personas sencillas de zonas urbanas, rurales y de la Isla de Chiloé; en ocasiones se dan situaciones de trato, que pudieran ser catalogadas de “abuso de poder” y que constituyen eventos no sólo reprochables sino difíciles de abordar y confrontar. Es en este contexto que tuvimos que aprender a movernos, a ganar espacios, con la asertividad suficiente para resaltar nuestras visiones y puntos de vista, sin que el otro se sintiera amenazado como persona, colocando el énfasis en la función a mejorar.

Por otro lado, realizar un trabajo cohesionado al interior del consejo tampoco era una tarea fácil; se requieren competencias y habilidades blandas para manejar las diferencias propias que se dan

en cualquier grupo humano. En este aspecto, nos parece oportuno reconocer el valioso rol que jugó el voluntariado del Hospital de Puerto Montt, compuesto por personas que desinteresadamente trabajan día a día por el bienestar de los pacientes, y que han formado parte de los consejos desde el principio de éstos.

Es así, como logramos involucrarnos en áreas claves como Urgencia, Farmacia, Centro de atención especializada (CAE), Infraestructura, y en todas ellas encontramos un interlocutor atento y respetuoso. Generamos debate interno y planteamos ideas y propuestas; algunas fueron consideradas, otras no. Ayudamos a fortalecer la atención a usuarios en Urgencia, y coordinamos actividades en terreno para acercar el hospital a la comunidad. Otro hecho muy importante fue concretar la participación de un miembro del consejo en el Comité de Ética Asistencial, lo que consideramos un tremendo aporte. Otras áreas como Comunicaciones y OIRS (oficina de información, reclamos y sugerencias) quedaron pendientes, y muchas otras ideas y sueños no fueron posibles de concretar; se requerían más tiempo y más personas trabajando en ello.

**“Los cambios significativos en este tipo de organizaciones nunca son rápidos”**

No obstante, nos quedamos con la satisfacción de haber fortalecido los canales de comunicación hospital – ciudadanía, en un clima de confianza y respeto, que consideramos fundamental y necesario de mantener en el futuro.

A partir de esta valiosa experiencia surgen a lo menos dos reflexiones en relación al estado actual de la participación ciudadana en nuestro país:

1. La participación ciudadana aún está en pañales, es como un niño que está aprendiendo a caminar, dando pasitos a veces con mucha seguridad, y en otras con mucho temor. Esto sin duda, se debe en parte a características de nuestra idiosincrasia; pero otras tienen relación con la ambigüedad de la Ley 20.500(1) que regula la participación ciudadana en la gestión del ámbito público.

La ley 20.500 requiere de urgentes reformas que fortalezcan la participación ciudadana. Debe ser mucha más clara y explícita en relación a la **Autonomía** de los Consejos, de tal manera que no quede al criterio de los directivos de turno, ni de interpretaciones varias. En este sentido, concordamos con el diagnóstico realizado por el Consejo Nacional de Participación Ciudadana (CNPC)(2), creado el 14 de enero del 2016 por la ex Presidenta Bachelet, quien en Informe final sobre el estado de la aplicación de esta ley en Chile

concluye: "... la participación ciudadana en Chile es una tarea pendiente"; haciendo hincapié en las principales debilidades de la Ley 20.500, sobre la que queremos destacar

"...carece de mecanismos de fiscalización y sanción que asegure su cumplimiento, dejándolo a criterio y voluntad del directivo del servicio. Tampoco se establece el financiamiento de los mecanismos de participación de modo de garantizar su funcionamiento estable...". Añade también "el carácter de estos mecanismos como consultivo, informativo, no vinculante, lo hace muy poco efectivo, lo que desmotiva a muchos dirigentes a participar en ellos."

Sin duda, que aún estamos muy lejos de poder participar en las decisiones que se toman en Salud; somos parte de una estructura jerarquizada y centralizada, donde el "usuario", es considerado un beneficiario del sistema y no un actor deliberante. Las debilidades a las que se refiere el CNPC, coartan y limitan la real participación ciudadana, así como la confianza de las personas en los mecanismos democráticos de participación.

2. La segunda reflexión, dice relación con la participación de la ciudadanía en el consejo, oportunidad que se dio gracias al llamado abierto que realizó el Hospital de Puerto Montt. Este hecho derivó, como lo mencioné al inicio, que este consejo estuviera integrado no sólo por la sociedad civil, sino también por ciudadanos y ciudadanas. Si bien la Ley 20.500 incentiva el rol de la sociedad civil, en ninguna parte cierra las puertas a la participación directa; y desde nuestra experiencia, podemos decir que resultó muy interesante el aporte que realizamos cada una de las personas que veníamos de otros ámbitos de acción. Sabemos que existen distintos puntos de vista al respecto; algunos pueden pensar que esto amenaza la representación de la sociedad civil; sin embargo, en nuestro caso sirvió para equilibrar las presiones que en ocasiones ejercen algunos dirigentes que

tienen un carácter más fuerte, queriendo hacer prevalecer las necesidades de determinados grupos geográficos, en desmedro del resto de la población que se atiende en el hospital, lo cual no es menor, teniendo en cuenta que el HPM es el único centro de alta complejidad de la región.

Por último, pensamos que es imprescindible tomar conciencia de que la Salud no es de dominio exclusivo de los profesionales del área, ni de los funcionarios del Hospital: ésta es responsabilidad de cada ser humano, consecuencia de cada acto que desarrollamos, de nuestras relaciones y del entorno; entendiendo la Salud como la define la OMS(3) (Organización Mundial de la Salud "... es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades"). Desde esta concepción más integral de la Salud, es posible concebir y potenciar la Participación Ciudadana en Salud como un Derecho fundamental, pero también como un Deber, donde la persona no sea considerada sólo como un receptor de beneficios, sino como un actor imprescindible en la generación, implementación y fiscalización de las políticas públicas.

## REFERENCIAS:

---

1. Ley 20.500 de Febrero de 2001—de Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública. Febrero 2011. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1023143>
2. Consejo Nacional de Participación Ciudadana (CNPC). [Internet] 2017. [Consultado en junio de 2018] Disponible en <http://consejoparticipacion.cl/content/uploads/2017/informe-final.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud [Internet]. [Actualizado en octubre de 2018] Disponible en: <http://www.who.int/about/mission/es/>



# Desde la epifanía de Otr@s a un nuevo Trato Terapéutico. Nuestra tentativa, las Narrativas Etno-Médicas

From the epiphany of others to a new Therapeutic Treatment. Our attempt, the Ethno-Medical Narratives

Nancy Ahumada <sup>1</sup>  
Ana Cares <sup>1</sup>  
Carolina Mancilla <sup>1</sup>  
Josefina Mandiola <sup>1</sup>  
Juan Osorio <sup>1</sup>  
Héctor Pefaur <sup>1</sup>  
Marisol Perez <sup>1</sup>  
Paola Ramirez <sup>1</sup>  
Gloria Riquelme <sup>1</sup>

*Has pensado de qué color  
Es el Abril de los enfermos?  
(El Libro de las Preguntas. P. Neruda)*

La propuesta de visibilizar las narrativas de personas portadoras de Enfermedades Crónicas que nos hablen de las sabidurías construidas en el despliegue de la trama humana de cuidar(se), junto con revelar las escenas que hacen a la formación y maduración de las mismas en su carrera de Enferm@s, nos ayuda a situar el momento esencial de Narrar como proceso de readecuación identitaria -en y por la convivencia- y de transformación de la Relación Terapéutica. (RT)

Las Narrativas traen a mano todo un mundo de significados, representaciones, preferencias, necesidades y deseos. Pero por sobretodo nos trae a un Otr@ cuya epifanía obtiene validez en el decir-oír colectivo y su legitimidad emana de la ética del cuidar.

Las Narrativas escenifican un teatro donde también l@s agentes sanitari@s repasamos nuestra actuación<sup>2</sup>. Revisamos el libreto de lo que decimos hacer y lo ponemos en el espejo - las narrativas de nustr@s pacientes- de lo que hacemos.

Las Narrativas, como ontología y epistemología, contienen derivas de validación que buscan la correspondencia de los procesos formales de actuación profesional con el respeto de los momentos madurativos de una otra Relación Terapéutica.

## ALGUNOS A PRIORI

---

1.- Nuestro análisis de la participación ciudadana en salud parte por revisar su impronta en la situación actual de la Relación Terapéutica (RT) y desde los espacios y tiempos públicos en que se desenvuelve

**Recibido el 30 de julio de 2018. Aceptado el 04 de octubre de 2018.**

<sup>1</sup> Equipo Escuela Auto-Cuidado de Pares Cesfam Bellavista. Correspondencia a: [escuidadoscronicosbellavista@gmail.com](mailto:escuidadoscronicosbellavista@gmail.com)

<sup>2</sup> Identificamos los espacios y tiempos de los servicios sanitarios, incluidas las consultas profesionales, como Espacio Público, en el que se puede construir opinión pública. Nuestro Que Olvidado Estaba el Otr@ narra, en las escenas referidas a la Relación Terapéutica, las dificultades que enfrenta la constitución de lo Público. La "acción dramaturgica" (1) de lo público, los actores (pacientes y sanadores) buscan entenderse sobre una situación de acción para poder coordinar de común acuerdo sus planes de acción y con ello sus acciones. El Lenguaje ocupa, un sitio prominente y su carencia o asimetría en el dominio público, amenaza con su conclusión o el cierre de la escena. En nuestra experiencia y en las narrativas de pacientes el imperativo bio-médico de eficacia se despliega acaparando no pocas veces, los turnos de la palabra y confinando a pacientes a expresiones monosilábicas.

la misma. No arrancamos de espacios públicos externos al “momento clínico”. Nos interesa levantar las escenas de las micro-historias que dan cuenta de cuánto y qué sabemos de la intimidad de los procesos de comunicación diagnóstica y terapéutica? Fundamentos relevantes en la constitución de la relación clínica, para enfermedades ( ECNT) donde la perspectiva de éxito en su tratamiento queda cifrada en la voluntad de nuestro@s pacientes y hasta hoy, en las tácticas de regulación y control de sus estilos de vida

2.- En un sentido estricto no hemos partido de las Enfermedades (Crónicas No transmisibles, para este caso), ni de la crisis epidemiológica ni de las profundas transformaciones de la estructura demográfica que dinamizan negativamente el cuadro sanitario nacional y mundial. No desconocemos su importancia, sólo que no creemos que su transformación atañe centralmente a un sector que no es “responsable” sino del 15% de las componentes del estado de Salud<sup>3</sup>.

3.-Fundamos nuestra tentativa etno-médica en el contexto de dilemas que interrogan las relaciones de poder en el conjunto de la sociedad - no constreñida a una discusión en los lindes del sistema sanitario- y que constituyen centralmente una discusión política sobre la residencia de la soberanía de los cuerpos (y su administración) y de la salud comunitaria: la oposición de pacientes y algún sector de profesionales a la violencia obstétrica, la defensoría por organizaciones gays y transgénero del derecho de las personas a decidir sobre su cuerpo y a una atención sanitaria no sexista, la lucha por co-gestión sanitaria etno-cultural en salud, la discusión sobre eutanasia, la creciente problematización de la medicalización y los intereses corporativos que

la promueven, la lucha activa de mujeres contra feminicidios, la misoginia, la objetivación sexual<sup>4</sup> y dominación patriarcal de sus cuerpos, artes, oficios, estudios, trabajos, de sus libertades..., la demanda creciente por una educación no sexista -entre otros- son hitos que hacen a *una otra* concepción de seres humanos y relaciones sociales<sup>5</sup> y estructurales, al tiempo que revelan la pugna por una resolución basada en enfoques de derechos de personas, géneros, comunidades, culturas y sub-culturas y que también busca incidir al interior del espacio público de la Relación Terapéutica - caracterizada por su asimetría de poder-, antes de que procesos devaluativos cierren su posibilidad (v.gr desde una punta del espectro, los casos de notoriedad pública de agresiones y violencias contra agentes sanitarios y, desde la otra punta, regresiones de derechos vinculadas a decisiones políticas basada en fundamentalismos valórico-religiosos, como es el caso del fallido protocolo de objeción de conciencia a la Ley de Aborto en tres causales).

4.- El “aire clínico” en la RT está racionado toda vez que no se cuestiona el impacto que tiene la posición “olvidada del Otr@” en el diseño y praxis modelísticas de los servicios sanitarios. La “ceguera del verticalismo” constriñe sus diseños al paradigma biomédico y es notoria la ansiedad anti-crisis tras los resultados de eficacia que no revierten los “números”. Las pretensiones de los discursos sanitarios acerca de la “adherencia terapéutica solo conducen a lógicas de disciplinamiento que asfixian la RT. Las tácticas de “negociación con los pacientes” lo son sobre las condiciones en que se aceptarán los criterios de eficacia y posponen indefinidamente el diálogo sobre las condiciones mismas del tratamiento (5).

---

3 “Un mensaje importante es que las inversiones en los sistemas de protección social son tan importantes, si no más, para la salud de nuestra nación como el gasto en salud. La buena salud tiende a comenzar en nuestras comunidades, no en las oficinas de nuestro doctor. Nuestras mejores estimaciones de la Organización Mundial de la Salud es que sólo el 15 por ciento de lo que nos mantiene sanos tiene que ver con la asistencia sanitaria, el resto tiene que ver con nuestro entorno social y económico... estrategias de inversión inteligentes en torno a la vivienda, los empleos y los alimentos, no sólo pueden ofrecer un retorno de la inversión, sino que aportan sustanciales beneficios de salud...”(2).

4 La objetivación sexual se caracteriza por la definición de una persona por sus partes o funciones sexuales, al separarlas del resto de su personalidad. De esta forma, se las aísla del todo y se las reduce a instrumentos que logran representar al sujeto dominado. (3).

5 La aportación específica de la antropología médica y el feminismo ha sido mostrar las ventajas de tener en cuenta la diversidad cultural y los riesgos de hacer uniforme y universal la realidad de las mujeres; peligros en los que caen fácilmente algunos discursos con una clara hegemonía dentro de la salud, como los que provienen del campo de la medicina y la psicología. Will Courtenay argumenta que la salud de los hombres está también de alguna manera naturalizada e invisibilizada, ya que sus especificidades no están suficientemente estudiadas ni explicadas y se toman como naturales e inevitables. Este autor defiende que sólo una perspectiva constructivista, relacional y feminista de la salud nos permitirá entender que la mayor mortalidad o siniestralidad de los hombres, o el que éstos acudan menos a centros de atención primaria, por citar algunos ejemplos, tienen que ver con unas concepciones y comportamientos concretos respecto a la salud, asociados a la forma en que los hombres se construyen como tales y se presentan socialmente como dominantes. (4).

5.-La visibilización de Otr@s, no la creemos vinculada a procesos de “empoderamiento”<sup>6</sup> donde alguien que tiene poder (medicalizado) cede parte del mismo a quién no lo posee (poblaciones de pacientes). A partir del cuestionamiento del status de asimetría de la Relación Terapéutica, identificamos las fases evolutivas de apoderamiento que devuelvan la soberanía del cuerpo a las personas mediante un nuevo trato público en el ámbito de la salud.

6.-Como nos ha enseñado la Historia social de otros grupos, colectivos y comunidades oprimidas (mujeres, pueblos ancestrales, niñ@s trabajadores, colectivos LGBT, inmigrantes, agrupaciones de DDHH y de personas dañadas por estados de excepción y guerra) se hace imprescindible una fase de autoafirmación identitaria.

7.- Este es el momento que vivimos: La primaria fase de autoafirmación. Las/os “pacientes” empiezan a dejar de ser tales para jugar un papel liberador en todos los ámbitos que hacen a su salud.

8.- Internamente, l@s trabajador@s sanitarios tendremos que iniciar un proceso de autocritica sobre nuestra praxis constreñida por las lógicas burocráticas biomédicas. Poner entre paréntesis y de-construir nuestro *habitus*<sup>7</sup> internalizado y ganar, junto con nuestro@s pacientes, los espacios y tiempos humanizadores que hagan de la RT la instancia central del diálogo por el nuevo trato.

### **EN EL CAMINO HACIA UN NUEVO TRATO: LA CONSTRUCCIÓN BIOGRÁFICA DE PERCEPCIÓN DE EFICACIA EN EL AUTO-CUIDADO**

1.- Con Que olvidad@ estaba el Otr@ (ver Anexo) – Intervención etno-médica de trabajador@s sanitarios de Cefam Bellavista, SSMSO. 2014 a 2016- concebimos la realidad sanitaria y

6 Empoderar se refiere a alguien que por sus propias razones y con sus propios medios y fines, decide dotar a otra persona de algo que quien dota posee y quien es dotado no posee, estableciendo así una relación en donde una parte es activa e independiente y la otra pasiva y dependiente. Esta es frecuentemente la interpretación de empowerment que se hace en los discursos oficiales que perpetúan la relación de dominio sobre la población, cosa contraria a la intención de apoderar en donde el sujeto se dota y recupera lo que es y era suyo en primera instancia (6).

7 Habitus, es un principio estructurado, es decir, un conjunto de aprendizajes que fueron internalizados por el agente y ordenados en la forma de un esquema (schème) organizador de sus prácticas, que es lo que le confiere coherencia a la actividad perceptiva del individuo; y por otra un principio estructurante que se manifiesta en modalidades también coherentes de apropiación del mundo y sus objetos (7).

8 La búsqueda del lenguaje ideal, o simplemente mejor, está condenada al fracaso, ya que tales discusiones no son, de hecho, lingüísticas, sino políticas. Son acerca de las visiones del mundo preferidas, dejando para siempre a algunas personas afuera.

9 Perfil socioeconómico del estudiante de medicina del primer año de la Universidad de Chile. Año 2009 Conclusión: El perfil presunto de estos futuros egresados no augura una buena identificación con los datos sociodemográficos de la población chilena y, por otra parte, no satisface los propósitos de equidad en la Educación Superior que tendría que reflejar la primera Universidad del Estado, por su misión nacional. (11).

10 Auto-eficacia percibida, se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados.

la construcción de la relación terapéutica como una fundada en las Narrativas. La atribución de significados por pacientes junto con levantar la escena clínica, acusar la discrecionalidad diagnóstica y la realidad impositiva de los regímenes terapéuticos, nos hablan de una sabiduría y mundos simbólicos (con más que evidente repercusión en la “real” realidad) que están a la base de las estrategias de los pacientes por redefinir el conjunto de identidades interrogadas por el acontecimiento de enfermar. (Desde la visibilización de los enfermos al acuerdo terapéutico) (8).

2.- Terapeutas y pacientes habitamos- a pesar de nuestra creencia “universalista”<sup>8</sup>- mundos culturales, vivenciales, simbólicos y lingüísticos distintos y a veces radicalmente<sup>9</sup>. Poner en escena las narraciones es- además de un ejercicio de derechos- una necesidad epistemológica inaplazable: reponer la biografía como fundamento que verifique una RT basada en acuerdos, sin actores mudos ni clausuras operacionales cognitivas.

3.- La auto-percepción de eficacia<sup>10</sup> (10) la derivamos centralmente de los procesos de autoafirmación identitaria y de simetrización de la RT. No la queremos ni creemos un producto pasivo de la deriva personal (creencias y percepciones sobre salud y enfermedad) ni de los Determinantes Sociales de la Salud, pues rigidizan las alternativas de cambio e intervención que buscan hacer de la RT una praxis social, lugar donde obtienen sentido las narrativas de sus actores. .

4.- La RT ahuyenta este proceso biográfico de construcción de sentido cuando: a) no recibe a la Otridad, toda vez que el terapeuta acapara los turnos del habla (monopolo de la palabra); 2) No ex -pone el rostro (Levinás), la discrecionalidad terapéutica opera como una técnica, que estandariza sujetos y tratamientos; c) la” rotativa” de terapeutas en la APS le quita piso a la *historicidad*

de actores conocidos en la escena clínica; d) la ausencia de tiempo -en agendas comprimidas y asfixiadas por criterios de costo-beneficio- para el diálogo y el acuerdo-compromiso terapéutico.

5. En nuestra Escuela de Auto-Cuidado de Pares, la propia *performance* del decir coloca a narrador/a en la nueva realidad de un cuerpo narrado-narrante, situado por su propia y soberana manera de decir-se en las escenas clínicas públicas<sup>11</sup> y personales.

Arrancamos de esta praxis el surgimiento de la *construcción biográfica de la percepción de eficacia*. En el decir-oír acompañado se construye un mundo material, vivencial, histórico y epistemológico que valida, compara, crítica, descarta, crea e imagina nuevas formas de hacer-se en la carrera de enfermer@, al tiempo que problematiza la realidad y su necesidad de cambios. Nace desde la reflexión del malestar (el estar enfermo) la dimensión política de cuerpos deseantes de un nuevo trato y realidad.

6.-Nuestra Escuela de Autocuidado en Salud- organización rizomática de pacientes y trabajador@s sanitari@s<sup>12</sup> antes que nada Autoafirmación Identitaria y comparecencia del Otr@ en los procesos de re-construcción biográfica de la carrera de enfermos y de levantamiento del estado de la RT, donde también se visibiliza el/la terapeuta como el Otr@ del Otr@. La Enfermedad (Diabetes...) es el pre-texto de estas escenificaciones propuestas y que a través de su vigor performativo preparan al paciente para contribuir ya “apoderado” a un nuevo trato clínico y diseño terapéutico.

7.- La Corriente Apersonadora de la Oralidad. Las narrativas tienen su encarnadura en la Oralidad. No es la Escritura la articuladora de la sustancia y forma del *decir narrando* y por varias razones: remite a la externalización de decir, el escribiente normatiza su observación escrita, vigila su corrección formal y teme la incorrección y su estigma. El narrador cuando escribe dice menos de sí, dice del afuera donde se coloca. Escribir, con excepción tal vez del diario de vida, contiene el sistema para hacerse entender siguiendo una vía de registro instruccional. Se asimila a una tarea a pensar y su clave es informativa. Deja fuera de la *performance* al Otr@ que no verá el mundo

que trae a mano ahora la *performance*, además estética corporeizada del (re-)vivir narrado. La responsabilidad de lo escrito cae en vacío de una alteridad lectora que puede no desearse y que por su alejamiento puede ser temida como vigilancia, escamoteando así el área de espacio seguro y confiado del narrar en presencia colectiva de l@s Otr@s.

8.- Pequeñas observaciones a la estructura performativa (realizativa)<sup>13</sup> de las sesiones Narrativas de nuestra Escuela Apoderante.

1.- Criterio de Autenticidad (Austin). Las narraciones debieran ocurrir en dependencias y horarios de los servicios sanitarios. El objetivo apoderante busca desacralizar este espacio público como propiedad y locus de poder asimétrico medicalizado.

2.- La estructura Narrativa de pequeños colectivos de pacientes contiene un/a trabajador/a sanitario/a. La narración se “autentifica” ante actores investidos social y administrativamente por los servicios sanitarios. No es una puesta en escena “teatralizada”, es la producción escénica de la realidad negada, de la Otredad Olvidada.

3.-La dinámica es la Narrativa personal en presencia o comparecencia colectiva de los pacientes, incluido el agente sanitario, que sólo escucha cediendo su turno de la palabra. Esta función performativa significa y repara: La narración visibiliza al Otr@ como un actor significativo y esencial, dador de significados a su propio enfermar y como sujeto consciente y de libre autodeterminación. Se repara así toda una muy larga historia de olvido y mal trato: la RT sin el Otr@.

4.-Las resonancias perlocutivas (la conducta apoderante que resulta del narrar) se evalúan sesión tras sesión. Interesan nuevamente las narrativas etnográficas. No hay mejores ni peores, se suspende el juicio moral y estético. Interesa la constitución y epifanía autónoma de cada uno de los actores y con sus propios dispositivos escénicos.

5.- El momento Freiriano (Paulo Freire 1921-1997). Construido el colectivo - más allá de la suma de actores individuales- como un cuidado y cuidadoso espacio del *nombrar*, procedemos a problematizar la realidad recién creada por nuestra Epifanía o visibilización. Identificamos los temas

11 Auto-eficacia percibida, se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados.

12 En la teoría filosófica de Gilles Deleuze y Félix Guattari, un rizoma es un modelo descriptivo o epistemológico en el que la organización de los elementos no sigue líneas de subordinación jerárquica —con una base o raíz dando origen a múltiples ramas, de acuerdo al conocido modelo del árbol de Porfirio—, sino que cualquier elemento puede afectar o incidir en cualquier otro (12)

13 La palabra nombrada no se limita a describir un hecho, al ser expresada en la escena colectiva realiza —en el Ahora del tiempo humano- el hecho / su promesa, el Ser/su devenir.

e ideas generales. Es el momento propositivo también, el del diálogo constructivo y de proyección. En nuestro proyecto de Ciclos de Módulos, queda para las últimas sesiones y con desarrollos no necesariamente parejos de los pequeños colectivos y – en un segundo momento- para sesiones de evaluación perlocutivas realizadas meses después.

## **ANEXO**

### **QUE OLVIDADO ESTABA EL OTR@: LA ALTERIDAD A CONTRALUZ**

---

(Las escenas antropológicas de la vida en/ con Diabetes. Las resonancias performativas de las Narraciones. Desde la (in)visibilidad del Otr@ al Acuerdo Terapéutico)

### **EL DILEMA**

---

¿Por qué fracasamos o acertamos en el manejo de nuestro@s pacientes diabético@s?

Preocupan las tasas de compensación metabólica, pero ¿qué sabemos de la intimidad de los procesos de comunicación diagnóstica y terapéutica (fase ejecutiva de los procesos de representaciones simbólicas), que involucran a pacientes y proveedores de servicios sanitarios? .

En coherencia con el cambio de episteme, hacia el modelo BioPsicoSocial, resulta relevante conocer las estrategias discursivas del Otr@, que lo llevan a constituirse en UNA DE LAS POSIBLES instancias identitarias, la de Paciente, ante un Nosotros (trabajadores de la salud) ; un Otr@ no suficientemente indagado, más bien dado por hecho, como un dato de la “realidad”, por las estructuras sanitarias bastante acotadas- más allá de las intenciones discursivas- por el Modelo Bio-Médico y que para la tesis de nuestra propuesta puede no estar en correspondencia con las percepciones, conveniencias, necesidades, afectos, preferencias, proyecciones y representaciones de nuestros Pacientes .

### **NUESTRO A PRIORI**

---

Compartimos el enunciado asertivo de que el cuidado de la Diabetes contiene en su fundamento el Automanejo y que este será expresión del reacomodo de identidades (personal, familiar, comunitaria, laboral, sexual, reproductiva, de género y generacional...los hitos biográficos) que las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) vienen a interrogar a los afectados {pacientes y terapeutas}, cual si fuera un sujeto primordial de la escena.

El enfermar es el enfermar de alguien y su

condición. La Cura, el Tratamiento y la percepción de Eficacia, en perspectiva, hacen parte del acto antropológico de (re-)conocimiento y respeto de la Alteridad. Constatamos la carencia de las escenas diabetológicas que integren el relato del convivir con esta enfermedad crónica no transmisible (ECNT), sus sombras y estigmas construidos socialmente. La eficacia simbólica de estos productos culturales (incluida también la ideología y praxis médica) en referencia a la historia y trayectoria de la enfermedad.

Proponemos indagar el significado cultural contenido en estos relatos que también “dicen” de ellas y de nosotros (el otr@ de las otr@s), de la relación terapéutica.

Todo relato protagónico contiene la fuerza de un enunciado performativo. Realiza un acto en el mismo momento de verificar el habla. Vemos en esto el más profundo fundamento del contrato terapéutico, el automanejo y la relación pacientes-proveedores de salud. La narración es la credencial de facto en esta comparecencia o aparición.

### **LA VERSIÓN ETIC**

---

*“Los vientos que soplan, los conocidos...los que arrastran las tristes hojas caídas”*

-En el mismo momento en que la perspectiva terapéutica de éxito y su contrario queda cifrada en la voluntad {latín velle, =querer, desear } de nuestro@s pacientes y en las tácticas de regulación (control) de sus estilos de vida, surge la pregunta por la eficacia de los tratamientos diabetológicos propiamente tales.

- Se supone la existencia cuasi-normativa -“naturalizada”- de una correspondencia entre las necesidades de logro terapéutico y la readecuación de los estilos de vida (medicalización). Se considera que la eficacia del acto médico es una consecuencia lógica y necesaria de la aplicación de ciertas normas en el tratamiento, a territorios de la vida personal y social de nuestros pacientes, cada vez más amplios. Conceptos de “bienestar” y “calidad de vida” utilizados por los equipos terapéuticos para fundar sus tratamientos, se apoyan en definiciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OPS (Organización Panamericana de la Salud)). Fuera de su mención y reiteración, estos propósitos no son discutidos con el paciente. No son dotados, en la RT, de los significados y sentidos que pudieran atribuirle los pacientes. Estos últimos, como se verá en las narraciones, le asignarán múltiples sentidos sociales, construidos

en su historia de enfermedad.

-Se asume introyectada e incuestionada la existencia de la línea fronteriza Salud/Enfermedad: El paciente es tal a partir de su caracterización nosológica. Nos interesa conocer las dinámicas dialógicas de construcción de la identidad de Enferm@ y los vaivenes de su asunción.

- Se da por sentado que el subsistema de la salud, por su pertinencia temática está llamado a ser el agente que operacionalice los cambios de “estilo de vida”. Estilo de vida saludable casi equivale a la importación para la vida del paciente de un Régimen que puede no corresponder con sus intereses ni claves sub-culturales.

Arrancamos, nos parece, de una definición restringida de Cultura = “estilo de vida”, con focalizada impronta biomédica en la Dieta y la Actividad Física. Suspendemos el hecho, a revisar en las narrativas, que “no nos alimentamos sólo de nutrientes naturales ni de principios dietéticos puros, sean estos sagrados o profanos, sino de alimentos culturizados. Simbólicamente contruidos en referencia a una historia común. Las leyes de la comensalidad, el comensalismo, son leyes culturales de compatibilidad, conveniencia, ajuste y expresión de identidad de grupos, sub-grupos y culturas (13). Cuatro décadas después, Claude Fischler describirá a la base de los problemas de salud relacionados con la alimentación en Occidente (y nítidamente en las sociedades opulentas) la crisis de los sistemas de normas -las gastro-nomias- que regulan las practicas alimentarias quedando estas liberadas a la decisión y elección individual -se convierten en gastro-anomias (14). En nuestros países, este decurso “anómico” ha sido más vertiginoso y caótico. Cómo lo vivencian nuestros/as pacientes?

- Por una acotada vía, atribuimos, no pocas veces, la ineficacia de los tratamientos al “incumplimiento de los pacientes”, verdadera piedra de Sisífo en el amplio arco de la sospecha y de sus propuestas de gobernanza sanitaria. {“gobernanza” puede relacionarse con el concepto de “gouvernementalité”, que Michel Foucault introdujo y que se define como “el conjunto de las instituciones, procedimientos, análisis y reflexiones, cálculos y táctica, que permiten ejercer [él] [...] poder}

-Nos interesa la narrativa del Incumplimiento. La realidad de su existencia. Su surgimiento en la dinámica discursiva de la RT. La funcionalidad de su negatividad en la mantención de la RT. La funcionalidad de su silencio al momento de la autoafirmación de la persona del paciente. Su papel en la “normalización” de su vida social.

De esto está hecha nuestra necesidad de conocer los relatos de primera mano. Esta es nuestra tentativa

(a) Representación=imágenes que condensan significados, sistemas de referencia para interpretar los hechos sociales, dar sentido a lo emergente y posicionarse en la situación.

(b) Ideología = conjunto de prácticas que tienden al disciplinamiento social en el sentido que le daba Michel Foucault (15). El acatamiento se lograría, no tanto por un acto de fuerza o de engaño sino a través de la continuidad de prácticas presentadas como racionales y lógicas.

(c) La mirada ETIC narra el sistema “desde fuera”, es decir, como si el antropólogo estuviera fuera de la sociedad, grupo, institución, comunidad o cultura que estudia.

## REFERENCIAS

1. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa. Volumen 1: Racionalidad de la acción y racionalización social. Madrid: Taurus; 1987.
2. Stuckler D. Ciencias Sociales Bites [Internet] 2013 [Consultado en julio de 2018] Disponible en: <https://www.socialsciencespace.com/author/socialsciencebites>
3. Bartky SL. Femininity and Domination: Studies in the Phenomenology of Oppression (Thinking Gender). New York: Routledge; 1990.
4. Esteban ML. El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. Salud colectiva [Internet] 2006 [Consultado en julio de 2018] 2(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652006000100002](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652006000100002)
5. Saslavky L, 2001. Tesis Doctoral en Etnografía, Universidad de Buenos Aires; 2001
6. Mendez M CH, comentarios a la Carta de Otawa de 1986
7. Bourdieu P. El sentido práctico. Buenos Aires : Siglo XXI Editores Argentina; 2007.
8. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Desde la visibilización de los enfermos al acuerdo terapéutico. Boletín Observatorio de la Experiencia Usuaría en Salud [Internet] 2017 [Consultado en julio de 2018] 5: 7-11 n°5, Disponible en: <http://redsalud.ssmso.cl/observatorio-de-experiencia-usuaría-en-salud/>
9. Galasiński D. Lenguaje y psiquiatría. The Lancet Psychiatry DOI [Internet] Febrero de 2018 [Consultado en agosto de 2018] Disponible en: <https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/>

article/PIIS2215-0366(18)30040-3/fulltext

10. Bandura A. On rectifying conceptual ecumenism. In J. E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research and application*. New York: Plenum; 1995: 347-375

11. Valdés F, Valdés C., Valdés W. Perfil socioeconómico del estudiante de medicina del primer año de la Universidad de Chile. [Internet] 2009 [Consultado en julio de 2018] Disponible en: [http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/2009/numero\\_3/06\\_Medicina\\_perfil\\_socioeconomico.pdf](http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/2009/numero_3/06_Medicina_perfil_socioeconomico.pdf)

pdf

12. Deleuze G., Guattari, F. *EL Anti-Edipo*. Paidós. 1972

13. Barthes R. *Mythologies*. Francia: Les Lettres nouvelles; 1957

14. Fischler C. *Pour une anthropologie bioculturelle de l'alimentation*. Francia. 1979

15. Foucault M. *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión*. (Surveiller et punir, 1975). Trad. Aurelio Garzón del Camino. 2a ed. México: Ed. Siglo XXI; 1993.



# Factores dinamizadores para la participación ciudadana en políticas de salud

Dynamizing factors for citizen participation in health policies

Anselmo Cancino <sup>1</sup>  
Rodrigo Faúndez <sup>2</sup>

## RESUMEN

---

El propósito del artículo es indagar en los factores dinamizadores de la participación ciudadana a partir de la aplicación de mecanismos implementados desde el Ministerio de Salud en todas las regiones del país, para incentivar incidencia de la ciudadanía en políticas públicas, con criterios de inclusión. Se analiza el caso de Diálogos Ciudadanos sobre la Política de Salud de Migrantes Internacionales, implementados en el año 2017, que tuvieron como foco la participación de grupos de población migrante. A través de análisis de contenido de entrevistas aplicadas a actores clave del proceso se generan recomendaciones para el fortalecimiento de la participación ciudadana en políticas de salud desde un enfoque de derechos y determinantes sociales de la salud.

**Palabras clave:** *participación ciudadana, enfoque de derechos, determinantes sociales.*

## ABSTRACT

---

The purpose of the article is to investigate the dynamizing factors of citizen participation based on the application of mechanisms implemented by the Ministry of Health in all regions of the country, to encourage citizen participation in public policies, with inclusion criteria. The case of Citizen Dialogues on Health Policy of International Migrants, implemented in 2017, which focused on the participation of migrant population groups, is analyzed. Through analysis of the content of interviews applied to key actors of the process, recommendations are generated for the strengthening of citizen participation in health policies from a focus on rights and social determinants of health.

**Key words:** *citizen participation, rights, social determinants.*

## INTRODUCCIÓN

---

La historia de la participación en salud tiene una larga data. Sus inicios se relacionan con la demanda de la población más vulnerable por la satisfacción de necesidades básicas de higiene y salubridad, que llevaron a sectores, principalmente populares, a organizarse para cubrir estos requerimientos elementales. Desde el Estado, es recién en la década del 60 cuando se institucionalizan mecanismos de participación de la comunidad en la gestión de servicios de salud.

El desarrollo histórico del sector ha transitado por momentos con mayor auge de participación de la comunidad y otros con grandes caídas en la denominada “acción comunitaria”(1). En la actualidad, no se puede hablar de un solo tipo de participación, sino que existen diversas definiciones asociadas al alcance y el carácter que adquiere la participación.

---

Recibido el 7 de julio de 2018. Aceptado el 04 de octubre de 2018.

1 Trabajador Social, Magíster en Política y Gobierno de FLACSO. Ex Jefe Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, Ministerio de Salud. [anselmo.cancino@gmail.com](mailto:anselmo.cancino@gmail.com)

2 Sociólogo, Magíster (C) en Gestión y Políticas Públicas de la Universidad de Chile. Profesional Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, Ministerio de Salud. [rodrigofaundezv@gmail.com](mailto:rodrigofaundezv@gmail.com)

Este artículo centra la atención en la participación ciudadana en las políticas de salud, que corresponde a un tipo de participación de más reciente data en el sector, dado que no apunta a la organización o acción de la comunidad para satisfacer necesidades inmediatas o demandas directas relacionadas con la atención de salud; sino que más bien, con la incidencia en la elaboración de políticas públicas de salud.

En este sentido, el objetivo del artículo es indagar en los resultados de la participación ciudadana a partir de la aplicación de mecanismos de participación orientados desde el Ministerio de Salud para su implementación en las Seremis de Salud del país. Para ello se analiza el caso de los Diálogos Ciudadanos sobre la Política de Salud de Migrantes Internacionales.

La importancia del tema radica en que se puede evidenciar la importancia de la incidencia ciudadana en la elaboración de políticas públicas de salud, así como, los déficits del sector salud para generar procesos de participación que sean transversales e inclusivos de la diversidad social.

El artículo está dividido en cuatro apartados. El primero, pone de manifiesto los antecedentes sobre la historia reciente de participación ciudadana en salud. El segundo, aborda las definiciones conceptuales que se utilizan en el artículo sobre la noción de participación. Una tercera parte aborda los factores dinamizadores de la participación en salud, a partir del análisis de la implementación de la Política de Salud de Migrantes. Finalmente, se aborda una discusión sobre los desafíos y perspectivas para la expansión de la participación ciudadana en salud, desde un enfoque de derechos y determinantes sociales.

El artículo toma en consideración una parte de los resultados de la tesis de magíster en gestión y políticas públicas de uno de los autores, centrada en la comparación de procesos participativos en tres ministerios, entre los que destaca Salud (2). Estos resultados son puestos en diálogo con el análisis de contenido de entrevistas a tomadores de decisión del nivel central y el informe del proceso de los Diálogos Ciudadanos sobre la Política de

Salud de Migrantes Internacionales (3), al cual se le adicionó un análisis de documentos secundarios. El enfoque de dicho estudio fue cualitativo, de carácter descriptivo.

### **1. Antecedentes de la participación en salud**

A mediados de la década del 2000, en adelante, en el marco de la reforma de salud, el sector estuvo inmerso en un profundo debate respecto de garantizar acceso universal de atención de salud a la población<sup>3</sup>, pero también, de modernización de la institucionalidad del sector.

En efecto, a partir de la puesta en marcha de la denominada Ley de Autoridad Sanitaria (4), se puso énfasis en la modernización del sector, que buscó mejorar la eficiencia y mayor participación ciudadana en la gestión, entre otros aspectos (5). Esto, dadas las transformaciones vividas en la sociedad chilena y global en general, en que se dio una creciente preocupación por enfrentar la falta de cohesión social, la individualización y la desafección hacia lo político, tal como lo venía estudiando el PNUD en Chile<sup>4</sup> (6), así como las demandas propias hacia el sector salud. En la práctica, esta orientación modernizadora llevó a dividir las funciones del sector en el ámbito de las redes asistenciales, por un lado, y la elaboración y gestión de políticas públicas, por el otro.

En materia de participación, se institucionalizaron mecanismos y espacios de participación en toda la red de salud, que implicó la masificación y reactivación (en muchos casos) de los Consejos de Salud en los diversos establecimientos asistenciales, así como la consagración de los Consejos Asesores Regionales, para el caso de la Seremi de Salud; los Consejos de Integración de la Red Asistencial, por el lado de las redes; y los Consejos Consultivos de Usuarios, para el caso de los establecimientos de Salud dependientes de los Servicios de Salud.

La promulgación de la Ley 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública<sup>5</sup>, en tanto, planteó la formalización de cuatro mecanismos que todos los servicios públicos deben considerar; esto es, Consejos de la Sociedad Civil, Acceso a la información

3 Este debate derivó en la creación del denominado Plan AUGÉ, asociado a establecer garantías explícitas en salud (Ley N° 19.966).

4 En el año 2009 Chile suscribió a la Carta Iberoamericana de Participación Ciudadana en la Gestión Pública, adoptada por la XIX Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, en Lisboa en diciembre de 2009 (20).

5 Diversos informes realizan análisis críticos de las limitaciones de esta ley. Para un examen crítico revisar informe del Consejo Nacional para la Participación Ciudadana (19) o el estudio de Patricia González (21).

pública, Cuentas Públicas Participativas y Consultas Públicas <sup>6</sup>(7).

En este sentido, en la dirección señalada por la Ley de participación y por el Instructivo Presidencial N°007 del año 2014 sobre Participación Ciudadana en la Gestión Pública (8), el Ministerio de Salud, en el año 2015, publicó la Norma General de Participación Ciudadana en Salud (9). Dicho instrumento adoptó los mecanismos señalados en la Ley de participación (10), pero también, reconoció mecanismos que son particulares del sector salud, tales como los planes comunales de salud, los diagnósticos participativos territoriales, entre otros; y conformó un Comité Sectorial de Participación Ciudadana, cuyo propósito fue velar por el cumplimiento de la norma, así como del seguimiento de las acciones de participación del todo el sector salud (11).

Por su parte, desde la Subsecretaría de Salud Pública, los lineamientos de participación son establecidos por el Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana de la Subsecretaría de Salud Pública. Entre el año 2014 y 2017 dicho Departamento formuló el programa denominado Participación Social y Empoderamiento en Salud (12), el cual impulsó cuatro mecanismos de participación que se desarrollaron anualmente en todas las Seremi de Salud del país. Los Diálogos Ciudadanos, corresponden a consultas presenciales sobre una política de salud o regulación en particular, orientados a la incidencia en políticas públicas. Las Escuelas de Gestores Sociales, corresponden a instancias de formación de dirigentes sociales y funcionarios de las Seremis, sobre diversas temáticas de salud pública. Los Foros Regionales de Salud Pública fueron espacios de coordinación intersectorial de carácter regional, destinados a generar estrategias para el abordaje de temas complejos de salud con una perspectiva de Salud en Todas las Políticas. Finalmente, se incorporó el fortalecimiento de los Consejos Asesores Regionales dependientes de las Seremi de Salud. Además, se incorporaron los Parlamentos Escolares Saludables, los cuales se definen como una comisión de participación con enfoque de derechos y carácter consultivo que se reúnen en una Asamblea Regional, en que los estudiantes (pre-básica y básica) discuten y aportan ideas de acciones que inciden en la construcción de entornos escolares saludables (13).

## 2. Aproximaciones conceptuales sobre la Participación Ciudadana en salud

Tradicionalmente, para el sector salud se ha concebido la participación comunitaria desde el marco de la Atención Primaria para fomentar e impulsar el vínculo directo de las redes asistenciales, la prevención y la promoción de la salud con la comunidad. No obstante, más allá de esta definición, nos interesa aproximarnos al concepto a partir de su concepción como un derecho ciudadano y como una forma de incidencia en decisiones públicas.

Para el Ministerio de Salud la participación ciudadana ha sido definida como, “la capacidad de incidir en las decisiones respecto de la salud, ya sea que se relacionen con el diseño, implementación, evaluación de políticas, planes, programas y proyectos vinculados con la recuperación, rehabilitación, prevención de enfermedades y promoción de la salud, como también, en aquellas decisiones vinculadas al uso e inversión de recursos públicos” (9). Es justamente la definición asociada al derecho de incidir en decisiones públicas las que se acerca a lo indagado en este artículo.

Por un lado, la participación ciudadana asociada al ejercicio de derechos, implica concebir a los ciudadanos no solo como destinatarios o usuarios, sino que principalmente como interlocutores de las políticas públicas y las redes de salud; los cuales pueden desarrollar capacidades para proponer, controlar y decidir respecto de los asuntos de interés público y, particularmente, de influir en la orientación de las políticas de salud, de manera de intervenir efectivamente en la causalidad de los problemas que llevan a una determinada situación de salud.

Entonces, la participación ciudadana asociada al ejercicio de derechos sugiere una oportunidad para superar el tradicional enfoque de respuesta de satisfacción de necesidades (enfoque asistencial) que predomina en la relación con los usuarios, ampliando y profundizando la concepción de ciudadanía, al promover una nueva relación entre Estado y Sociedad Civil, en la cual las personas, en tanto ciudadanos, pasan a ser sujetos titulares de derechos exigibles.

Junto con lo anterior, y en función de la incidencia en políticas públicas, cabe también considerar la participación ciudadana bajo el marco de los determinantes sociales de la salud; esto es, “*las condiciones*

6 Es preciso marcar una diferencia con el período de gobierno de Sebastián Piñera, dado que se le restó prioridad a la participación ciudadana y, en muchos casos, se redujo al acceso a la información. La excepción estuvo en casos más locales, dada la relativa autonomía de los establecimientos de salud. Si bien, la participación se reconoció en la Estrategia Nacional de Salud 2011- 2020 como un aspecto del fortalecimiento del sector salud, se tradujo en la creación de indicadores de participación para su monitoreo (22).

sociales en que las personas viven y trabajan que impactan sobre la salud”(14). Existe amplio consenso internacional de que la política de salud es multifactorial, es decir que, por ejemplo, para disminuir las tasas de mortalidad infantil se requiere además de contar con una buena higiene, se debe contar además con una red de agua potable. Por eso, es preciso considerar la idea de la política de salud desde un enfoque integrador e intersectorial, llevando a la práctica lo que se denomina como Salud en Todas las Políticas (15).

La Comisión de los Determinantes Sociales de Salud (OMS/OPS), recomienda luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, ya que las inequidades son sistémicas y son el resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos (14). Aunque las diferentes regiones del país tengan perfiles demográficos y epidemiológicos muy distintos, diferenciar ciertos grupos, por género, educación, lugar o ingresos, es clave para comprender la forma en que se genera la inequidad en salud y para definir, con los sujetos afectados y actores involucrados, las intervenciones más pertinentes.

La participación ciudadana entendida desde el enfoque de los Determinantes Sociales de Salud, por lo tanto, supone reconocer y habilitar a los ciudadanos y ciudadanas en el ejercicio de decidir sobre los determinantes sociales que condicionan su nivel de salud o de bienestar. De esta forma, las estrategias de participación ciudadana que se desarrollan desde el sector salud deberán tener como marcos de referencia el enfoque de derechos y de determinantes sociales -para entender e intervenir desde la ciudadanía los procesos que conducen a las desigualdades. Lo anterior cobra mayor sentido, en circunstancias en que la propia ciudadanía reconoce que la principal causa del malestar social y la desafección con lo político es la alta desigualdad existente en el país (16).

### **3. Los dinamizadores de la participación en los Diálogos Ciudadanos sobre la Política de Salud de Migrantes Internacionales**

En el presente apartado se expone un caso específico que resulta de interés analizar, dado que apunta a incluir a diversos grupos sociales en la incidencia de políticas públicas y formación de ciudadanía; esto es, los diálogos ciudadanos sobre la Política de Salud de Migrantes Internacionales, desarrollados en el marco del programa de participación social y

empoderamiento en salud, desde la Subsecretaría de Salud Pública (17).

En términos de contexto, entre el año 2014 y 2017 se desarrollaron 171 Diálogos ciudadanos en diversas temáticas de salud pública, tales como el reglamento de la Ley 20.606 sobre composición nutricional de los alimentos y su publicidad, la Ley sobre control reproductivo de animales de compañía, la Política Nacional de Alimentación y Nutrición, el Plan Nacional de Actividad Física Laboral o la Política de Salud de Migrantes Internacionales, entre otros.

Los Diálogos sobre la Política de Salud de Migrantes Internacionales, en particular, se realizaron en el año 2017 en las regiones Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Coquimbo, Valparaíso, Biobío y Región Metropolitana. Dichos mecanismos fueron implementados en el contexto del diseño participativo de la Política de Salud de Migrantes Internacionales, la cual constó, en una primera etapa, de la realización del *Piloto de Salud de Migrantes*<sup>7</sup>; mientras que la segunda etapa consistió en la implementación de los Diálogos Ciudadanos (18).

## **LOS DINAMIZADORES DEL PROCESO PARTICIPATIVO**

Dentro de los elementos que se resalta de la experiencia de los Diálogos, se abordan un grupo de ocho ámbitos, que permiten relevar una serie de aspectos virtuosos en el ejercicio de la participación, tanto en el enfoque que tuvo el proceso participativo, así como en su metodología y la forma en que fue planificado, gestionado y ejecutado.

El proceso de los diálogos estuvo dado por un primer momento de planificación y diseño; luego se implementaron los diálogos y, posteriormente se realizó un análisis de contenido de los encuentros para la incorporación en la política de los temas transversales levantados en los diálogos ciudadanos. En este sentido cabe destacar aspectos claves que estuvieron presentes en todas las fases del proceso.

1. El primero de ellos es que su formulación y desarrollo aborda diversos enfoques relevantes para la participación; esto es, el enfoque de derechos humanos, de determinantes sociales, de interculturalidad y de género. Este aspecto se plantea como dinamizador, dado que, al instalar estos enfoques como elemento transversal al proceso, los actores

7 Este Piloto correspondió a la instancia desarrollada por el sector salud en conjunto con la sociedad civil para disminuir las barreras de acceso a la salud y de atención de salud que tienen los migrantes. Se desarrolló en las regiones de Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta y Metropolitana en los años 2015 y 2016 (18).

estuvieron condicionados a considerar estas definiciones previas en todo el proceso participativo. Tres ejemplos pueden reflejar este fenómeno: (a) la convocatoria a los diálogos consideró estos enfoques y llevó a definir ciertos actores relevantes que debían estar presentes, tales como mujeres migrantes o grupos vulnerables; (b) la pauta de los diálogos orientó la discusión desde este enfoque, considerando temas de salud relevantes para esta población, así como temas de discriminación, barreras de acceso e inequidades en salud (17); (c) a partir de estos enfoques se desprendieron una serie de principios y objetivos que permitieron incorporar en la política de salud diversos aspectos que la comunidad migrante aportó en la experiencia.

2. Un segundo aspecto relevante fue el grado de coordinación intra e intersectorial entre los diversos actores, ya sea del nivel central, regional y territorial para el impulso de los Diálogos, que constituyó una suerte de equipo motor. Si bien, una parte importante de los actores de este equipo motor habían participado de la fase precedente (mesas regionales del *Piloto*), una proporción de nuevos actores se sumaron a la planificación de la actividad, entre los que destacan los equipos de Participación, Promoción de la Salud y Migrantes o Interculturalidad de las SEREMI de Salud y el nivel central, representantes de FONASA, los Servicios de Salud y los equipos de las comunas de los pilotos, entre otros. Asimismo, participaron en diversos momentos facilitadores interculturales de los establecimientos de salud, así como representantes de la comunidad migrante. Esto llevó a que el proceso fuese legítimo y tuviese el respaldo de todo el sector salud, de otros sectores relacionados, así como la propia población migrante.

3. Otro aspecto, tiene que relación con el funcionamiento del equipo motor, que fue facilitado por la capacidad directiva y el liderazgo de la Unidad de Migrantes Internacionales del Ministerio de Salud, que posibilitó una comunicación permanente y fluida entre los actores involucrados, así como la mantención de reglas y límites claros en el proceso; lo cual fue reforzado en las reuniones, oficios o indicaciones por correo electrónico. En este sentido, el liderazgo de las autoridades o los directivos responsables es reconocido como un aspecto facilitador de la participación ciudadana en la gestión pública, lo que tuvo una expresión concreta en los Diálogos. Este liderazgo, permitió, en parte, hacer frente a una cultura del sector salud que no

acostumbra a poner en discusión temas que tienen componentes más técnicos, dada su composición predominantemente “biomédica” (2).

4. Contar con una experiencia de trabajo previa, relativamente formalizada (*Piloto*), es otro elemento fundamental que dio sostén al proceso. Dicha experiencia significó la creación de mesas de trabajo territorial en cuatro de las regiones en las que se desarrollaron los Diálogos, que eran de carácter intersectorial con inclusión de actores de la sociedad civil de organizaciones de migrantes. Dentro de sus principales logros estuvo la realización de diagnósticos participativos de salud, la constitución de mesas de trabajo regional, capacitaciones a funcionarios de salud, monitoreo de acciones de salud a población migrante, intercambios de buenas prácticas, entre otros (18).

5. La convocatoria a los diálogos estuvo orientada hacia una amplitud y diversidad de actores, cuya base fue el enfoque de derechos e interculturalidad. En este sentido, cabe señalar que el sector salud se abrió a convocar actores que escapaban a las redes institucionalizadas del sector, establecidas en la red de consejos (consultivos, de desarrollo local, asesores regionales, entre otros), y se forzó a convocar a actores de la sociedad civil que no participan usualmente en esta red (17). El esfuerzo por realizar análisis de actores de la sociedad civil, con el propósito de involucrar a sectores de la ciudadanía marginados se evalúa como un aspecto positivo.

6. La existencia de un cierto grado de institucionalización de los Diálogos Ciudadanos, que ya contaban con una base técnico-metodológica previa, así como con recursos asociados para todo su desarrollo. La base metodológica corresponde a las Orientaciones Técnicas para el desarrollo de estas instancias, las que, si bien tienen un formato base establecido por el Departamento de Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, del Ministerio de Salud (17), fueron adaptadas para estos diálogos, con colaboración conjunta del equipo motor. Dichas orientaciones permitieron darle un marco general al desarrollo de los diálogos en cada región del país.

7. Otro aspecto propio de la institucionalización de estos mecanismos tiene relación con la existencia de recursos asociados para la implementación de los mismos<sup>8</sup>. Una parte de los recursos permite la ejecución propia de los Diálogos en cada una de las regiones, pero, además, otra parte de los recursos permite la contratación de servicios

8 El programa Participación Social y Empoderamiento en Salud tiene recursos provenientes del denominado sistema Elige Vivir Sano en Comunidad. Cada año, estos recursos se transfieren a las Seremi de Salud para la implementación de las acciones de participación, incluidos los diálogos ciudadanos.

externos para la digitalización, transcripción y posterior análisis del contenido discutido en cada una de las sesiones. De esta manera, el insumo final de la política contuvo los principales aspectos que se discutieron en las instancias.

8. En términos generales y, como resultado principal del proceso participativo, al contrastar el informe de resultados de los Diálogos Ciudadanos y la versión final de la Política se puede identificar que una gran proporción de los contenidos expuestos en los enfoques, principios y objetivos estratégicos de la política fueron emanados de los diálogos ciudadanos y de todo el proceso participativo. Sumado a lo anterior, se generó una retribución hacia la población migrante posterior al proceso de participación; es decir, en el lanzamiento de la política. En dicha instancia se realizó una devolución del proceso que permitió informar y retroalimentar, de forma presencial y virtual, a los actores que participaron del proceso, lo que es fundamental en todo proceso participativo.

#### **4. Conclusiones, perspectivas y desafíos**

Al analizar el caso de estudio y contrastarlo con observaciones generales hacia la participación en salud, se evidencia una serie de desafíos y perspectivas que conviene mencionar, de cara a la instauración de una cultura y gestión participativa en salud.

Un primer elemento de carácter general se refiere a las insuficiencias del marco jurídico e institucional en materia de participación ciudadana. En efecto, la ley de participación es restringida (19) y deja a voluntad de cada autoridad o servicio público desarrollar procesos participativos, lo que lo vuelve una opción arbitraria. Para el caso salud, si bien no existe un examen ni evaluación de la implementación de la norma sectorial de participación, sus propios involucrados expresan que este instrumento no fue suficiente para reimpulsar una visión participativa de la gestión en salud. Al contrario, los procesos participativos que apuntan al empoderamiento, a partir de una noción deliberativa de ciudadanía, son más bien experiencias particulares y responden a decisiones excepcionales de ciertos directivos o profesionales con interés en la materia. En el caso de los Diálogos, el mandato institucional fue elaborar la política, pero finalmente, el liderazgo directivo fue clave para posicionar el aspecto participativo como un eje central en el proceso.

En este contexto, se requiere un direccionamiento y liderazgo nacional que le otorgue mayor énfasis a la participación ciudadana; es decir, mayor determinación desde las máximas autoridades para impulsar una gestión pública participativa. Este mandato desde la autoridad se debiese traducir en

integración de las acciones a nivel intra-sectorial, tanto desde las orientaciones nacionales, como en el territorio; así como en mayores recursos para la participación, en el aumento de profesionales y equipos especializados en temas de participación. Asimismo, es preciso extender el enfoque participativo en la formación de funcionarios y directivos, de tal forma de extender una cultura participativa en el sector (2).

Otro desafío, es que, transcurrida más de una década de la puesta en marcha de la reforma de salud, se reconoce que el desarrollo ha tendido a sobre-institucionalizar la práctica de la participación, apuntando más que nada a la implementación de mecanismos y el monitoreo de sus actividades o el conteo de organizaciones o personas participantes, más que a evaluar y mejorar la calidad de sus procesos o el resultado de su implementación. Asimismo, se ha evidenciado una cultura vertical y “eficientista” en el sector, que dificulta la reflexión sobre la práctica de la participación (5). Nuevamente, los diálogos estudiados se posicionan como una alternativa a esta sobre-institucionalización, dado que ponen en el centro de su desarrollo el enfoque de derechos, lo que garantiza exigencias procedimentales y de contenido para llevar a cabo la elaboración de la política. Esto, indica que se vuelve necesario hacer extensivo el aprendizaje de metodologías participativas y nuevos enfoques para su monitoreo y evaluación; de tal forma que se supere la visión predominante, que reduce la participación al conteo de actividades.

El sector salud debiese recuperar el sentido de su *aterrizaje social*, que hasta la fecha es particular de ciertas experiencias más bien aisladas, que iniciativas transversales al sector. Con esto ponemos el foco en la esencia de la salud, desde un enfoque biopsicosocial, que supere la noción asistencial o estrictamente biomédica y transite hacia la concretización del enfoque de derechos y determinantes sociales. Se trata de un reenfoque epistemológico y político, en el que se pone el foco en las comunidades y personas como titulares de derechos humanos y no en pacientes o usuarios pasivos que no pueden aportar a mantener o mejorar su salud y bienestar.

Para esto se requiere que el sector, sus autoridades, directivos, profesionales, técnicos, en conjunto con la comunidad pongan en acuerdo un modelo de gestión participativa de salud, en que la comunidad se involucre en los procesos de salud, tanto en el territorio, como en las políticas nacionales.

La institucionalización de este enfoque no

implica solamente generar arreglos institucionales procedimentales, en términos de estructuras, mandatos normativos y recursos -que sin duda son necesarios, sino que abrir una discusión que le otorgue legitimidad a un modelo de salud que pone en el centro el derecho de las personas y grupos sociales a incidir en su salud y en el sistema sanitario. Con esto, apuntamos a validar los procesos deliberativos que incluyan a la diversidad social y cultural que habita Chile, en un contexto de una ciudadanía más exigente y que demanda nuevas relaciones entre el Estado y la sociedad civil<sup>9</sup>.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. Canadá; 1986.
2. Faúndez R. Factores institucionales determinantes de la participación ciudadana en la gestión pública. Tesis para optar al grado de magíster en gestión y políticas públicas. Universidad de Chile; 2018.
3. Organización Internacional para las Migraciones y Programa de Estudios Sociales en Salud ICIM UDD. Sistematización de Diálogos Ciudadanos Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile. Informe Licitación 757-13-LE17. Santiago; 2017.
4. Ministerio de Salud. Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria (Modifica el D.L. 2763 de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana) [Internet]. Santiago; 2004. [Consultado en julio de 2018] Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=221629>
5. Cancino A, Pozo C. Presupuestos participativos como herramienta de deliberación democrática para la construcción de ciudadanía en salud: el caso de tres Servicios de Salud en la región Metropolitana. Tesis para optar al grado de Magíster en Política y Gobierno. FLACSO Chile; 2010.
6. PNUD. Desarrollo Humano en Chile. Más sociedad para gobernar el futuro. Santiago; 2000.
7. Ministerio Secretaría General de Gobierno. Ley N° 20.500 Sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública [Versión electrónica]. 2011.
8. Gabinete Presidencial. Instructivo Presidencial para la participación ciudadana en la gestión pública [Versión electrónica]. 2014.
9. Ministerio de Salud. Norma General de Participación Ciudadana en la gestión pública de Salud [Internet]. Resolución excenta N° 31, del 19 de enero del 2015 Chile; 2015. [Consultado en julio de 2018] Disponible en: <http://participacion-ciudadana.fonasa.cl/sites/default/files/archivos/Untitled001%282%29.pdf>
10. Ministerio de Salud. Constituye el Consejo Nacional de Participación de la Sociedad Civil del Ministerio de Salud. Resolución Exente N°1065, del 13 de septiembre de 2016 Chile; 2016.
11. Ministerio de Salud. Constituye Comité Sectorial de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud. Resolución Exenta N° 457, del 12 de agosto del 2015 2015.
12. Ministerio de Desarrollo Social. Programas Participación. Banco Integrado de Programas Sociales. 2018.
13. Ministerio de Salud. Construcción de Ciudadanía en Salud. Experiencias regionales de participación 2014-2016. Cancino A, Froimovich K, Faúndez R, editores. Santiago: División de Políticas Públicas Saludables y Promoción. Subsecretaría de Salud Pública.; 2016.
14. OMS. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud [Internet]. 2008. [Consultado en julio de 2018] Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/)
15. OPS/OMS. Impulsar el enfoque de la Salud en Todas las Políticas en las Américas: ¿Cuál es la función del sector de la salud? Breve guía y recomendaciones para promover la colaboración intersectorial [Internet]. Washington; 2015. [Consultado en julio de 2018] Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/hiap-Brief-Guide-and-Recommendations-SPA.pdf>
16. PNUD. Desarrollo Humano en Chile Los tiempos de la politización. Santiago; 2015.
17. Ministerio de Salud. Orientaciones Técnicas Diálogos Ciudadanos 2017. Chile; 2017.
18. Ministerio de Salud. Política de Salud de Migrantes Internacionales en Chile [Internet]. Chile; 2017. [Consultado en julio de 2018]

9 Resultan de interés las reflexiones que ha instalado el PNUD en los últimos años, en torno a la nueva forma de construcción de ciudadanía y de relación con lo público desde la sociedad civil, en que convive una irritación hacia la política y las instituciones tradicionales, pero una búsqueda por nuevas formas de participación y una demanda por mayor democratización (16).

Disponible en: <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/2018.01.22.POLITICA-DE-SALUD-DE-MIGRANTES.pdf>

19. Consejo Nacional de Participación Ciudadana y fortalecimiento de la Sociedad Civil. Informe Final: Estado de la participación ciudadana en Chile y propuestas de reforma a la Ley 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública [Versión electrónica]. 2017.

20. CLAD. Carta Iberoamericana de Participación Ciudadana en la Gestión Pública [Versión electrónica] [Internet]. Portugal: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo; 2009. [Consultado en julio de 2018] Disponible en: <http://old.clad.org/documentos/declaraciones/carta-iberoamericana-de-participacion-ciudadana/view>

21. González P. Ley 20.500 sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública ¿impulso a la participación o ilusión normativa? Una mirada desde los actores sociales y municipales de las comunas de El Bosque y Pedro Aguirre Cerda. Tesis para optar al grado. Universidad de Chile; 2014.

22. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 [Internet]. Chile; 2011. [Consultado en julio de 2018] Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>

# Enfoque de derechos en la práctica asistencial. Hospital Pediátrico Exequiel González Cortés

Hospital Dr. Exequiel González Cortés.  
The rights approach into health care.

Fernando González <sup>1</sup>

Bran Montiel <sup>2</sup>

Begoña Yarza <sup>3</sup>

Paulina Trujillo <sup>4</sup>

## RESUMEN

---

**Introducción.** En la práctica diaria, se observa la falta de conocimiento sobre los derechos de la niñez y de la adolescencia por parte del equipo de salud, así como de los usuarios –pacientes y familia--. Esto se observa principalmente en la persistencia de actitudes paternalistas o tutelares hacia los niños, niñas y adolescentes que se atienden en los servicios. Como fue señalado en la primera publicación, la Convención sobre los Derechos del Niño funda un nuevo paradigma al considerar a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho.

**Objetivo.** Relatar la experiencia de la realización de un congreso participativo de niños, niñas y adolescentes, sobre los derechos de la niñez, destinada a la integración de su perspectiva en la práctica asistencial del Hospital Dr. Exequiel González Cortés.

**Metodología.** Se desarrollo un encuentro de niños niñas y adolescentes, en el que, bajo una encuesta semi-estructuradas, ajustada por edad, que abordó 3 dimensiones: atención, trato y reconocimiento como sujetos de derechos. Esta fue aplicada a grupos focales distribuidos según edad, se identificaron los derechos de mayor relevancia para ellos, así como los que presentan un mayor riesgo de ser –o son efectivamente- vulnerados en la atención en nuestro hospital.

**Resultados.** El NNA se reconoce como un sujeto de derecho, el cual requiere de un escenario para su óptimo desarrollo, un espacio donde poder interactuar y expresar con libertad su punto de vista frente al entorno donde se desarrolla como actor social. Por tanto, se debería concebir un hospital que promueve las interacciones y de reconstrucción del entorno donde se encuentra alojado. Posibilitando la realización de los NNA como sujetos de derecho en un lugar de inclusión. Como resultado del ejercicio de sistematización se llegaron a las siguientes apreciaciones en relación a las dimensiones analizadas: 1. Atención: buena actitud, el hospital siempre es una experiencia nueva; 2. trato: es importante el ser escuchados, recibir información médica. No ser tratados como niños chicos. Participar en los procesos; 3. sobre los derechos: a la recreación, la inclusión, el ser tomados en cuenta, estar con la familia y los amigos; aparecen como derechos más significantes en las producciones colectivas de los grupos.

**Conclusión.** Incorporar el enfoque de derechos implica un cambio de la cultura institucional. Esta experiencia invita a pensar en el desarrollo de estrategias de capacitación y sensibilización, que permitan a los funcionarios reflexionar y transformar prácticas que son invisibles en el mundo normalizado de los adultos. Se deberían desarrollar con más continuidad encuentros de participación de NNA donde se entreguen

---

Recibido el 7 de julio de 2018. Aceptado el 04 de octubre de 2018.

1 Médico. Jefe Unidad Medicina Física y Rehabilitación Afiliación. Hospital Dr. Exequiel González Cortés. Correspondencia a: fergonza@gmail.com

2 Sociólogo. Facultad de Cs. Sociales. Universidad de Chile.

3 Pediatra. Académica U. Diego Portales.

4 Psicóloga clínica. Unidad Chile Crece Contigo. Hospital Dr. Exequiel González Cortés.

opiniones y propuestas de mejoramiento o cambio de las prácticas en tanto hospital como de usuarios o pacientes, entendiendo esto como procesos de aprendizaje mutuo. La incorporación de la perspectiva de los NNA sobre los derechos de la niñez relacionadas a la atención hospitalaria contribuirá al logro del reconocimiento de los NNA como sujetos de derecho.

**Palabras clave:** *derechos del niño, salud, participación*

## ABSTRACT

---

**Introduction.** In daily practice, there is a lack of knowledge about the rights of children and adolescents by the health team, as well as the users - patients and family -. This is mainly observed in the persistence of paternalistic or protective attitudes towards the children and adolescents who attend to the services. As indicated in the first publication, the Convention on the Rights of the Child founds a new paradigm when considering children and adolescents as subjects of rights.

**Objective.** To report the experience of the realization of a participative congress of children and adolescents, on the rights of the children, destined to the integration of their perspective in the assistance practice of the Dr. Exequiel González Cortés Hospital.

**Methodology.** An encounter of children and adolescents was developed, in which, under a semi-structured survey, adjusted for age, which consists of 3 dimensions: care, treatment and recognition as subjects of rights. This was applied to focus groups formed by age, the rights that are most at risk - or are effectively - violated in the care at our hospital were identified.

**Results:** The child is recognized as a subject of rights, which requires a development scenario, a space where they can interact and express freely their point of view of the environment where they develop as a social actor. Therefore, a hospital for interaction and reconstruction of the environment where it is housed should be conceived. Enabling the realization of children and adolescents as subjects of law in a place of inclusion. Through the exercise of systematization, the following assessments were made in relation to the dimensions analyzed: 1. Attention: good attitude, the hospital is always a new experience; 2. treatment: it is important to be listened to, to receive medical information. Do not be treated like young children. Participate in the processes; 3. about rights: to recreation, inclusion, being taken into account, being with family and friends

seem like more significant rights in the collective productions of groups.

**Conclusion.** Incorporating the rights approach implies a change in the institutional culture. This experience invites us to think about the development of reeducation strategies that allow officials to reflect and transform practices that are invisible in the normalized world of adults. NNA participation meetings should be developed with more continuity where opinions and proposals for improvement or change of practices in both hospitals and users or patients are given, understanding this as mutual learning processes. The incorporation of the perspective of children and adolescents on the rights of children related to hospital care will contribute to the recognition of children and adolescents as subjects of rights.

**Key words:** *child rights, health, participation*

## INTRODUCCIÓN

---

**Introducción.** En la práctica diaria, se observa la falta de conocimiento sobre los derechos de la niñez y de la adolescencia por parte del equipo de salud, así como de los usuarios -pacientes y familia-. Esto se observa principalmente en la persistencia de actitudes paternalistas o tutelares hacia los niños, niñas y adolescentes (NNA) que se atienden en los servicios.

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) funda un nuevo paradigma al considerar a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho(1). Como refiere Schön, (*la CDN rompe con la concepción que considera a los NNA como objetos de tutela e intervención por parte del Estado, la sociedad y las familias, e instaura un nuevo ordenamiento entre las relaciones de los NNA, las instituciones, las familias y la comunidad*(2)). Por lo tanto, se instala un nuevo escenario sobre el que se deben construir las relaciones entre el Estado, la sociedad y los niños, niñas y adolescentes.

Los servicios asistenciales pediátricos conforman un espacio donde deben promoverse y protegerse los derechos de la niñez. Sin embargo, ni los mismos usuarios están al tanto de la vulneración de sus derechos. La participación de usuarios en la determinación de su salud, por medio de la incidencia en las decisiones tomadas por los prestadores y gestores de los dispositivos sanitarios ha tomado más fuerza en los últimos años, sin embargo, excepcionalmente se ha escuchado la opinión de los NNA en ella.

El Hospital de Niños Exequiel González Cortés, es un Establecimiento Asistencial Docente,

dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Sur, que fundamenta su quehacer en la satisfacción de las necesidades de Promoción, Prevención, Recuperación y Rehabilitación de la Salud de la población infantil y adolescente del área sur de la Región Metropolitana. Con equipos multidisciplinarios comprometidos, con el más alto nivel de excelencia profesional y tecnológico, en desarrollo permanente y trabajando en un ambiente grato, respetando los derechos de las personas e integrando a la familia, la comunidad y la red asistencial en los cuidados y tratamiento de los niños. Atiende a una población infantil de cerca de 300.000 NNA, en sus necesidades de salud de mediana y alta complejidad en tanto a que da cuenta de la atención del nivel secundario y terciario del servicio señalado. Su visión institucional, desarrollada de forma participativa en la planificación estratégica para los años 2015-2018, vincula todas sus actividades al *'compromiso irrenunciable de respetar y promover los derechos de los NNA en todas las acciones que como hospital realiza'*. En el marco de esta perspectiva se llevó a cabo el primer congreso de NNA "TODO DE NOSOTROS, CON NOSOTROS" el día 19 de noviembre del 2016, estrategia a través de la cual busca incorporar efectivamente su perspectiva en la práctica cotidiana.

El congreso participativo de NNA representa una acción reflexiva, crítica y curiosa por parte del hospital, para el cual esta capacidad de análisis le aporta sustancialmente en su crecimiento, posicionamiento dentro del campo asistencial, capacidad de pensamiento organizacional que podría significar una oportunidad de cambio que lo impulse cada vez más a desarrollar temáticas, culturas internas participativas sin dejar de lado la realidad social de su entorno.

El objetivo del presente trabajo es describir el proceso de integración del enfoque de derechos, por medio de la participación de NNA, en un hospital pediátrico de alta complejidad, y reflexionar sobre los alcances y los potenciales efectos transformadores de esta experiencia

## **MATERIAL Y MÉTODO**

### **Sobre el Hospital:**

El Hospital Pediátrico Dr. Exequiel González Cortés, situado en la comuna de San Miguel de la ciudad de Santiago de Chile, es un hospital de alta complejidad y se caracteriza por ser:

- Hospital de auto-gestionado en red.
- Referente nacional asistencial, de docencia e investigación.

- Centro formador de médicos, de especialidades y subespecialidades, profesionales y técnicos de la salud.

Los NNA asistidos provienen de 11 comunas correspondientes al servicio de salud metropolitano sur, y en algunos casos, en prestaciones específicas, como oncología y gran quemados, de otras regiones del país.

El perfil epidemiológico de los NNA de este territorio, de acuerdo a la encuesta CASEN 2015, se caracteriza por presentar indicadores sociodemográficos de alta vulnerabilidad social, lo que los posiciona como una población con indicadores de pobreza, bruto y multidimensional, por bajo el nivel nacional y regional, conteniendo a unas de las comunas más pobres del país. Además existen comunas de diversas condiciones de vivienda, desde ciudades con alto nivel de urbanismo, y otras con alto nivel de ruralidad(3,4).

Cuando se aborda la salud de los NNA desde una perspectiva de derechos, además de las perspectivas tradicionales, como la clínica-asistencial, epidemiológica, gestión, economía de la salud, política sanitaria, emergen nuevas dimensiones, entre ellas:

- Comunicación efectiva: Existen dificultades en la transmisión de información entre el equipo de salud, los NNA y sus familias, que se traduce muchas veces en actitudes discriminatorias, escasa participación de los NNA y frecuentes vulneraciones al respeto de la confidencialidad y privacidad.
- Interculturalidad y pertinencia, muchas veces no son tomados en consideración dentro del proceso de salud-enfermedad y la atención.
- Enfoque de derechos institucional y persona, habitualmente hay falta de capacitación y conocimiento del equipo de salud sobre derechos humanos en general y derechos de niñez y adolescencia en particular.

### **El congreso de Niñas, niños y adolescentes (NNA):**

En noviembre del 2016 se realizó el primer "Congreso de NNA: Todo de Nosotros con nosotros", con la intención de recoger la perspectiva de derechos desde los propios protagonistas. Como se ha mencionado, el congreso, como hecho participativo e inclusivo, tiene por objeto conocer cómo se puede avanzar en el trato, en la atención, y en el reconocimiento de los derechos, desde la perspectiva de los participantes (NNA).

Al considerar a los niños y niñas como sujetos incompletos, pasivos y dependientes de las

decisiones de los adultos, la CDN empuja hacia un cambio jurídico pero también cultural, donde se reconozca al NNA como persona con plenos derechos, activo, transformador de su propia historia, donde sus intereses puedan ser escuchados(5). Con esta precisión se explicita que los NNA son protagonistas de su propio desarrollo, y poseen derechos reconocidos por la Constitución Política de la República, y por los tratados internacionales reconocidos por Chile, explicitados en la *“Política Nacional de niñez y adolescencia 2015-2025”*. Esta noción de sujetos de derecho, conlleva directamente a garantizar que: *“Todas y todos los niños, niñas y adolescentes somos sujetos especiales de derecho para el país y para el mundo, y toda acción deberá apuntar a garantizar estos derechos sin importar nuestra nacionalidad, clase social o edad”*(5).

El reconocimiento de los NNA como sujetos de derecho, empoderado de ello, encarna la acción inclusiva que permitió desde el hospital, como un actor que vehiculiza, gestiona y permite ese empoderamiento, aun cuando este se encuentra en un campo de trabajo que se focaliza en solucionar aspectos concretos de la salud infantil.

Las líneas de base estratégicas, señaladas en el estudio que realizado por el Consejo Nacional de la Infancia, sentan las bases de la situación de los derechos de NNA en Chile corresponden a:

- Salud Integral y Bienestar, entendida en un sentido amplio y como las condiciones necesarias para el pleno desarrollo físico, mental y social a lo largo del curso de vida.
- Protección, reparación y restitución de derechos, en que se requieren condiciones específicas para el ejercicio de derechos y para vivir en entornos libres de violencia
- Familia y comunidad, en que éstas están unidas en su misión de garantizar el ejercicio de los derechos como NNA y que tienen roles diferentes.
- Participación, como libertad de opinar e incidir, se entiende que es necesario ejercer estas facultades de acuerdo a cada edad (evolución de facultades) en la vida social, familiar, comunitaria, cívica y social. (5)

La participación, según Roger Hart(6), se observa en la capacidad que se le puede brindar a NNA de expresar sus decisiones, que sean aceptadas y reconocidas por el entorno social y que pueden incidir no solo en su vida misma sino también en la vida de la comunidad donde viven.

La identidad conceptualmente es abordada como una acción que se encarna en la posibilidad de realización de un individuo, las que se expresan

en todos los aprendizajes incorporados e internalizados en los contextos, ambientes o escenarios donde un individuo se estructura como tal (7). En el caso de los NNA no se le considera su opinión o deseo particular al estar en determinados lugares donde se les asigna, estando supeditadas a decisiones y autoridades del mundo adulto (8).

Los lineamientos mencionados, posibilitaron el trabajo analítico de las opiniones, dibujos y contenidos que los participantes compartieron en la experiencia del congreso. También permitió preguntarnos, si existen instituciones de salud que faciliten la experiencia participativa de NNA, sin ser discriminados, invisibilizados o mal tratados desde el mundo del adulto.

## **METODOLOGÍA**

---

El presente es un estudio cualitativo de tipo descriptivo etnográfico, que busca dar respuesta a la pregunta: ¿De qué manera, los NNA, perciben los derechos de la niñez en el ámbito de la atención hospitalaria? Esta se llevo a cabo por medio de la aplicación de entrevistas semi-estructuradas ajustadas para cada grupo focal que constó de 3 dimensiones: atención, trato y reconocimiento como sujetos de derechos. La información fue registrada por sistematizadores y grabadas para su análisis.

La metodología implementada consideró tres momentos de desarrollo para generar un espacio de confianza y participativo con todos y todas las asistentes. En el trabajo de grupo inicialmente se realizó un juego participativo sobre el reconocimiento de los derechos fundamentales de la niñez y la lectura de un cuento inclusivo que llevó como premisa “imaginando nuestro hospital”. Posteriormente se consulta sobre las percepciones de los NNA en relación al trato, la atención y su reconocimiento como sujetos de derechos desde su mundo infantil.

Los participantes constituyen una muestra intencionada de NNA, que busca la mayor representatividad del discurso y de los significados. Los criterios de inclusión fueron haber sido atendido por en el Hospital Dr. Exequiel González Cortés en el último año, tener entre 4 y 14 años. Se construyen perfiles de acuerdo a las edades: preescolares (4-6 años), escolares (7-10 años), adolescentes (11- 14 años).

La metodología de análisis se desarrolló desde la noción de saturación de información donde se revisó todo lo sistematizado y se dejaron los contenidos más significativos y que nos permitieron

conocer sobre la opinión de los NNA desde la experiencia participativa (Strauss, Anselm Y Corbin. 2002 y Vallés. 1998). (Ver anexo 2 y 3 pauta de sistematización y manual de trabajo).

## RESULTADOS

Se contó con la participación de 41 NNA (10 preescolares, 17 escolares y 14 adolescentes) los cuales se dividieron en 7 grupos de trabajo. A partir de la información recogida, se elaboran clusters temáticos que se presentan con frases y opiniones de los NNA, presentadas a continuación:

1. Al hablar de derechos, para los NNA el derecho fue expresado desde su necesidad de ser escuchados y ser parte de los procesos que se llevan a cabo en el hospital.

*Derecho a ser escuchado, Todos podemos estudiar, Hay que respetarnos, A jugar, descansar y hacer deportes. ... a ser escuchado y que nuestra experiencia sea tomada en cuenta.*

2. Existe un identidad infantil particular, la cual se estructura y se reestructura según lo sucesos y los cambios que los NNA van viviendo en el recorrido de la vida y en su experiencia con el hospital (8). Si bien, en el proceso de edificación de la personalidad, en la edad más primaria, se internalizan saberes familiares, y en un segundo momento se incorporan saberes de un medio más amplio, este escenario nos pondría en un lugar donde la construcción social de la realidad es un hecho dinámico que el NNA va estructurando desde su experiencia misma(7). Las siguientes opiniones de NNA podrían demostrar un mundo de realidades construidas y con voces que reconocen su existencia como individuos reales: *"Derecho a la vida". "(la) Cultura es importante, conocer las particularidades de cada uno". "A la educación porque es clave para el desarrollo". "Derecho a la participación, ambiente familiar". "Educación: A veces se enojan cuando se portan mal (papás) si digo algo malo, mi mamá se puede sentir mal". "Es importante que se si uno se cae el otro tiene que ayudar". "Palabras en vez de pegarnos. No hagan bullying". "Opinión de todos vale". "No dejar jugar por ser lugar de alguien". "Si nos maltratan nos pueden hacer heridas y podemos llamar a Carabineros". "Todos deben ser escuchados por igual, da lo mismo el idioma..." "Derecho a respetarse, la educación es importante". "Si se sienten escuchados por las tías". "Si a alguien lo maltratan, yo lo ayudaría". "El derecho a jugar". "El derecho a educarse y a que sus papás los traten bien". "Derecho a ser escuchados, la gente tiene que respetar a los que estén hablando". "La salud tiene que ver con ser feliz consigo mismo y con el respeto a la salud de los demás".*

3. Al consultar sobre la experiencia de estar en un hospital se encontró que existen, por un lado, percepciones o emocionalidad de temor frente a procedimientos rutinarios como el "Miedo a las agujas", como también conciencia de los tiempos de espera al referirse a "Atención más rápida" y a expectativa de mejoría *"El hospital es para que uno se mejore"*.

4. El sentirse *"Aburrido al estar en cama"* orienta la siguiente pregunta ¿Qué actividades realizan NNA según sus posibilidades de salud, mientras están en el proceso de recuperación dentro del hospital? Para responder a la pregunta se extraen los siguientes contenidos donde los NNA sugieren que: *"Que existieran más posibilidades de hacer cosas con niños". "Más sillas de hospitalización". "Es importante que haya muchos enchufes, wifi, ventanas". "Lápices y hojas para poder dibujar, sopas de letras, ajedrez gigante"*. También hay opiniones críticas y directas como por ejemplo: *"No le gusta el hospital porque no hay juguetes"*.

5. Los NNA como sujetos de derecho y entendiéndolos en su posibilidad de ser individuos empoderados en tal sentido, nos sugieren inicialmente al mundo hospitalario lo siguiente: *"Es importante que el doctor sea divertido y cercano al paciente". "Que sea sincero al decir las cosas, no solo a los padres, sino que también al paciente". "Las enfermeras deberían ser más cercanas". "Buena la atención". "Yo creo que si voy al hospital me sentiría mejor, me gusta porque me hace sentir mejor". "Encuentro con otros niños". "Estar en familia en el hospital". "Derecho a ser escuchados". "Ser respetados, a la familia. "Derecho a familia. "Que nos escuchen". "Derechos principalmente el de la opinión"*. Lo que podría estar fundado en un reconocimiento de sus derechos más significativos.

Al opinar frente a qué cosas se deberían incorporar en la atención, emergen proposiciones como: *"Les gustaría que pasara gente contando cuentos". "El medico conocerlo genera confianza". "Un lugar donde expresar su arte". "Juegos". "Más entretenido, no encerrados". "La pared que hubiera dibujos para que uno se entretenga". "Entretengan: cuentos, muñecos"*.

Finalmente, sobre el empoderamiento, ellos también reconocen que *"Si en el hospital me maltratan, le diría al jefe para que lo echen"*. Esto último nos permite pensar que existe un escenario donde los NNA encarnan una identidad, una opinión y la posibilidad de realizarse en todas sus posibilidades (reflexiones, críticas, opiniones positivas/negativas) como individuos empoderados de sus derechos.

6. Sobre las condiciones materiales o espacios físicos donde son atendidos los NNA, que se

relacionan directamente con las emocionalidades de bienestar, señalan: “Buen trato, cuidadosos y cariñosos”. “Ser protegidos”. “Estar con los padres”. “Estar en familia”. “Que dejen traer lápices para dibujar”. “Que se cumplan Todos los Derechos”. “Dicen que si está mal o se sienten tristes uno puede pedir un abrazo al doctor”. “Poder escoger comida”. “Que hubiera harta luz”.

## Anexo 1



Como se puede observar el dibujo (anexo 1) nos ilustra un escenario constituido por elementos del cotidiano donde viven los participantes. Es importante destacar, que considera los distintos actores que pertenecen al entorno de la organización y a la posibilidad de ser un lugar en la realidad de los NNA “Que sea lindo”. La puerta de entrada en proporción al tamaño del edificio denota que su visión de la infraestructura devendría en algo grande en su interior. Lo anterior se apoya y se expresa en las siguientes palabras: *(esperamos que en el hospital nuevo hayan...)* “piezas más grandes, más espacio”. “Colores más vivos del hospital (amarillo, naranja, azul, rosado, rojo)”. “Que la parte de los niños este en el primer piso”. “Tendría que estar en el primer piso para no pasar por todos los enfermos por los microbios y para no pasar por las escaleras porque tengo artritis”. “Patio grande para jugar”. “Idea de que haya una biblioteca grande para los niños”.

Hay una serie de aspectos que se relacionan con la construcción de un lugar que incorpore la visión, percepción, participación y opinión de quienes habitarían tal lugar. Aspectos como la entretención mientras esperan, juegos de mesa, televisión, dibujos en paredes, lugares para rayar e intervenir los lugares podrían ser parte de un lugar construido con ellos y para ellos: “Cuando los niños estén hospitalizados que le puedan llevar sus libros”. “Aprender a cuidarte”. “Que haya baños para niños”. “Espacios grandes pensando en niños”. “Sería importante que tengan juguetes para hacer más amena la espera y

colorido para que sea más acogedor y alegre”. “Que tuvieran stickers de cars”. “Música en la sala de espera”. “Cancha para jugar futbol”.

7. El uso de expresiones como el ser escuchado, propone estar alerta a lo implicativo que debe ser la atención con los NNA. Por tanto las siguientes frases proporcionan significativamente el camino reflexivo y crítico frente a las necesidades más prioritarias que los NNA perciben como relevantes en la actualidad: “Quieren una atención más cercana, con estímulos para ir a consultar”. “Esperan un hospital con gente cariñosa, buena y simpática”. “Se destaca la importancia de tener a su familia cerca”. “Los derechos que se explicitan son el del no maltrato (gente amable que les atiendan) y de poder ir al médico y a la familia (que acompañen)”. “Que te dejen jugar, descansar y hacer deportes”. “Hospitalizarse permite interactuar con otros niños”. “A ser escuchados”. “Ser tratado bien”. “A participar. Aprender a vivir en familia, a la educación, son importantes”.

8. El trato, por parte del equipo de salud en la atención, según los NNA, más sensible, delicado, concreto, incluso son más significativos que un trato rígido, serio o sobre infantilizado como lo sugieren en la siguiente oración “Les gustaría un tratamiento menos serio”. También se amplía en los siguientes enunciados; “Médicos divertidos y cercanos”. “Enfermeras que conversen, son muy serias”. En el caso de un trato ideal para ellos, se revela la posibilidad de participación e inclusión en ese trato: “Que los médicos les hablen más a ellos”. “Amables, simpáticos, que sean cercanos, que no estén tan distantes”. “Que nos tomen en cuenta”. “Que sean divertidos”. “Que me digan las cosas como son”. “Que me trataran bien, que me pregunten cosas, porque le preguntan a la mamá y si ella no sabe le preguntan al niño”. “Que me pregunten a mí”. “Enfermeras que conversen”. “Enfermeras trataran bien”. “Que las enfermeras sean buenas personas”. “Que las enfermeras me dejen disfrutar”. “Que sean buenas”. “Que nos dejen disfrutar”.

Dentro del ejercicio de sistematización el equipo metodológico realizó el ejercicio de análisis previo y se llegaron las siguientes apreciaciones categorizada en los tres clusters referidos:

- En relación a la atención: Buena Actitud, el hospital siempre es una experiencia nueva. A la vez se percibe ansiedad y temor en las imágenes proyectadas en los dibujos.
- En relación al trato: es importante el ser escuchados, recibir información médica. No ser tratados como niños chicos. Participar en los procesos.
- Sobre los derechos: a la recreación, la inclusión, el ser tomados en cuenta, estar con la

familia y los amigos a parecen como derechos más significantes en las producciones colectivas de los grupos.

## CONCLUSIONES

---

El NNA se reconoce como un sujeto de derecho, el cual requiere de un escenario de desarrollo, un espacio donde poder interactuar y expresar con libertad su punto de vista del entorno donde se desarrolla como actor social. El hospital debería ser un territorio que posibilite la realización de los NNA como sujetos de derecho en un lugar de inclusión.

En relación a la información recogida, cabe preguntarse: ¿El hospital es en la actualidad un espacio humanizador de las prácticas médicas en relación a sus pacientes? ¿Se considera como practica permanente la sensibilización emocional como proceso fundante del trato y la atención con NNA, más allá de ser una responsabilidad o una obligación racional de un hospital infantil? Y ¿Se podría estructurar metodologías participativas dentro del hospital que propicien una reflexión permanente de todos y todas las personas que tienen un trato, contacto directo e indirecto con los NNA?

A modo de reflexión final, e intentando dar respuesta a las preguntas, se proponen las siguientes conclusiones a modo de rutas a seguir:

- El primer congreso participativo e inclusivo de NNA “TODO DE NOSOTROS, CON NOSOTROS” constituye un punto de partida muy importante para conocer sobre las necesidades reales que los NNA ven prioritarias a solucionar frente a tres ejes fundamentales como son el trato, atención y ser considerados como sujetos de derecho.

- El trato debería incorporar procesos de transformación que busquen humanizar las condiciones de relación entre el equipo de salud y los pacientes. Se trata, de reflexionar sobre la distancia real que puede existir entre lo que se realiza bajo nociones de eficiencia/eficacia de un trabajo condicionado por un campo biomédico y las practicas con las que se presentan frente a los NNA.

- Sobre la atención, la comunicación más simplificada, adaptada y sensible a la realidad de los NNA, podría ser una forma inicial que beneficiaría a todos los involucrados. Se debe reconocer que el proceso de gestión de una comunicación más integradora, implica todo un tratamiento de ‘des-normalización’ de las relaciones de comunicación ya establecidas con quienes se comunica.

- En relación al reconocimiento de los NNA como sujetos de derecho, actores empoderados, se podría señalar que el ejercicio de consulta, investigación y disposición para el desarrollo del congreso en términos generales nos propone en particular que la institución se piense como facilitadora del desarrollo de la participación de los NNA. Donde ellos hacen parte del hospital en su calidad de pacientes/usuarios o visitantes. Por tanto, al hospital se le demanda la incorporación de espacios comunes amplios, revisión de políticas internas de visitas, horarios y normas de funcionamiento, lo que constituye un escenario facilitador de la emergencia de los NNA como sujetos de derecho.

- Pensando en el futuro, se podría pensar en el desarrollo de estrategias de capacitación y sensibilización que permitan a los funcionarios reflexionar y transformar prácticas que son, en ocasiones, invisibles en el mundo normalizado de los adultos. Si bien son aspectos rutinarios en un cotidiano de adultos en relación con NNA, cabe preguntarse ¿Si se posibilitan las condiciones para que los NNA den sus opiniones, actuaciones y presencias en todo contexto, comprendiendo que son ellos a los que se cuida, se protege y sana?

- En la participación infantil se deberían desarrollar con más continuidad encuentros de participación de NNA donde se entreguen opiniones y propuestas de mejoramiento o cambio de las prácticas en tanto hospital como de usuarios o pacientes, entendiendo esto como procesos de aprendizaje mutuo. La complejidad emergente en la comunicación entre el mundo del adulto y el mundo de los NNA aparece como una oportunidad de cambio que propone el congreso como experiencia vívida. Pues si existe un entendido de un hospital que fomenta el buen trato, la buena atención y trabaja en la generación de espacios que permiten el desarrollo de ellos, como verdaderos sujetos de derecho, también nos invita a reflexionar sobre qué tipo de acciones concretas y reales se deben adelantar para la construcción de un clima socio-hospitalario que visibilice por un lado a los NNA como actores y que por otro incorpore las necesidades que ellos quieren cubrir.

- Esta experiencia pionera constituye una buena práctica en tanto ofrece a los NNA una oportunidad de participación como protagonistas, es fácilmente replicable y necesaria, y por tanto una invitación a materializar con acciones concretas la garantía del derecho de los niños y niñas a opinar, a exigir sus derechos y a desarrollar progresivamente su autonomía. Cabe mencionar que

según lo descrito en el Cuarto Informe Infancia Cuenta en Chile 2016, del Observatorio de Niñez y Adolescencia, Chile no cuenta con información sistematizada desde los servicios públicos sobre participación de niños y niñas en instancias que los afecten, lo que resulta urgente si se considera que este tema se mantiene como un nudo crítico para las políticas de estado y las instituciones, a pesar de que según la consulta nacional “Yo Opino, es mi derecho” uno de los derechos más interpelados por los niños es el derecho a la expresar la opinión en los asuntos que los afecten, a ser considerados como personas competentes, poseedores de una opinión válida que merece ser escuchada(9).

## REFERENCIAS

1. Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. Resolución 44/25, 20 noviembre 1989 [Internet]. 1989 [Consultado en junio de 2018] Disponible en: <http://www.unicef.org/ecuador/convenccion%285%29.pdf>
2. Schön A, Hammermüller E, Di Tommaso V, Bagari G. La Convención sobre los Derechos del Niño en Acción : Experiencia del Hospital “ Prof . Dr . Juan P . Garrahan ” en la integración del enfoque de derechos en las prácticas del equipo de salud. 2015;113(3):269–75.
3. Ministerio de Desarrollo Social. Estimaciones de la pobreza por ingresos y multidimensional en comunas con representatividad. 2016;26. [Consultado en julio de 2018] Disponible en: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/estimacion\\_pobreza\\_ingreso\\_multidimensional\\_comunal.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/estimacion_pobreza_ingreso_multidimensional_comunal.pdf)
4. Social MDD. Situación de la Pobreza en Chile. 2016;
5. Consejo Nacional de la Infancia. Establecimiento de línea base de la situación de los derechos de niños, niñas y adolescentes en Chile. 2016;1–190. [Consultado en julio de 2018] Disponible en: <http://observatorioninez.consejoinfancia.gob.cl/wp-content/uploads/2016/12/Informe-Linea-Base-Derechos-NNA.pdf>
6. Hart R a. Children’s Participation: from Tokenism to Citizenship [Internet]. Vol. 4, Unicef: Innocenti Essays. 1992. 1-39 p. [Consultado en junio de 2018] Disponible en: [http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/childrens\\_participation.pdf](http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/childrens_participation.pdf)
7. Berger PL, Luckmann YT. Construcción Social de la Realidad. 1968;183.
8. Contreras CG, Pérez AJ. Participación invisible: niñez y prácticas participativas emergentes. Rev Latinoam Ciencias Soc Niñez y Juv [Internet]. 2011;9(2):811–25. Available from: <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/475/267>
9. Díaz D., Santibáñez D., Cortés A., Raczyński G., Contreras, N, Bozo N. Infancia cuenta en Chile 2016: Cuarto Informe Observatorio Niñez y Adolescencia. Santiago, Chile. 2016.

# Participación: de la academia a la gestión

Participation: from the academy to management

Antonio Infante <sup>1</sup>  
Sebastián Moller <sup>2</sup>

**E**n este artículo hemos querido recoger la experiencia de Alejandro Escobar, un académico que coordinó un importante Programa de Intervención Comunitaria en la Universidad de las Américas (UDLA) y hoy ejerce el cargo de director del Departamento de Salud de la Corporación Municipal de Valparaíso. Quisimos conocer hasta qué punto una experiencia académica puede transformarse en una política pública a nivel municipal y cuáles son las principales dificultades y desafíos de ese proceso. Para eso lo entrevistamos junto con su equipo. (Alejandro Escobar, antropólogo, Director de Salud; Leandro Poblete, administrador público, subdirector de Participación y Promoción y Marco Fernández, subdirector de desarrollo económico).

## 1. Como fue tu experiencia en la UDLA como coordinador académico del programa de intervención comunitaria?

El programa de intervención comunitaria nace el año 2010 a partir de la visión del decano de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de las Américas (UDLA), por incorporar dentro de un proceso mayor de reforma curricular, un componente de formación comunitaria territorial con foco en la APS. En este marco formé parte del equipo que diseñó el programa, liderado por Francisca Infante y el Dr. Hernán Sandoval como decano de Ciencias de la Salud.

El programa de intervención comunitaria consideró tres componentes: uno académico, otro territorial y el de investigación, articulando los procesos formativos del curriculum con las necesidades barriales de 6 comunas del país, articulados en el observatorio de intervención comunitaria que por un lado desarrolla un sistema de seguimiento y acompañamiento al proceso de implementación y por otro incorpora líneas de investigación propias en la materia.

En este contexto asumí la responsabilidad del diseño e implementación del componente académico que derivó en que asumiera por cerca de tres años como director de la escuela de salud comunitaria de la facultad de ciencias de la salud de la UDLA.

Fue una experiencia interesante, desafiante y muy innovadora. Logramos incorporar de manera práctica estrategias de enseñanza aprendizaje de carácter situado, incorporar elementos transversales de formación ética, de salud pública y comunitaria con un enfoque barrial que apuntaba a la formación de profesionales para la APS con un enfoque transformador y basado en la equidad en salud<sup>3</sup>.

## 2. Qué elementos rescatas de esta propuesta académica para la APS?

En primer lugar rescato la contribución al perfil de egreso de los profesionales de la salud, orientados a mejorar las principales debilidades señaladas por los usuarios del sistema público. Es decir a contribuir con una mirada ético comunitarista y no deontológica de la salud, a entregar herramientas metodológicas para trabajar con comunidades, a entregar elementos conceptuales que amplían la mirada hegemónica biomédica y que incorporan las nociones de salud colectiva, determinantes sociales y equidad en salud y que ponen el acento en una mirada salutogénica más que patogénica.

En un ámbito más formativo entrega herramientas para la comprensión del modelo de salud familiar y

---

Recibido el 31 de julio de 2018. Aceptado el 4 de octubre de 2018.

1 Médico Salubrista. Correspondencia a: ainfantebarros@gmail.com

2 Sociólogo. Doctorante en Ciencias Políticas y Sociales, Universidad católica de Lovaina, Lovaina la Nueva, Bélgica. Correspondencia a: sebastian.moller.z@gmail.com

3 Sandoval H y Cols: Intervención Comunitaria: una colaboración entre universidad, organizaciones sociales y municipios. Fac. de Ciencias de la Salud y Fac. de Ciencias Sociales UDLA, Nov 2014.

comunitario, vinculando los procesos de aprendizaje con las necesidades del barrio y los procesos de desarrollo de las comunidades que los habitan.

A nivel de investigación el observatorio permitía conocer directamente de los determinantes sociales de cada barrio y de los procesos de intervención diseñados entre los vecinos y los estudiantes, permitiendo una relación cercana desde el primer año hasta los procesos de práctica profesional. Esto ayudó mucho a las direcciones de salud y DIDECO de los municipios para poder mejorar sus políticas y en particular las de promoción y participación

### **3. Visto en perspectiva y ahora como director de salud de la alcaldía ciudadana de Valparaíso, ¿qué elementos te han sido de utilidad para vuestro proyecto de salud?**

En primer lugar me permitió comprender el lugar estratégico que cumplen los gobiernos locales y los barrios en la producción de salud y obviamente por mi experiencia académica el enorme potencial que cumplen las universidades tanto en lo formativo como en la vinculación con el medio social y no sólo laboral basado sólo en la lógica de campos clínicos. En este sentido para dirección del área de salud el saber de las universidades, el de las comunidades y del gobierno local pasan a constituir una inteligencia colectiva necesaria para producir una nueva ciudad para los porteños, es decir para producir bienestar a través de la salud.

Lo anterior se ha traducido de manera práctica en nuestro proceso de planificación que consideró el levantamiento de información entre estudiantes y vecinos en los territorios de Valparaíso en materia de salud, en la implementación de procesos formativos y de intervención en población adulto mayor, en la incorporación de tecnologías en los procesos de gestión asistencial, así como en la necesaria reflexión del quehacer en salud.

Desde el punto de vista metodológico rescato de la propuesta que diseñamos del programa de intervención comunitaria muchos aspectos que permiten realizar procesos sinérgicos entre las necesidades de las comunidades y las posibilidades de concretarlas sin reproducir lógicas clientelares o sobre burocratizadas.

Finalmente el aporte de los estudiantes que constituyen un aliado histórico en los procesos de cambio y que en este caso nos permiten establecer una comunión entre el aprendizaje y la sociopraxis que impulsamos localmente en los proyectos de salud barrial.

### **4. Qué aspectos relevas como los más importantes del proyecto de salud de**

### **Valparaíso?**

En primer lugar destacar que nuestro proyecto se basa en una concepción de salud colectiva que entiende el impacto de los determinantes sociales y la inequidad en salud de la población, que se inspira en una ética comunitarista y lo moviliza una visión económica cooperativista y solidaria. Contempla e incorpora la innovación intentando poner en común el bienestar y la producción de salud. Se basa en una noción salutogénica y no patogénica poniendo en el centro el ejercicio de deberes y derechos de los ciudadanos a la salud y a los CESFAM como agentes productores de salud, y no como meros administradores de la morbilidad.

Desde el punto de vista operativo, el Proyecto se traduce en gran medida en nuestro plan de salud 2018-2020, con el propósito de contribuir a mejorar las condiciones de vida y bienestar social de los habitantes de Valparaíso, a través de la entrega de cuidados integrales de calidad y la participación de la ciudadanía en la producción de salud. Del plan podemos destacar al menos 4 grandes ámbitos de intervención.

En lo relativo a la gestión técnica nos propusimos el desarrollo de estrategias innovadoras y transversales para abordar la salud en adolescentes, jóvenes y adultos mayores; el refuerzo del trabajo a nivel de salud familiar y la incorporación de sistemas de gestión en cada uno de los CESFAM. Todo ello orientado al impacto epidemiológico y no sólo al logro de las metas, bajo una metodología de mejora continua. Énfasis del uso de oportunidades para brindar mayor resolutivez en la demanda clásica de atención de salud, repensando los modelos de servicios para mayor cobertura.

En materia de desarrollo económico nos propusimos el desarrollo de iniciativas económicas cogestionadas con la ciudadanía a través de la creación de una red de farmacias populares, ópticas populares, sillones dentales, podología y un laboratorio municipal. Esperando contribuir a la disminución del gasto de bolsillo en salud, sobre todo en adultos mayores.

En materia de participación en salud nos planteamos como desafío el diseño de una estrategia basada en el principio de la cogestión o corresponsabilidad en la producción de salud. En cuanto a promoción de la salud nos proponemos avanzar en materia de alimentación saludable y actividad física intentando avanzar no sólo en las conductas individuales sino en los factores del entorno, siendo la educación y formación de agentes comunitarios una de las principales apuestas.

En materia de salud mental asumimos el desafío de diseñar una estrategia integral que aborde el nivel comunitario como un pilar fundamental de ésta, con el propósito de despatologizarla.

En cuanto a la alianzas estratégicas hemos avanzado en el trabajo colaborativo con las organizaciones sociales, sindicales, algunas empresas emergentes en el ámbito informático, nuestros propios departamentos como lo son Deportes y Educación y con las Universidades de la región. Todas ellas basadas en el principio de la colaboración para la resolución o abordaje de las necesidades de las comunidades en materia de salud.

### **5. Cuáles son los principales avances y desafíos del área de salud?**

A ya cerca dos años de gestión podemos señalar algunos avances en materia de gestión. En lo técnico avanzamos en el diseño de una estrategia de salud joven basada en acciones de consejería y educación sexual, salud mental. Una estrategia para el adulto mayor que contempla la coordinación de los programas y servicios ya existentes con la implementación del proyecto GEROPOLIS en los 12 CESFAM de la comuna. Un sistema de planificación de la gestión de los CESFAM diseñado y en proceso de implementación. Y destacando el diseño e implementación de la estrategia de lactancia materna en los CESFAM, Comunidad y locales comerciales de Valparaíso. Estos últimos capacitados y certificados como lugares amigos de la lactancia materna.

En materia de desarrollo económico hemos avanzado en la conformación de una red de farmacias populares, una óptica popular y la licitación de un laboratorio clínico, impactando directamente en la reducción en el gasto de bolsillo de los usuarios. El diseño de servicios mixtos, en donde las prestaciones percapitadas y los servicios populares se complementan. Bajo este modelo se encuentra en etapa de habilitación una unidad de otorrinología de atención primaria para la comuna de Valparaíso.

En materia de participación destacar la realización en conjunto con la Universidad de Valparaíso de la primera encuesta territorial en salud, que contempló la aplicación de 1074 encuestas en la comuna. El diseño de una estrategia de participación que ha logrado a la fecha el apoyo en el diseño y ejecución de 12 iniciativas barriales,

la conformación de 6 mesas de trabajo conjunta entre trabajadores, consejos locales de salud y directivos para enfrentar déficit en materia de infraestructura diseñando proyectos de mejora y cuidado de los Cesfam más críticos, la conformación de grupos de apoyo en materia de salud mental y lactancia materna. Y la promoción y apoyo a la constitución de comités de usuarios de las farmacias populares en al menos tres localidades de la comuna.

En materia tecnológica establecimos alianzas con universidades y empresas emergentes para la implementación de tres experiencias piloto, basadas en el uso de apps para mejorar la resolutivez en materia de atención general, salud mental y agendamiento de horas.

En el ámbito de las comunicaciones hemos desarrollado una estrategia que dirige sus mensajes directamente a la ciudadanía informando e involucrando a la comunidad en diversas campañas, destacando logros en materia de aumento de población inscrita y coberturas de vacunación.

En lo que respecta a los desafíos sin duda el tema económico ha sido el gran tema. La precariedad de la infraestructura pública en salud y el sobreendeudamiento en el que recibimos la institución, siguen siendo un obstáculo para poder avanzar más y mejor. No obstante ello hemos resignificado las dificultades en oportunidades de avance, hemos centrado el foco no en el gasto, sino en la inversión, en la producción de salud.

Creemos que la manera en como producimos salud es la que nos permitirá contribuir a los cambios culturales, sociales, políticos y económicos en salud. Y eso no lo podemos hacer solos. Hoy los gobiernos locales presentan una tremenda oportunidad para iniciar procesos de cambio en las políticas públicas y en particular en salud. La política debe nacer desde las comunidades y por tanto los gobiernos y sus políticas deben ponerse al servicio de éstas y las comunidades activarse en función de sus necesidades y condiciones de vida muchas veces injustas y desiguales. Es el necesario ejercicio de soberanía lo que hay que recuperar en materia de salud, para repensarla desde una perspectiva democrática, participativa, solidaria y comunitarista. En otras palabras para generar las condiciones de posibilidad de una nueva reforma a la salud pública en nuestro país.



# Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario y su eje transversal de Participación Ciudadana

## Integral Model of Family and Community Health and its transversal axis of Citizen Participation

Priscila Ahumada <sup>1</sup>

En medio de un contexto histórico adverso que pretendía borrar un sistema construido desde lo comunitario, surge “el Modelo de Salud Familiar en Chile en un contexto histórico de crisis y descontento en los Consultorios, junto con la Medicina Familiar en Chile” (1). El proceso histórico, cómplice de generar una sociedad fragmentada, no sólo se visualiza en las comunidades sino también en el sistema de salud, que concibe al paciente como un ser individual, centrado en otro modelo, el Modelo Biomédico “curativo”, que por años fue exitoso frente a toda una sociedad.

Fue así como se abre paso al Modelo de Salud Familiar, su origen basado en declaración de Alma Ata, el cual tiene como enfoque ser un Modelo Biosicosocial de Salud, y según lo referido por Engel en 1977 “creía que todos los fenómenos importantes relativos a la salud participaban de aspectos biológicos, pero también psicológicos y de carácter social [...] el desarrollo del modelo biosicosocial en su vertiente de práctica clínica ha dado lugar al llamado “modelo centrado en el paciente” (2) que recomienda de forma vehemente averiguar creencias y expectativas del paciente para hacerle participar en el plano de igualdad en la toma de decisiones” es muy interesante su abordaje, ya que considera las creencias que pueden ser culturales, su relación con el entorno, como también el rol protagónico del paciente en el proceso de salud enfermedad.

En Chile este Modelo de Salud Familiar toma fuerza y es impulsado desde el Ministerio de Salud (MINSAL) con la administración del ex presidente Aylwin, quien definió “la equidad, justicia social, solidaridad, integralidad, calidad y participación Social como orientaciones de las políticas públicas de salud acontecimiento de real importancia que tiene como meta la modernización de los sistemas y con ello la incorporación de esta nueva mirada de la Salud, dando prioridad a descentralización y otorgando a las personas la oportunidad de participar en los cuidados de su salud, exigiendo además la salud como un derecho” (3). Este cambio estructural de la Salud Pública en Chile en el proceso del retorno a la democracia, sobre todo en la Atención Primaria de Salud, genera un cambio a nivel organizacional, que nos incita a tener nuevos mecanismos de organización tanto nacional, como local, por lo que es importante poder manifestar lo que este modelo genera en los equipos, en los usuarios, en las organizaciones, y en el entorno.

Paralelamente a este surgimiento de un Modelo que se proyectaba más equitativo, con justicia social, solidario, integral, de calidad, con participación social, donde la apuesta política e incluso romántica, pretende articular la pérdida histórica dejada en la dictadura, proponiendo el surgimiento y movilización de la participación social de una forma institucionalizada. Es así como comienzan a articularse nuevos Comités de Salud Ciudadana, y de a poco la comunidad se muestra esperanzada y quiere ser parte de este proceso de inclusión. Ya han pasado 30 años desde este momento esa sociedad que un día se sintió motivada e incluida, hoy se encuentra agotada y desgastada. La baja participación social hoy es el producto de una sociedad descontenta, individualista y sin sentido comunitario y representa un factor que dificulta la apropiación e implementación del modelo.

Resulta interesante hacer referencia según mi experiencia a los factores que dificultan el desarrollo del Modelo de Salud Familiar y los factores que facilitan el Modelo de Salud Familiar.

### 1. Factores que dificultan el desarrollo del Modelo de Salud Familiar:

Recibido el 18 de septiembre de 2018. Aceptado el 4 de octubre de 2018.

<sup>1</sup> Trabajadora social. Referente Comunal de Participación Social.

- Rotación del personal, equipos de cabecera, mayoritariamente profesionales médicos
- Rol del jefe de sector, ¿liderando equipos o siendo funcional a un sistema administrativo?
- Debilidad en la comunicación con las Redes Asistenciales y organizaciones locales
- Bajo nivel de formación en el Modelo de Salud Familiar, en los equipos de salud
- Desconocimiento del territorio y de la población en la cual se encuentran insertos los Centros de Salud Familiar
- Baja Participación Social, desmotivación ciudadana
- Cambio de paradigma, aún predomina el modelo biomédico

## 2. Los factores que facilitan el desarrollo del Modelo son:

- Compromiso de los Equipos de salud
- Procesos de motivación, considerando contexto locales o comunales complejos
- Centros de Salud Familiar sectorizados
- Equipos de Cabecera Multiprofesionales
- Continuidad de la atención
- Salas de Rehabilitación Comunitarias

Se logran visualizar algunas barreras para el logro del Modelo de Salud Familiar, pero hay dos de ellas que me gustaría destacar, el Rol del Jefe de Sector, personaje clave tanto en la organización de los equipos multiprofesionales, como en el desarrollo del Modelo de Salud Familiar (se visualizan pocos profesionales médicos en este rol); El segundo factor es el desconocimiento del territorio. Según mi punto de vista esta fusión debe ser un pilar básico en la gestión y organización de un Centro de Salud Familiar. Si bien el rol del jefe de sector está marcado por una gran carga tanto en lo administrativo, como en lo organizacional, es la persona que debe tener mayor claridad y conocer la población a cargo, debe estar en conocimiento de cuáles son los recursos comunitarios con que cuenta su sector, cuáles son sus redes locales y comunales. Lograr generar estrategias en la comunidad que le aporten a su trabajo dentro del CESFAM y buscar, o motivar en el caso que no existan agentes comunitarios, a dirigentes sociales, personas que se vinculen activamente entre la comunidad y el CESFAM, para lograr una Gestión Participativa. Se visualiza una tensión con el trabajo comunitario, se carece de herramientas para generar procesos metodológicos exitosos en esta área, se piensa que salir a terreno es hacer trabajo comunitario, pero no se logra articular ni generar procesos participativos, porque carecemos

también de procesos sistematizados que vayan guiando el trabajo dentro y fuera del centro de salud, y más aún carecemos de la co-construcción con la comunidad.

Sin embargo, considero primordial lograr un cambio de paradigma, los procesos de motivación y encantamiento resultan ser los más complejos de abordar. Este cambio se realiza con hechos empíricos, en lo cotidiano, encontrándole un sentido al trabajo que hacemos, logrando el reconocimiento por el otro, como un sujeto portador de experiencias, considerando las opiniones de todos los profesionales (equipos multiprofesionales) para observar la realidad con distintas miradas, cada uno aportando desde lo suyo, pero generando una idea colectiva.

La resistencia al cambio no termina de un día para otro, se va transformando con ejemplos tangibles, con discursos coherentes, con empatía, con cercanía y finalmente serán cambios que se verán reflejados a largo plazo, que deben ser instalados en la Cultura Organizacional y guiados por los líderes no solo de la institución, sino también de la comunidad.

En este escenario esperamos que se desarrolle la Participación Social “institucionalizada”, ¿por qué le llamo así? porque solo algunas experiencias surgen de la naturaleza propia de la comunidad. Especialmente en comunidades que han mantenido vigente sus procesos históricos y luchan por mantener activa sus códigos culturales. En la mayoría de los casos resulta de una construcción de la institución para generar proceso de inclusión y equidad con la comunidad, pero poco tienen de participativa. Existe mucho desgaste de parte de los dirigentes sociales, la mayoría de ellas mujeres adultas, y adultos mayores, que lucharon por el retorno a la democracia, otros que son integrantes de organizaciones sociales de base, pero que también han buscado en esta participación una relación ganancial con la institución. Sin embargo, existen Centros de Salud emblemáticos, que mantienen vigente su visión política y de construcción social, donde no es casualidad que se mantengan y sean liderados por profesionales que protegen en su accionar y convicción la relación profesional y comunitaria. Donde la apuesta es el empoderamiento de la Gestión Participativa, como una herramienta potente del desarrollo del Modelo de Salud Familiar y la Participación Social.

Si bien la Gestión Participativa, surge como una estrategia de las directrices institucionales, nos incita a considerar temas relacionados tanto

con la Participación Social como con el Modelo de Salud Familiar, ambos como ejes transversales. Son pocos los que van en esta senda, quizás podría explicarse que para los gestores, puede resultar menos complejo trabajar desde lo biomédico, manteniendo relaciones verticales, muchas de ellas cargadas en el manejo del poder, que abrir camino a escenarios más democrático o al menos inclusivos, donde se reconozca el conocimiento natural de las personas que habitan el territorio, de sus códigos, de su cultura, su lucha e historia, que las personas de la comunidad puedan comprender y entender que su participación es un derecho tanto a la información, como a la toma de decisiones de su propio estado de salud. Y que a su vez los actores comunitarios no lo vean como una explotación de la institución, porque son voluntarios, porque no son remunerados o porque muchas veces no respondemos a sus ideales de inmediatez o estado subsidiario. Que la comunidad lo vea como una oportunidad de decidir, mientras más empoderados estén más se les tomará en cuenta; es impresionante como algunos dirigentes se manejan en temas de salud, como impulsan ideas o trabajo colaborativos en los centros de salud. Muchas de las construcciones (CESFAM) son respuesta a las demandas y exigencias que la propia ciudadanía ha hecho, se sienten dueños de estos espacios, porque existe un sentido de pertenencia cultural, social no solo con la construcción, sino con la demanda que ellos mismos levantaron y con su territorio.

Desde la experiencia esto ha resultado poco alentador, ya que en general se percibe poca movilidad desde los equipos de salud como de la propia comunidad. Se generan instancias participativas, pero no se logra la vinculación ni se considera la carga cultural que portan los usuarios, se sigue trabajando en distintas esferas, aun cuando se colabora mucho para instancias participativas. Lo que no se genera desde la comunidad es el involucramiento de querer ser parte en la toma de decisiones. Y de parte de los equipos de salud las acciones vinculantes muchas veces están ligadas al cumplimiento de metas o exigencias que se

establecen desde los lineamientos ministeriales, pero no porque existe un reconocimiento de los usuarios y de su comunidad: no se consideran que estos pueden ser un aporte fundamental al desarrollo del Modelo con enfoque comunitario, salvo los centros de salud emblemáticos que ya fueron señalados y que mantienen vigente esta estructura organizacional.

Para concluir quisiera detenerme y me encantaría poder plasmar una serie de discusiones y reflexiones que surgen en los ideales de sentir que aún queda tanto por hacer. Que los procesos nos demandarán mucho tiempo más para ver impacto en la comunidad como en los equipos de salud. De aterrizar ciertas ideas en estrategias para generar articulación y acciones reales que se plasmen en voluntades políticas, en sentido de pertenencia, en reconocimiento de los sujetos sociales portadores de códigos culturales y experiencia, en relaciones más horizontales, en las Redes Integrales de Salud, y podría continuar describiendo muchas más, pero solo quiero detenerme a pensar que todo lo descrito, incluso los factores que dificultan el desarrollo del Modelo de Salud Familiar, son oportunidades de mejora para la comunidad, que si logramos dejar de mirar desde la fragmentación y logramos mirar desde lo colectivo, podríamos pensar que es coherente instalar el Modelo de Salud Familiar y Comunitario con Participación Social.

## REFERENCIAS

---

1. Segovia I., Muñoz R. El Modelo de Atención de Salud Familiar. Atención Primaria; Modelo de Salud; Participación Comunitaria e intersectorialidad. Módulo 1. En: Diplomado Gestión en Centros de Salud Familiar.
2. Borrell i Carrió F. "El modelo biopsicosocial en evolución" *Med Clin (Barc)* 2002;119(5):175-9
3. Hidalgo C., Carrasco, E. Salud Familiar: "Un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria" Santiago: Universidad Católica;1999



# Conformando un Consejo de Usuarios de un Centro de Referencia en Salud. Hospital Provincia Cordillera

Forming a User's Council of a Health Reference Center.  
Providencia Cordiller Hospital

Ernesto Méndez <sup>1</sup>

La ley 20.500 sobre asociación y participación ciudadana señala que el Estado reconoce a las personas el derecho de participar en sus políticas, planes, programas y acciones, por tanto, instruye a los órganos de la Administración del Estado a establecer cuáles son las modalidades formales y específicas de participación ciudadana que tendrán las personas y organizaciones sociales en el ámbito de su competencia. Para ello, esta ley ha establecido un nuevo marco jurídico para la asociatividad, el derecho a participar a través de mecanismos de participación y finalmente en el plano local, instaura una nueva institucionalidad, denominada consejos comunales de la sociedad civil<sup>2</sup>.

De acuerdo a lo expuesto y sobre la base de esta legislación, se enmarcó la conformación del consejo de usuarios del CRS Hospital Provincia Cordillera, como una oportunidad y herramienta de acercamiento entre usuarios y la institución, promoviendo espacios de planificación, discusión, educación y empoderamiento de la comunidad, en la construcción conjunta de la corresponsabilidad en salud.

Para planificar esta tarea, la asesoría gestión de usuario y participación del CRS Hospital Provincia Cordillera de la comuna de Puente Alto, comenzó a planificar la propuesta de conformación de su primer consejo de usuarios. Al inicio, una de las tareas más importantes, estuvo referida a disponer del catastro de organizaciones del territorio con información actualizada de sus contactos. Para obtener dicha información, se comenzó a efectuar un levantamiento de las organizaciones del territorio, que comprendía el radio de acción del CRS. Para ello se solicitó colaboración a las instituciones y organizaciones que funcionaban en el territorio, entre ellas el Plan Integral Bajos de Mena (PIBM) dependiente de la Intendencia Metropolitana y que trabaja de forma articulada en el sector Bajos de Mena.

Por otro lado, se efectuaron reuniones con los cinco consejos de usuarios del territorio, con el fin de establecer las primeras relaciones con la comunidad y poder disponer de los contactos de las organizaciones con las cuales trabajaban. Otras de las fuentes de información, fue el municipio a través de sus representantes en el territorio, obteniendo por parte de ellos la bases de datos de las organizaciones que atendían.

A partir de este trabajo y los anteriores, se logró obtener las bases de datos de organizaciones del territorio que involucraban el sector de intervención, correspondiente a sectores de Bajos de Mena, San Gerónimo, Alejandro del Río y Vista Hermosa y con información de las más diversas organizaciones del territorio, entre ellas consejo de usuarios, juntas de vecinos, organizaciones educacionales, culturales, indígenas, de autoayuda, adultos mayores, sociales, entre otras y lo más importante, datos actualizados con sus nombres, direcciones, teléfonos y correos electrónicos, que cualquier padrón o catastro público quisiera obtener a este nivel de detalle y con la actualización correspondiente.

De acuerdo a ello y con la base de datos ya construida, se comenzó a desarrollar un proceso de reuniones informativas con organizaciones territoriales y funcionales del territorio, con el fin de sensibilizar e involucrar a la comunidad con el nuevo establecimiento en salud y con la conformación del consejo de usuarios. Para ello, en cada uno de estos encuentros, se indicó el proceso de inscripción, los documentos a adjuntar y la

---

Recibido el 18 de junio de 2018. Aceptado el 04 de octubre de 2018.

1 Encargado de participación. Hospital Provincia Cordillera. Correspondencia a: emendez@hpcordillera.cl

2 Descripción Ley 20.500 - Subdere.

forma de postulación de las organizaciones como de personas naturales.

Para ayudar a coordinar estas reuniones, utilizamos como punto de partida el invitar a la comunidad a visitas guiadas al establecimiento, con el fin de que la organización conociera nuestro proyecto y se enterará de nuestras especialidades y modalidades de atención. A lo anterior, se sumó siempre el apoyo informativo mediante dípticos, volantes, e información impresa que permitiera entregar información clara a la comunidad y alimentar el proceso de conformación del consejo de usuarios.

Por otro lado, se desarrollaron variadas estrategias de difusión, entre ellas la instancia de apropiación del espacio público del establecimiento por parte de la comunidad del territorio, es así que en el mes de agosto de 2017 se presentó en el CRS la banda instrumental del Orfeón Nacional de Carabineros de Chile y la Orquesta Foji de Bajos de Mena, jornada donde asistieron más de 100 personas de la comunidad, junto a funcionarios de la institución, convirtiéndose tan sólo por una hora en un espacio de entretención y abierto al público, como también en un espacio donde se entregaba información y se invitaba a la comunidad a formar parte de nuestro consejo de usuarios. A ello se sumó la participación de la asesoría gestión de usuario y participación, en diversos encuentros masivos con la comunidad, como lo fue las ferias de la justicia desarrolladas por el Plan Integral Bajos de Mena, o las ferias desarrolladas en el marco de la red Institucional de Mujeres Bajos de Mena, instancias de apropiación del espacio Público y entrega de información en el territorio, donde se acudió como CRS y se entregó información a la comunidad respecto a los tópicos antes mencionados.

Finalmente, otro de los medios informativos fue radio Imagen de la Provincia Cordillera, donde a través de un programa especial para el CRS, se comunicó a la audiencia del territorio la invitación a formar parte del consejo de usuarios. A ello se agregó, afiches informativos en el Hall Central de nuestro establecimiento, afiches en los CESFAM del territorio que eran pertenecientes a la red del CRS y finalmente información en la página web de nuestra institución, específicamente en el link de participación, disponiendo para ello material correspondiente a un afiche informativo, reglamento para constituir el consejo de usuarios, documento de postulación para organizaciones y personas naturales y presentación en power point de lo que era este consejo y las formas de postular.

Otra de las temáticas trabajadas, fue la elaboración del reglamento de constitución del consejo de

usuarios, temática que requirió la consulta de varios reglamentos tipos de otros consejos de usuarios de la red y del país. A partir del análisis anterior y entrevistas efectuadas a representantes de consejos de usuarios de la red, se desarrolló el primer reglamento de este consejo con el fin de definir el proceso de difusión, las postulaciones al consejo, los requisitos para ser socios, la distribución de cupos, las causales de rechazo, la constitución del consejo, la duración del consejo, los requisitos para ser parte de la directiva provisoria, la elección del equipo directivo provisoria en sus inicios, las funciones del directorio provisional; es decir diversos artículos reglamentarios que permitieran funcionar y tener directiva a esta organización.

A partir de todo el trabajo desarrollado con la comunidad, la elaboración del reglamento y la difusión en los medios anteriormente señalados, se abrió el proceso de postulación para formar parte del consejo de usuarios, periodo en que se recibieron todas las declaraciones de las organizaciones de la sociedad civil o personas naturales que querían pertenecer al consejo. De acuerdo a ello, toda solicitud fue evaluada en función de los requisitos y cupos disponibles en función del reglamento, siendo declarados admisibles las postulaciones que venían acompañadas de los antecedentes solicitados.

Posteriormente, se constituyó por vez primera el consejo de usuarios del CRS Hospital Provincia Cordillera, personificado en dicha oportunidad por 38 socios/as los que representaban a consejos de usuarios de los CESFAM del territorio, juntas de vecinos, clubes de adulto mayor, comunidades indígenas, organizaciones educacionales, organizaciones culturales y personas naturales. Como antecedente, la representatividad de los socios, alcanzó la siguiente distribución: juntas de vecinos 31%, consejos de usuarios del territorio 24%, clubes de adulto mayor 16%, organizaciones educativas 16%, comunidades indígenas 5%, organizaciones culturales 5% y personas naturales 3%.

Respecto al territorio que representaban los socios y socias podemos señalar que un 57,9% pertenecía al sector de Bajos de Mena, un 21,1% al sector de San Gerónimo y un 10,5% de forma equitativa al sector de Alejandro del Río y Vista Hermosa en el sector de Casas Viejas. Para el caso del grupo etareo, los socios/as mayoritariamente se encontraban en el grupo entre 41 y 60 años con el 47%, le seguía el grupo de 60 años y más con 32% y finalmente el grupo más joven entre 26 y 40 años con el 21%, es dable de destacar además que en este grupo etareo había 3 personas entre 18 y 25 años de edad. En materia de género un 87% de los representados

eran mujeres y solo un 13% hombres.

Finalmente los socios y socias eligieron la directiva del consejo de usuarios para un periodo provisorio, con el fin de construir los propios estatutos de la organización, programar las actividades del año que incluía la primera cuenta pública participativa y prepararse para elegir un directorio definitivo que los acompañará para los próximos tres años. Un dato de ese momento y que es menester destacar por los mismos representantes del consejo, fue que para el momento de la elección, solo se habían postulado cuatro candidatas a la directiva, ante lo cual la totalidad de las mujeres plantearon en dicha jornada que también debían postularse candidatos a la directiva para que dicho directorio fuera equitativo en materia de género, ante ello y las insistencias de las mujeres, dos hombres se dispusieron también a ser candidatos. Efectuada la elección y el escrutinio de votos, las más altas mayorías quedaron en manos del presidente y secretario y solo la tercera mayoría representada por una mujer en el cargo de tesorera, a pesar que el padrón electoral estaba representado en su mayoría por socias. Lo anterior, siempre ha sido comentado por los socios y socias respecto del proceso de elección del consejo de usuarios. Como punto destacable es que el presidente elegido de la organización y con la más alta mayoría, pertenece a la comunidad indígena del territorio, reconociendo con ello a nuestros pueblos originarios.

Hoy en día, el consejo de usuarios del CRS Hospital Provincia Cordillera, se mantiene de forma activa con la participación de su directiva y representantes, ello permitido por una de las cláusulas de sus estatutos, que indica que si una persona no asiste a más tres reuniones consecutivas y no justifica en ninguna de ellas su inasistencia, queda en calidad de suspendido y luego mediante aprobación de asamblea cancelado, si no justifica sus inasistencias. Ello ha llevado a una participación constante de los socios y socias del consejo de usuarios y para el caso de las primeras cuatro personas que dejaron de participar, por una, u otra razón personal, fueron suspendidas y luego canceladas bajo el procedimiento de los estatutos aprobados por la organización. A la fecha y bajo esta modalidad, estos cuatro cupos fueron renovados por otras personas de organizaciones del territorio.

A modo de conclusión, podemos señalar que la constitución de un consejo de usuarios, implica bastante trabajo de terreno al inicio de un proceso,

ya que lo primero que se tiene que generar son las relaciones de confianza con las organizaciones e instituciones de un territorio. Ese trabajo constante puede llevar meses como fue en nuestro caso, pero a la larga permite obtener sus frutos con la inscripción de socios y socias para un CDU, como también en lo variado que puede llegar a ser en materia de diversidad de organizaciones representadas. Ello lo demuestra al tener organizaciones que van desde las juntas de vecinos, pasando por grupos de adulto mayor hasta grupos culturales y comunidades indígenas que quisieron participar y aportar al consejo, sin perjuicio de que las dos primeras organizaciones por su mayor vinculación con el territorio y por el tiempo que brindan a sus comunidades, son las más llanas a sumarse a este tipo de organizaciones. Destacable también es, la incorporación de miembros jóvenes al consejo, ya que eso permite vigorizar con nuevas propuestas que retroalimenten la organización, junto a la experiencia que aportan los adultos mayores.

Respecto al género, podemos comentar que hay mayor disposición de las mujeres para participar en organizaciones sociales y territoriales como lo es en un CDU, ya que probablemente ellas están más preocupadas de buscar soluciones a los problemas sociales en los espacios locales y son ellas las que se acercan mayoritariamente a la institucionalidad para resolver los problemas que les afectan a ellas y a sus familias en los ámbitos de salud, educación y vivienda. A la hora de elegir la directiva también se mantiene esa diferencia de género, ya que se constata la baja presencia de mujeres en cargos directivos y/o de toma de decisiones, lo que constituye una primera barrera de género al momento de definir políticas públicas y sociales con una mirada efectivamente inclusiva para la comunidad que representan.

Por último, la participación se mantiene activa si constantemente las personas y organizaciones se están reuniendo, que en el caso de nuestro consejo se refuerza con una medida draconiana en sus estatutos, respecto a presentar tres inasistencias no justificadas, sin embargo, a la larga ha permitido mantener la participación activa y contante y cuando así no ha sido, se oxigena con la incorporación de nuevos socios y socias por unos estatutos flexibles que responden a una organización proclive a la participación real y amparada en la ley 20.500.



## “Una vida de compromiso integral con la medicina social”. In Memoriam: Dr. Carlos Molina Bustos

“A life of integral commitment with social medicine”. In Memoriam: Dr. Carlos Molina Bustos

*Foro Inaugural de la Escuela Continental de Salud de los Trabajadores y Trabajadoras. Organizado por el Consejo de salud del área Norte y ALAMES. Facultad de Medicina Norte, Universidad de Chile 2006*

Lo que voy a hacer aquí, en estos minutos, es un conjunto de reflexiones solamente a partir del sujeto popular. Me voy a tomar la libertad de hacerlo porque el convocante principal de esta escuela continental es o quiere ser u ojalá que lo sea, un sujeto popular con consciencia histórica, con consciencia de historicidad capaz de transformar la realidad en la que opera, y me refiero al consejo local de Salud del Área Norte.

Quiero aprovechar que me he encontrado en este intermedio con mi compañero Enrique Molina, antiguo dirigente social de La Legua, de la combativa La Legua, con quien yo trabajé en los años 80's en actividades no tan santas en aquella época para el statu quo. Y a partir de su presencia no puedo otra cosa, sino que partir en esta reflexión diciendo que yo les recomiendo muchísimo que vuelvan a mirar o que miren por primera vez un texto de Recabarren, que pronunció en una organización obrera en 1910 a propósito del primer centenario (cualquier semejanza con la situación actual es pura coincidencia). Recabarren define, con precisión de académico (a pesar de ser un obrero tipógrafo) que es un sujeto social e identifica al sujeto social como el hacedor de la historia, al sujeto social como aquel capaz de transformar en las situaciones en las que le toca actuar. Define al sujeto social con consciencia de historicidad. No hay consecuencia respuesta social, de salud (instituciones, servicios) hoy día se llama oferta - y no sé qué otras maneras se podría seguir llamando - , pero aquello por lo que tanto reclamamos, es siempre expresión de ese movimiento social, de esta expresión, de estos sujetos que se construyen a partir de su propia identidad, de su memoria y se transforman entonces en autónomos con consciencia de historicidad y de proyecto de transformación que los redima a ellos y que redima al conjunto.

Esto es lo que quería mencionar sobre Recabarren, porque creo que la historia de la salud en Chile es la historia de los sujetos sociales en acción, hay otros, pero me voy a referir solo a estos. Y particularmente quiero decir que las primeras impresiones de esta autonomía, a lo menos en el siglo XIX completo. La salud como expresión de respuesta a la atención de las necesidades ciudadanas, discurrió fundamentalmente sobre la base de la beneficencia y del propio “medicato”. La beneficencia organismo de origen colonial que administró la caridad y no el derecho a la salud. Aquello que yo recibo sin tener ningún derecho a exigirlo. A fines del siglo XIX el estado asume responsabilidades de sanidad pública, de control de los procesos que hoy día se llamarían de la salud colectiva o de los bienes públicos de salud, como diría el Banco Mundial. Esto es muy importante porque todas las expresiones del siglo XIX y desde antes, desde las comunidades indígenas, es el sujeto social en construcción de su identidad, autónomo, sin ninguna relación con el estado, sin ninguna relación con las intermediaciones de los partidos políticos, sin ninguna otra relación que no fuese su propia organización, construye y se construye como sujeto social particularmente a través de las sociedades de socorros mutuos.

Se fundó la primera en 1853, una de las cuales el compañero mencionaba que está viva y activa, y se llama Igualdad y Trabajo ubicada en el barrio Yungay. En 1912 se extendían a 547 entidades en todo el país. Las mutuales tenían sectorizada toda la ciudad de Santiago. La relación prestación de servicio/ territorio/familia, que hoy es un objetivo que el Dr. Infante debe estar deseoso de lograr algún día en el área norte de Santiago, sectorizada y debidamente relacionada. Las Mutuales a fines del siglo XIX, organismos autónomos que se autofinanciaban con cuotas personales que significaban todo el conjunto de

la previsión social de la época: seguro, asistencia médica, invalidez, vejez, solidaridad, asistencia, juguetes, visitas, promoción social, a sus propios afiliados en sus propias mutuales sin intervención del estado y sin financiamiento patronal. Los trabajadores organizados, cubrían ese tipo de cobertura en el país. Debo decir que, cuando se fundó el Servicio Nacional de Salud 1952, quedaban en Chile 100.000 afiliados todavía a las mutuales. No hay un solo territorio de la vida nacional donde la cuestión social moderna (entendida así, la que estalla entre 1880 y 1920) no se haya expresado, ante lo cual el estado responde con esa histórica década de matanzas horribles, la primera década del siglo XX.

En los años 20's la elite, el estado, atemorizado ante el cambio social y a la transformación radical de las condiciones sociales, ahí cuando la cuestión social amenaza, se hace cargo, desplaza a la oligarquía regional, aparecen y emergen los sectores medios (entre ellos las primeras expresiones de médicos) y controlan y obligan al estado a dar una respuesta. Esta es la respuesta de los años 20's. Pero esa respuesta consiste concretamente (y esto es lo único que voy a decir sobre este tema) en el seguro obrero obligatorio, mediante el cual el estado expropia los fondos - voy a usar este lenguaje, aunque pueda ser muy atrevido - de las organizaciones obreras autónomas, crea la caja del seguro obrero, agarra al movimiento obrero y sus organizaciones y lo mete dentro del estado. Qué ocurre después, (pasan muchas cosas entre medio), en el gobierno de Allende es la primera vez en la historia del siglo XX que se plantea con coherencia histórica, técnica y teórica, un Servicio Único Nacional de

Salud como respuesta social; todas las anteriores fueron restrictivas, sólo referidas al movimiento obrero (hay un montón de razones para entenderlo) y después viene el golpe militar, curiosamente la única vez en que el Servicio único de Salud que se pretendía y se trabajaba teóricamente desde los años 20's y 30's en Chile, la única vez que se plantea como una política coherente, es en el gobierno de la Unidad Popular, es decir meses antes de la tragedia... ¿Qué pasa después de la tragedia del 73? Lo que pasa es que aparece en los 80's el capital financiero y el capital financiero produce una nueva expropiación, esta vez la expropiación de los fondos históricos de las mutuales, que primero los expropió el estado y los administró el estado con incorporación de las organizaciones obreras, ahora son privatizados.

Ésta es una historia entonces, con este sesgo, les digo: estoy desarrollando sólo un punto de vista que me parece muy atingente a la naturaleza y a la construcción de los sujetos sociales, porque la historia de Chile está, en la relación salud y movimiento social, marcada indeleblemente por esta relación en que el movimiento social es, la fuerza motriz que genera la respuesta sanitaria. Hoy día vivimos un momento de debilidad del movimiento popular, sin duda no tenemos la fuerza de los 20's, no tenemos la Confederación General de Trabajadores de los 40's, no tenemos la CUT del 53 hacia delante. En una situación como ésta, podemos esperar en consecuencia, la respuesta: la respuesta sin sujeto social poderoso, es una respuesta, - que yo creo que uno debería ponerle un signillo de interrogación -, a partir del saber la historia de esta asociación entre salud y movimiento social.

# 40 años de Alma-Ata: ¿en qué mundos vivimos la salud pública?

40 years of Alma-Ata: in which worlds do we live public health?

Yuri Carvajal<sup>1</sup>

**H**ace 40 años se podía escribir en la declaración de Alma-Ata, Salud para todos el año 2000: “El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos” como una bandera aglutinante de la salud pública.

Para un salubrista actual es casi imposible entender esa frase. Pocos sabrán que Fidel Castro enarbó el NOEI como su bandera desde mediados de los 70 y que André Gunder Frank cuestionó esa expresión severamente en su libro *La Crisis Mundial*. Ambos personajes son ilustres desconocidos para la mayoría.

El mundo que vivimos hace 40 años en varios aspectos ya no es el mundo en que vivimos actualmente. Entender lo que nos separa de ese mundo o de esa globalización, es también entender lo que hoy pudiera significar Salud Pública.

Sobre todo porque parece haber triunfado la economía como modo de gobierno, sustituyendo a la política.

Un ejercicio prudente para todos aquellos que ya preparan conmemorar los 40 años desde la firma de la declaración, en la capital de una república de un país inexistente. Partiendo sólo por la primera letra de nuestro alfabeto, a la manera del autodidacta de Sartre, revisaremos cuatro palabras cuyo uso previo o ausencia, insinúan el abismo entre mundos extintos y mundos originados, pero sugieren también las continuidades.

## 1. AZT

El inicio de las terapias antirretrovirales ocurrido a mediados de los 80 es una de esas expresiones radicales de transformaciones mundanas. El AZT, Aziotimidina, más conocido como zidovudina fue aprobado el 20 de marzo de 1987 por la FDA para el tratamiento del SIDA. Aunque el medicamento había sido elaborado en los años 60, su entrada en la escena política fue posible tras el inicio de la pandemia.

Si la pandemia de VIH llevó a una comprensión nueva de los virus, la actividad colectiva desencadenada por las organizaciones de enfermos, familias y amigos produjo una intensa transformación en los ensayos clínicos, los criterios éticos para el uso de placebos (9). La producción de medicamentos bajo el nuevo régimen de patentes de los TRIPS en la remozada OMC y la frágil actividad de la OMS al respecto, han puesto la relación industria salud pública en un campo muy distinto (1). Qué decir de las industrias del diagnóstico y del tratamiento y del régimen maquínico de asistencia a los enfermos.

Alguien ha dicho con mucha razón que nos falta un Foucault del siglo XX para la historia de la medicina (“We have no Foucault for the later nineteenth century and the early twentieth century”(15). Alguien que haga además la arqueología de la mirada médica en tiempos de RNM, TAC, PCR.

Por el lado de la acción colectiva, la identidad sexual, fuertemente cuestionado por feministas y gays, se ha abierto en una proliferación de devenires. Pertenecer a una minoría hoy es la posibilidad más cierta de calcularse como mayoría.

En 1989 la OIT reconoció los derechos de los pueblos indígenas, cuya presencia en Alma-Ata estaba bastante deslavada. Pueblos originarios que ya no se reivindican campesinos o aliados de un mítico y universal proletariado. Pueblos originarios parte de los movimientos sociales –no olvidemos los movimientos

Recibido el 8 de septiembre de 2018. Aceptado el 04 de octubre de 2018.

1 Director Editor Cuadernos Médico Sociales. Correspondencia a: cms@colegiomedico.cl

de pacientes a propósito de VIH y por cierto de enfermedades raras y la Ley Ricarte Soto para el caso chileno— señalan con agudeza cómo todo un cuerpo de análisis sociológico de raigambre marxista ha quedado fuera de foco.

## 2. Antropoceno

Hablar de la actualidad en tiempos de Alma-Ata era hablar de un orden fundamentalmente económico. Desde principios del siglo XXI la expresión Antropoceno (3) cobra fuerza para referirse a nuestro presente, con una connotación ni social ni económica, sino geológica o quizás bio-geológica.

Antropoceno tiene respecto del presente una connotación de urgencia. Buscando ser una expresión más amplia que cambio climático (la IPCC es de 1988) o calentamiento global, pone junto a las cifras de CO<sub>2</sub> que han superado las 400 ppm en la atmósfera y sus consecuencias sobre aire, mar, los tóxicos diseminados por doquier, la reducción de las aguas disponibles, la carga de fósforo y nitrógeno, también la extinción de ecosistemas y especies como un grave signo de la inviabilidad de nuestra cultura. Pone en la mira y el rol de los modos de pensar y vivir, lo que podríamos llamar el agotamiento de la modernidad europea-sajona.

Para entrar en el Antropoceno convendría buscar algunas huellas intelectuales de lo que podríamos llamar pensamiento post 78. En 1980 aparece Mil Mesetas (4), una obra de filosofía mayor, escrita por dos pensadores franceses, que buscan desmontar la dialéctica como razonamiento y las consecuentes máquinas de guerra de occidente, en evidente deuda con Lewis Mumford y su comprensión de la máquina (13). Donna Haraway recompone el feminismo con su Manifiesto Cyborg (10), del año 1985, mostrando con fuerza el carácter híbrido de los seres vivos y la unión de la naturo-culturas, que se organizan más allá de la dicotomía social/natural. Latour en el mismo sentido, desnuda a los modernos en su *Nunca fuimos modernos* en 1991 (11). Y Viveiros de Castro, reivindica el pensamiento indio poniéndolo a la altura de otros perspectivismos de occidentes (2), rastreando la productividad filosófica del pensamiento de los indios amazónicos en su *Metafísicas caníbales* de 2009 (17).

Cuatro textos que permiten mirar el presente con una mirada fresca. Introducciones a nuevas miradas para comprender algo de lo que insinúa Antropoceno.

Una acercamiento geológico al presente ayudaría también a reconocer cómo las organizaciones de los estados naciones —incluyendo las nuestras de mano de nuestros padres independentistas

—fueron propias de la modernidad europea. Las estructuras que daban identidad a los pueblos, que institucionalizaban su sedentarismo, están agotadas. Varias migraciones se encuentran en curso a lo largo de las fronteras. Inmigrantes desde un afuera, pero también inmigrantes desde este mismo dentro.

Comprender el presente como Antropoceno obliga a una doble operación. Una sociología de lo biológico (ecologías como asociatividad, la vida como asociatividad) y una reflexividad epistemológica de nuestros saberes. No hay conocimiento de objetos independientes del observador. No hay puntos de vista universales. Todo saber es situado.

Algo de esto lo venimos sabiendo de los estudios poscoloniales, pero también de los trabajos feministas.

## 3. Archea

En 1977 se publicó un artículo que proponía un clasificación aún más básica de los seres vivos que los tres o cinco reinos tradicionales, que consideraba las archeobacteria (19) como un subdominio. Un ordenamiento que rompía la dicotomía procariontes/eucariontes.

En 1990 Carl Woese uno de los autores del trabajo del 77 daba un paso más radical y separaba a las archea de las bacterias, generando así tres grandes dominios, al poner como tercero a los eucariontes (18). Extraña resonancia del nombre con el filósofo Michel Foucault que en su campo intentó buscar también orígenes: arqueología de la mirada (5), de las ciencias humanas (7), del silencio («je n'ai pas voulu faire l'histoire de ce langage; plutôt l'archéologie de ce silence» (8), del saber (6). Terciar en el mundo de lo vivo, en que una escisión radical había separado lo vivo en dos órdenes a partir de la presencia o no de núcleos, generando un linaje básico y una normatividad de la biología.

La versión de Woese propone un debate sobre cuestiones centrales de la biología que bien merecen llamarse filosóficas: el rol de la simbiosis por ejemplo. Una cuestión no ajena a una época de oposiciones dialécticas, de dicotomías y exclusiones, un tiempo de guerras. Archea hace de los tres dominios mundos contemporáneos, no secuenciales. No hay una senda de creciente complejidad, ni progreso lineal. Así como Lévi-Strauss en *El Pensamiento Salvaje*, reconocía en el pensamiento de los llamados primitivos, un pensamiento contemporáneo, distinto, pero racional, las Archeas no son fósiles vivientes de un pasado remoto. Proceden al igual que los eucariontes, de

progenotes, un forma de vida no Darwiniana. La transferencia horizontal de genes, en el mundo de los progenotes, hace de los mecanismos de linaje, una cuestión secundaria y traza el árbol de la vida en una forma reticular.

¿Dice esto algo a la salud pública? Me parece que hay una conclusión fuerte. Si la higiene fue la bandera que dió a la salud colectiva su entrada al mundo, enarbolando una bandera belicista de la precisión antimicrobiana, de la esterilización y la exclusión bacteriana, una mirada colaborativa al mundo de lo viviente podría obligarnos a arriar nuestros emblemas y metáforas de guerra, cargada de uncausalismo. Si la vida es cooperación, simbiosis, ayuda mutua, como sugirió el naturalista/anarquista Piotr Kropotkin, entonces la salud pública debería volverse cooperación, ayuda mutua, simbiosis.

Archea puede permitirnos volver a discutir política, en el Antropoceno, si recuperamos nuestras bases biológicas, en el sentido de eco-evo-devo. Una visión de la biología que reconcilia biología molecular, teoría de la evolución en su más amplio sentido y las lecciones sobre forma y estructura como condiciones de lo vivo aportadas por la embriología. Bases biológicas para comprender la vida como una asociatividad, del modo en que Gabriel Tarde fundara su sociología monádica (16, 12).

Otra ironía de la vida, es que Archea es el dominio en que se encuentran las transcritasas inversas que resisten los ciclos de temperatura extremas, precisamente por su carácter de termófilas, que posibilitan los ciclos de la PCR. Sin ellas, la biología molecular estaría en otro atajo.

#### 4. Actor Red-Theory

Mi cuarto objeto pos Alma Ata es la teoría de Actor-red, un engendro anglo sajón y francés, una combinación de sociología de la ciencia y la técnica, con lecciones del postestructuralismo francés, especialmente las lecciones de Gilles Deleuze y su co autor, Felix Guattari.

Las tres figuras de este ensamblaje teórico son Bruno Latour, Michel Callon y John Law, incubado a mediados de los 80. Las tres ideas centrales son: (i) una sociología de las asociaciones entre humanos y no humanos, que reconoce la actancia de la técnica y la ciencia, esto su capacidad de agencia, (ii) un enfoque en que lo social no es la explicación, sino lo que debe ser explicado y (iii) un construccionismo que rastrea las conexiones y enlaces entre los actores de (i), mas que enfatizarlos en su deconstrucción.

Creo que Actor Red-Theory es un notable cambio, pues permite pensar mas allá de las sociologías marxistas o funcionalistas que dominaron el pensamiento salubrista del siglo XX. Pero mas notable aún, pueden ayudarnos a comprender la economía como un hecho político (¿recuerdan esos viejos textos que hablaban de economía política: Adam Smith o Karl Marx? por mencionar dos notables), los mercados como sistemas de cálculo y coordinación construidos y sostenidos por agentes y sociologías. Y finalmente, el valor performativo de las teorías, es decir las teoría como sentencias que producen efectos, al organizar las formas en que los actores se asocian.

#### REFERENCIAS

1. Carvajal Y. Trade-related-aspects of intellectual property rights (trips): regate brasileño con efavirenz. Nuevos Folios de Bioética [Internet] 2011 [Consultado en agosto de 2018] 6:29–34. Disponible en: [http://www.saludpublica.uchile.cl/home/images/publicaciones/folios\\_bioetica/folios%206\\_4.pdf](http://www.saludpublica.uchile.cl/home/images/publicaciones/folios_bioetica/folios%206_4.pdf).
2. Carvajal Y. Principialismo en nuestra mente salvaje. Nuevos Folios de Bioética y Pensamiento Biomédico [Internet] 2013 [Consultado en septiembre de 2018] 11:23–30. Disponible en: [http://www.saludpublica.uchile.cl/home/images/publicaciones/folios\\_bioetica/2\\_Folios11.pdf](http://www.saludpublica.uchile.cl/home/images/publicaciones/folios_bioetica/2_Folios11.pdf)
3. Carvajal Y. Antropoceno. Nuevos folios de Bioética [Internet] 2016 [Consultado en septiembre de 2018] (19):23–30. Disponible en: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/NFB>.
4. Deleuze, G. and Guattari, F. Mil Mesetas. Capitalismo y esquizofrenia. Valencia: Pre-textos, 2012[1980]
5. Foucault M. El nacimiento de la clínica. México: Editorial Siglo XXI; 1991.
6. Foucault M. La arqueología del saber. México: Editorial Siglo XXI; 1991.
7. Foucault M. Las palabras y las cosas. una arqueología de las ciencias humanas. México: Editorial Siglo XXI; 1993.
8. Foucault M. Dits et écrits. Gallimard; 2001
9. Grmek M. Historia del Sida. (México: Editorial Siglo XXI; 2004 [1989]
10. Haraway D. Manifiesto para Cyborgs. Mar del Plata: Puenteaéreo ediciones, 2014.
11. Latour, B. (2012). Nunca fuimos modernos: ensayos de antropología simétrica. Buenos Aires: Siglo veintiuno; 2012.

12. Lazzarato M. Por una política menor. Acontecimiento y política en las sociedades de control. Traficantes de sueño mapas, Madrid, 2006
13. Mumford, L. El petágono del poder. El mito de la máquina. España: Pepitas de calabaza, 2011[1970]
14. Mumford, L. El mito de la máquina. Técnica y evolución humana. España: Pepitas de calabaza, 2013 [1967]
15. Pickstone, J. Sketching together the modern histories of science, technology, and medicine. *Isis*. 2011; (102):123–133.
16. Tarde G. Monadología y sociología. Cactus. Buenos Aires: Serie perenne; 2016.
17. Viveiros de Castro, E. (2010[2009]). *Metafísicas caníbales*. Líneas de antropología posestructural.
18. Katz M., Woese C., Kandler O., Wheelis, M. Towards a natural system of organisms: Pro-posal for the domains Archaea, Bacteria, and Eucarya. *Proc. Nati. Acad. Sci.* 1990; 87:4576–4579.
19. Woese C. R., Fox, G. Phylogenetic structure of the prokaryotic domain: The primarykingdoms. *Proc. Nati. Acad. Sci.* 1977 74(11):5088–5090.

# Atención Primaria Fuerte, historia, diagnóstico actual y propuestas para Chile. Artículo de opinión y análisis

Strong Primary Care, history, current diagnosis and proposals for Chile

Camilo Bass <sup>1</sup>

## RESUMEN

---

Chile tiene una larga tradición de desarrollo en el tema de salud. Durante el Siglo XIX, el pueblo se organizó en Sociedades de Socorros Mutuos, una alternativa expresamente contrapuesta a la caridad en salud. En 1924 se dictó la Ley de Seguro Obrero Obligatorio, por la cual empleadores y obreros debían imponer mensualmente a un fondo solidario de enfermedad e invalidez. En 1952 se promulga la Ley que establece el Servicio Nacional de Salud, organismo público encargado de realizar todas las acciones sanitarias.

Durante el mes de septiembre de 1978 se realizó la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, estableciendo la Declaración de Alma Ata. 25 años después, la Organización Panamericana de la Salud, adopta una Estrategia Renovada para la Atención Primaria, y en el 2008 la Organización Mundial de la Salud redacta el Informe sobre Salud en el Mundo “*La Atención Primaria de Salud, Más necesaria que nunca*”.

La actual reforma en salud de Chile planteó situar a la Atención Primaria como el eje central del sistema. Sin embargo, a pesar de estas intenciones declaradas y de que han aumentado progresivamente los recursos destinados al primer nivel de atención, en la práctica existen problemas no abordados que amenazan el éxito de este proceso y que mantienen bajos niveles de satisfacción usuaria, así como de control de enfermedades crónicas.

El siguiente artículo tiene como objetivo, revisar la historia de la APS, su desarrollo en Chile, establecer un diagnóstico actual y realizar propuestas de profundización de esta estrategia.

**Palabras clave:** *Atención Primaria de Salud, Recursos Humanos, Participación de la Comunidad.*

## SUMMARY

---

Chile has a long tradition of development in the field of health. During the 19th century, the town was organized in Mutual Relief Societies, an alternative expressly opposed to charity in health. In 1924 the Compulsory Labor Insurance Law was passed, by which employers and workers had to impose monthly to a solidarity fund of illness and disability. In 1952, the Law that establishes the National Health Service, a public body in charge of carrying out all sanitary actions, was enacted.

During the month of September 1978, the International Conference on Primary Health Care was held, establishing the Declaration of Alma Ata. 25 years later, the Pan American Health Organization adopted a Renewed Strategy for Primary Care, and in 2008 the World Health Organization drafted the World Health Report “Primary Health Care, More Necessary than Ever” .

The current health reform in Chile proposed placing Primary Health Care as the central axis of the system. However, in spite of these stated intentions and that resources destined to the first level of attention have progressively increased, in practice there are problems that are not addressed that threaten the success of this process and which maintain low levels of user satisfaction, as well as control of chronic diseases.

---

Recibido el 16 de julio de 2018. Aceptado el 04 de octubre de 2018.

1 Médico de Familia, Vicepresidente Consejo Regional Santiago (Colegio Médico de Chile), Magister en Salud Pública y en Administración de Salud. camilobass@yahoo.com

The following article aims to review the history of PHC, its development in Chile, establish a current diagnosis and make proposals to deepen this strategy.

**Keywords:** *Primary Health Care, Human Resources, Community Participation.*

## **LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

---

En el mes de septiembre de 1978 se realizó la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud (APS), estableciendo la Declaración de Alma Ata (1). Esta describe que la APS debe entenderse como parte integrante del sistema completo de asistencia sanitaria, teniendo que incorporar promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, además de integrar a otros sectores de la vida nacional y privilegiar la más alta participación de personas y de comunidades. Se considera que la APS es parte del espíritu de justicia social del desarrollo.

25 años después, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), adopta una Estrategia Renovada para la APS(2), debido a nuevos desafíos epidemiológicos, desarrollo de conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas y su contribución en la mejora de la efectividad de la APS, además del reconocimiento como una estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud.(3)

El Informe sobre Salud en el Mundo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) año 2008, *“La Atención Primaria de Salud, Más necesaria que nunca”*, propone que los países basen sus decisiones relativas al desarrollo de la salud en cuatro orientaciones normativas amplias e interconectadas (cobertura universal, servicios centrados en las personas, políticas públicas saludables y liderazgo). En este sentido las reformas se consideran necesarias para reorientar los sistemas sanitarios hacia la salud para todos.(4)

## **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN CHILE**

---

Chile tiene una larga tradición de desarrollo en el tema de salud. Durante el Siglo XIX, el pueblo se organizó en Sociedades de Socorros Mutuos (5), como una alternativa expresamente contrapuesta a la caridad. Su objetivo primordial era dar solidaria protección ante la enfermedad, la muerte y el desamparo familiar en base a la creación de un sistema de seguridad social fundado sobre el

ahorro de sus asociados. En el año 1924 se dictó la Ley de Seguro Obrero Obligatorio (Ley N° 4.054), por la cual empleadores y obreros debían imponer mensualmente a un fondo solidario de enfermedad e invalidez. Esta ley significó el compromiso del Estado de proporcionar atención a los trabajadores. En 1952 se promulga la Ley 10.383 que establece el Servicio Nacional de Salud (SNS), organismo público encargado de realizar todas las acciones sanitarias: fomento de la salud, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación.

Este desarrollo de la seguridad social en salud, llevó a realizar propuestas relacionadas con lo que posteriormente sería definido como APS. Ejemplo de ello se puede encontrar en el *“Plan de salud, atención médica y medicina social - Chile 1964”*, elaborado por el Grupo de salud de la Oficina Central de Planificación de la candidatura presidencial del Dr. Salvador Allende (6). En este documento se establece el concepto de Atención Integral como *“una atención médica eficiente y oportuna para toda la población y para cada persona considerada integralmente. Más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, se dirige al ser humano en su totalidad física y mental, en continua adaptación a su medio ambiente socio-cultural. Atención descentralizada, próxima al hogar o al sitio de trabajo, a cargo de un equipo funcionario bien integrado, en estrecha armonía y continuidad con el Hospital Base y con todos los organismos locales. Atención que integra, en cada prestación, los aspectos somáticos y psíquicos, lo individual con lo social, y las acciones preventivas y curativas. Por fin, atención planificada y con permanente intención educativa.”*

Posteriormente, como consecuencia de las políticas impulsadas por la dictadura, se realizaron reformas neoliberales, que cambiaron el rol y la importancia del Estado y promovieron el sector privado. Desde 1981 se concretó el traspaso de la administración de establecimientos de nivel primario de atención a las municipalidades (7). En relación a esta medida, Salinas (8) refiere que habría sido ideada como una manera encubierta para iniciar la privatización del sistema de salud, ya que luego del traspaso de los establecimientos a los municipios, se podría realizar la transferencia a privados. Por otra parte, se produce la autonomía de una porción de la salud del Gobierno central, lo que origina una inequidad entre unos pocos municipios con más recursos en desmedro de la mayoría pobre.

El Ministerio de Salud (Minsal) realiza el año 2003 (9) una descripción de la situación de los consultorios, refiriendo que no cuentan con la

capacidad para resolver los principales problemas de salud de la comunidad. Esto se evidencia en deficiencias en la oportunidad de atención, afectando la impresión de la población sobre su confiabilidad y generando problemas de trato del personal hacia los usuarios. Para enfrentar esta situación, el Minsal postula que en APS debe desarrollar el Modelo de Atención Integral en Salud, Familiar y Comunitario (MAIS).(10)

Este modelo fue impulsado junto a la última reforma de salud, la que releva el rol de la APS y le atribuye una alta responsabilidad en los cambios del modelo de atención del sistema en general. Sin embargo, Montero (11) refiere que la reforma no consideró los problemas que afectaban crónicamente a la APS, y que *“Producto del sistema de garantías, se recargan las exigencias fuertemente sobre la APS, la que se hace cargo del 80% de las actividades generadas por dicho plan, sin solucionar los graves problemas estructurales que se arrastraban por años al interior de la atención primaria.”. Enfatizando que esta situación “distorsiona profundamente la construcción de un modelo de atención centrado en las necesidades reales de la población local de un territorio con características y limitaciones propias, restringiendo seriamente la perspectiva horizontal propia de la APS.”.*

Por tanto, a pesar de las intenciones declaradas en la reforma, implementada desde hace más de trece años, de situar a la APS como el eje central del sistema de salud y de que han aumentado progresivamente los recursos destinados a este nivel de atención, en la práctica existen problemas no abordados que amenazan el éxito del proceso y el logro de la Estrategia Nacional de Salud para la década 2011-2020 (12). Consistente con esta situación se encuentra la falta de avances en el desarrollo del MAIS (13), lo que provoca una insuficiente respuesta a las necesidades y expectativas de la población. Manteniéndose bajos niveles de satisfacción usuaria, así como de control de enfermedades crónicas (14,15).

## **PROPUESTAS PARA DESARROLLAR UNA APS FUERTE PARA CHILE**

A nivel macro, Chile no cuenta con un sistema robusto de salud, sino con uno público y otro privado, con lógicas divergentes, lo que produce una situación de franca discriminación entre un segmento pequeño de población con mayores recursos económicos y gran parte de la ciudadanía de menores recursos.

En lo que respecta a la APS (más de un 90% bajo gestión municipal) no ha logrado superar los

problemas fundamentales presentes desde este origen administrativo, que se traducen en inequidad en el acceso e insuficiente resolutivez de sus servicios para la población potencialmente usuaria de ella. Por otra parte, tampoco cuenta con la dotación necesaria de profesionales para cumplir los programas y normas técnicas ministeriales.

Para enfrentar estos problemas, se requiere una profunda transformación del sistema de salud chileno, con una provisión de servicios de calidad en la red asistencial pública, que resuelva efectivamente los problemas de salud de la población en todos sus niveles. El Sistema de Salud debe orientarse desde una perspectiva multisectorial, considerando el enfoque de los determinantes sociales de salud, para resolver de forma integral los problemas presentes en el estado de salud de la población, con una APS fuerte.

Se debiera avanzar hacia la construcción de Redes Integradas de Servicios de Salud con énfasis en APS, contribuyendo a hacer realidad varios de sus elementos más esenciales, como: primer contacto; cobertura y acceso universal; atención integral, integrada y continua; cuidado apropiado; organización y gestión óptimas; orientación familiar y comunitaria; y acción intersectorial, entre otros. (16)

Por estos motivos, urge una verdadera refundación del sistema sanitario chileno. Una reforma profunda a las bases del sistema, entre los que debieran estar los siguientes principios:

1. Salud como un Derecho Universal.
2. Fortalecer la Salud Pública.
3. Financiamiento Solidario.
4. Democratización y Participación.

La APS debe ser realmente el pilar fundamental del sistema, siendo imprescindible mejorar su financiamiento y gestión, para revertir la escasez de personal, de capacidad diagnóstica y terapéutica, entre otros aspectos relacionados con su labor.

## **FINANCIAMIENTO Y GESTIÓN**

El Minsal ha reconocido el insuficiente presupuesto que aporta para las prestaciones correspondientes al MAIS. Por lo que para lograr el objetivo de dar respuesta a la mayor parte de los problemas de salud de los usuarios del sistema, la APS requiere contar con los recursos suficientes (para el año 2018 U\$ 10 per cápita basal mensual), además de mecanismos de financiamiento y gestión adecuados.

Además, se debe valorar la pertinencia de mantener la administración de la APS en manos de los municipios. Ya que se evidencia poco avance en la solución de problemas que aquejan a la APS desde la municipalización. Al respecto se debiera realizar una evaluación nacional que permita determinar las comunas que se encuentran en condiciones de continuar gestionando la APS y las que debieran traspasarla a los Servicios de Salud.

También, se deben reevaluar las actividades de la APS, reformulando y ampliando las prestaciones, incorporando acciones de prevención y promoción de salud, así como mejoras a la capacidad resolutoria (apoyo diagnóstico y del arsenal farmacológico), solucionando aspectos clínicos y de salud pública para lograr una APS fuerte.

Por otra parte, se requiere mejorar la coordinación que existe entre los distintos niveles de atención, para optimizar el trabajo de la red de salud. Así como también articular la red intersectorial.

### **RECURSOS HUMANOS PARA LA APS**

Se debe avanzar en la construcción de una política integral de desarrollo del recurso humano de la APS para mejorar la calidad de la atención que se brinda a la comunidad, fortaleciendo la permanencia de los médicos y otros trabajadores de salud en el primer nivel de atención. Estableciendo un estándar de 1 médico por 2.000 personas a cargo con longitudinalidad.

Para lo anterior, se pueden considerar las propuestas del Marco Estratégico para la mejora de la APS en España (17), que plantea las siguientes condiciones para mejorar la participación y el desarrollo profesional: favorecer la formación continuada y la actividad docente en los equipos de APS, incentivar el desarrollo de las actividades de investigación en los equipos, aumentar la motivación de los profesionales y mejorar el clima laboral, incentivar el trabajo de los equipos en comunidades con mayor riesgo social y sanitario, promover la evaluación de las competencias profesionales y de la calidad de los centros.

Debido a la complejidad biopsicosocial de los problemas que se atienden en la APS, se necesita de especialistas con competencias específicas para trabajar efectivamente en este nivel de atención. Los médicos especialistas en medicina familiar, que existen en la mayoría de los países desarrollados, son los que cuentan con las competencias para hacerse cargo de la salud de las personas y de su familia en forma continua e integral, y que a su vez, cuentan con una mayor capacidad resolutoria. (18)

### **PARTICIPACIÓN**

En la APS, la interrelación entre la comunidad y los integrantes de los equipos de salud es muy relevante para el éxito de la implementación y desarrollo de las políticas de salud a nivel local. En este sentido, cobra importancia la sinergia que se puede producir en la interrelación de los trabajadores con la ciudadanía, siendo un factor importante al preocuparnos por la satisfacción de los usuarios como co-responsables del cuidado de su salud. Estos actores deben contar con mecanismos efectivos de participación vinculante en la toma de decisiones y de fiscalización de la utilización de los recursos en salud, buscando una gestión triestamental a nivel de toda la Red.

Por lo tanto y en la misma línea de las condiciones generadas en países que se caracterizan por contar con una APS de calidad, con altos niveles de resolutoria y de satisfacción usuaria, así como por la necesidad de avanzar en la construcción de una estrategia que sea acorde con los requerimientos de la población chilena. Estas propuestas van en el camino de terminar con la inaceptable desigualdad en el nivel y calidad de vida, así como con la exclusión social, que golpea a la mayoría de la población y genera una gran herida en el pueblo chileno.

### **REFERENCIAS:**

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata, Conferencia internacional de atención primaria de salud. 1978.
2. Organización Panamericana de la Salud. Atención Primaria de Salud en las Américas: Las Enseñanzas Extraídas a lo largo de 25 Años y los Retos Futuros. Washington, DC: OPS; 2003.
3. Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.: OPS; 2007.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008, La atención primaria de salud Más necesaria que nunca; 2008.
5. Iñanés, María Angélica, La revolución solidaria. Las Sociedades de socorros mutuos de artesanos y obreros: un proyecto popular democrático, 1840-1887. POLIS, Revista Latinoamericana [en línea] 2003, 1 (invierno) : [Fecha de consulta: 13 de enero de 2018] Disponible en:<<http://>

[www.redalyc.org/articulo.oa?id=30500514](http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30500514)> ISSN 0717-6554

6. Oficina Central de Planificación de la Candidatura Presidencial del Dr. Salvador Allende. Plan de salud, atención médica y medicina social - Chile 1964. 2ª edición, Cuadernos Médicos Sociales, Suplemento 1; 2006, p.34.

7. Bustos, R. La Reforma de la Salud en América Latina: ¿Qué Camino Seguir? (la experiencia chilena). Colegio Médico de Chile; 1998.

8. Salinas, H., Lenz R. Las NO reformas de salud en Latinoamérica, razones que explican su fracaso. Editorial Andros. Santiago de Chile. 1999.

9. Ministerio de Salud. Transición hacia el Modelo de Atención en Redes. Chile. 2003.

10. Ministerio de Salud. Modelo de atención integral-familiar-comunitario y redes asistenciales. Unidad Modelo de Atención, Departamento de Atención Primaria, División de Gestión de la Red Asistencial. Chile. 2004.

11. Montero, J. Téllez, A. Herrera, C. Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2010.

12. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Chile. (Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>).

13. Ministerio de Salud. Manual de Apoyo

a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Salud. Departamento de Diseño y Gestión de Atención Primaria, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Chile. (Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf>).

14. 12º Encuesta anual Percepción de la Población Pobre de Santiago sobre la Atención de Salud en Chile. Escuela de Administración y Economía Universidad Católica Silva Henríquez.

15. Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2010. Chile. (Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>).

16. Organización Panamericana de la Salud. “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas”. Washington, D.C.: OPS, © 2010 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4).

17. Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyecto AP-21, Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. España. 2007.

18. Montero, J. Téllez, A. Herrera, C. Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile. 2010.



# Develando el valor social de la atención primaria en Chile

## Unveiling the social value of primary care in Chile

Ximena Barros<sup>1</sup>  
Pamela Eguiguren<sup>2</sup>  
Alejandra Quiroz<sup>3</sup>  
Deiza Troncoso<sup>4</sup>  
Irma Vargas<sup>5</sup>

### RESUMEN

---

**Objetivo.** Describir los elementos centrales en torno al valor social y oportunidades de mejora de la atención primaria de salud que emergieron del proceso de consulta nacional dirigida a personas naturales, funcionarios de salud y miembros de la sociedad civil de Chile.

**Métodos.** Diseño de investigación mixto, basado en la consulta nacional desarrollada en tres modalidades entre 2016 y 2017. Se realizó análisis estadístico descriptivo de 10.145 respuestas de consulta individual online y 408 actas codificadas de conversatorios. Análisis cualitativo de 4 conversatorios grabados y los resultados finales se presentaron triangulados e incrustados.

**Resultados.** La mayor participación en las tres modalidades fue de mujeres, trabajadores de salud, usuarios del sistema público de salud y en rango etario de 20 a 44 años. La atención primaria es reconocida como eje rector del sistema de salud, vigilante de la equidad y justicia social, con énfasis en promoción y prevención, valorándose el acceso oportuno, la atención integral y la entrega de medicamentos. No obstante, las brechas a subsanar se refieren a la continuidad del cuidado, la integralidad, el fortalecimiento de la prevención, promoción y participación social, el fomento del respeto como valor fundamental y la necesidad de avanzar hacia cambios constitucionales que garanticen la salud como derecho, más allá del acceso.

**Conclusiones.** El valor social de la atención primaria atribuido por las personas y sociedad civil es alto y positivo, no obstante, las oportunidades de mejora detectadas podrían favorecer la guía de políticas públicas para potenciar la atención primaria.

**Palabras clave:** *participación, valor social, atención primaria*

### ABSTRACT

---

**Objective.** Describe the central elements relative to the social value and opportunities for improvement in primary health care that emerged from the national consultation process addressed to natural persons, health officials and members of civil society in Chile.

**Methods.** Mixed research design, based on the national consultation developed in three stages between 2016 and 2017. A descriptive statistical analysis was performed on 10,145 individual online query responses and 408 coded conversational minutes. Qualitative analysis of 4 recorded conversations was

---

**Recibido el 3 de septiembre de 2018. Aceptado el 04 de octubre de 2018.**

1 Departamento de Participación Ciudadana y Trato al Usuario Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales. Santiago, Chile.

2 Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

3 Departamento de Modelo de Atención Primaria, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Santiago, Chile.

4 Médico de Familia, Universidad Diego Portales. Santiago, Chile

5 Departamento de Modelo de Atención Primaria, División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Santiago, Chile. Correspondencia a: ivargas@minsal.cl

performed and the final results were triangulated and embedded.

**Results.** The highest participation in the three stages was from women, health workers, users of the public health system and in the 20-44 age bracket. Primary care is recognized as the guiding axis of the health system, vigilant of equity and social justice, with emphasis on promotion and prevention, assessing timely access, comprehensive care and delivery of medicines. However, the gaps to be corrected refer to the continuity of care, integrality, the strengthening of prevention, promotion and social participation, the promotion of respect as a fundamental value and the need to move towards constitutional changes that guarantee health as a right, beyond access.

**Conclusions.** The social value of primary care attributed by individuals and civil society is high and positive; however, the opportunities for improvement detected will favor the guidance of public policies to strengthen primary care.

**Keywords:** *participation, social value, primary healthcare*

## INTRODUCCIÓN

El año 2018 se cumplen cuarenta años de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud efectuada en 1978 en la ciudad de Alma Ata, correspondiente a la ex Unión Soviética. En dicha ocasión, se elaboró una declaración que destacaba una serie de valores centinelas y principios para el desarrollo de sistemas sanitarios que se hicieran cargo de la acción de los determinantes sociales de la salud (1), mediante el ejercicio fundamental del rol de la atención primaria en los sistemas de salud y en los estados para alcanzar mejores niveles de salud a nivel poblacional. Junto a lo anterior, hacía un llamado a la acción a los gobiernos, trabajadores de salud, autoridades y comunidad internacional para promover sistemas de salud basados en atención primaria y promover así la equidad y justicia en la asistencia sanitaria (2).

Cuando se conmemoraron los treinta años de la Conferencia, la Dra. Margaret Chan, a cargo de la Organización Mundial de Salud, recordaba la resistencia por parte de la comunidad médica en torno a esta declaración. La comunidad médica indicaba que era utópica, que confundía los niveles de atención y complejidad, que parecía una alternativa económica para los pobres (“cuidados pobres para personas pobres”), entre otros (1). Y, a pesar de que la declaración no alcanzó

necesariamente los objetivos que buscaba hacia el año 2000, aquellas resistencias fueron disipándose conforme fue aumentando el valor de la atención primaria.

Con el paso del tiempo, la atención primaria ha ido ganando adhesión y relevancia crucial como elemento transformador del desarrollo de la salud pública en los países (1). Por ejemplo, los estudios desarrollados por Bárbara Starfield (3–6) han arrojado evidencia de que la atención primaria tiene una serie de atributos que permiten afirmar que su fortalecimiento contribuye a mejorar la salud poblacional de todo país. En ese sentido, la atención primaria, al facilitar la accesibilidad y el primer contacto, disminuye las probabilidades de agravamiento de la salud de las personas; está a cargo de los cuidados de una población específica y se responsabiliza por ellas; cuenta con mejores oportunidades para garantizar continuidad de cuidados; cuenta con ventajas comparativas para realizar selección de pacientes que requieren o no requieren atención especializada, lo que aumenta la costo-efectividad del sistema de salud en su conjunto; y, por último, logra un buen uso de pruebas diagnósticas (4). Asimismo, la atención primaria facilita el tratamiento de enfermedades crónicas, puesto que tiene mayor cercanía con las personas, las familias y las comunidades, gracias al modelo de atención que impregna las actividades que desarrolla (7); mejora la satisfacción de las personas; disminuye las hospitalizaciones evitables por cuidados sensibles a la atención primaria; tiene como rol primordial la prevención y la promoción y, con ello, la reducción de los costos asociados al empeoramiento de la salud de las personas (5).

Con todo ello, la atención primaria es reconocida como una estrategia que logra ir más allá de la costo-efectividad anhelada en el diseño e implementación de políticas públicas. Es más bien una estrategia que logra concretar valores como equidad, justicia social, universalidad, centrado en las personas, protección comunitaria, participación, acciones basadas en evidencia, responsabilidad personal, autodeterminación e independencia (8) que representan, a su vez, valores que la sociedad, en su conjunto, busca obtener de los sistemas de salud.

De ese modo, hoy en día es posible hablar del valor social de la atención primaria. Existen diferentes definiciones de valor social que, desde sus diferentes puntos de vista, apuntan a un espacio común: la valorización que la sociedad otorga a algo. Por ejemplo, desde la economía, se entiende valor social como la utilidad que los individuos

obtienen del consumo no material de ideas abstractas (9) que no se rivalizan como ocurre con el consumo de bienes materiales privados, ya que son compartidos socialmente y reproducidos en este mismo contexto. Ahora bien, desde el vínculo con salud pública, el valor social se entiende como un conjunto de suposiciones y juicios centrales en la cultura de las personas acerca de los objetivos o estados de existencia que se estiman importantes y deseables y que determinan el modo de pensar, actuar y sentir. Con ello, se dibujan los sistemas normativos y conductas tolerables o no tolerables, lo que, en resumidas cuentas, establece los estándares sociales con los que las personas se desenvolverán socialmente y que harán exigibles a los sistemas que interactúan con ellas (10).

Como es posible de apreciar, el valor social refiere al importe que hacen las personas del uso y goce de ideas abstractas que no se rivaliza entre personas, sino, más bien, este importe es compartido en la sociedad y hace exigible ciertos estándares de desempeño a los sistemas que interactúan con ella misma. En términos de la atención primaria, el valor social de la atención primaria sería el conjunto de ideas y valoraciones que las personas comparten, como sociedad, acerca de los objetivos deseables e importantes de la estrategia de atención primaria y cuáles serían los estándares exigibles para obtener la utilidad social requerida por el conjunto.

El ejercicio de conocer el valor social de la atención primaria desde la perspectiva de las personas que forman parte de ella, entiéndase usuarios, funcionarios, autoridades, organizaciones de la sociedad civil, entre otras, ha sido desarrollado en Brasil (11) y Canadá (12), pero desde la perspectiva de los atributos de la atención primaria. Desde esas experiencias y reconociendo el recorrido histórico que ha tenido la atención primaria en nuestro país (13,14), los avances en materia de salud destacados por la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) (15) y la proximidad al cumplimiento de los cuarenta años de la Declaración de Alma Ata, la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud de Chile emprendió un proceso de consulta ciudadana que culminó en el Congreso de Atención Primaria realizado en abril del año 2017, con el fin conocer el valor social atribuido desde la sociedad civil a la atención primaria y, con ello, co-construir y fortalecer a la misma como base del sistema de salud.

En ese sentido, el objetivo de este artículo es describir los elementos centrales en torno al valor

social y oportunidades de mejora de la atención primaria de salud que emergieron del proceso de consulta nacional dirigida a personas naturales, funcionarios de salud y miembros de la sociedad civil de Chile.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

---

Se realizó un proceso de consulta nacional masivo en tres modalidades que incluyó: a) consulta individual online, b) conversatorios locales, entendidos como espacios de reflexión convocados desde los Servicios de Salud del país o auto-convocados por grupos de personas naturales, organizaciones sociales y/o territoriales y c) Congreso de Atención Primaria de Salud, celebrado en la ciudad de Santiago, en el que se presentaron los resultados de las dos modalidades anteriores con el fin de que sirvieran de insumo a la discusión final en torno al valor social de la atención primaria chilena y para la elaboración de un documento de posición (16), validado y ratificado por los participantes del Congreso mediante firma (Figura 1).

La elaboración de la metodología fue un trabajo participativo liderado por la División de Atención Primaria. Se realizó una jornada de trabajo y reuniones posteriores con actores de la Asociación Chilena de Municipios, Universidades, Sociedad Chilena de Medicina Familiar, gremios de salud, Asociación de Médicos de Atención Primaria, Administradores Comunales, Jefes de Atención Primaria de Servicios de Salud y Asesores Ministeriales (Gabinetes y Comunicaciones). Esta primera etapa del proceso fue clave para las etapas posteriores, ya que al unificar criterios sobre el logro a alcanzar, se definió que la participación ampliada era el mejor camino para avanzar y que la territorialidad debía ser eje del trabajo a realizar. Sobre esta base conceptual se diseñaron tres modalidades (consulta individual, conversatorios locales y congreso), cada una con metodologías específicas.

El uso de las dos primeras modalidades buscaba aumentar la cobertura de consulta general para alcanzar a obtener un mayor número de respuestas, mediante la oferta de tres modalidades de participación simultánea: multimedia y presencial. La modalidad multimedia de consulta online permitió a los participantes responder un cuestionario autoaplicado de tres preguntas y los conversatorios permitió a los participantes debatir abiertamente de manera presencial. El Congreso de Atención Primaria también se presentó como formato de participación presencial, pero ya en

fase de consolidación de la información. A partir de la información levantada en los conversatorios y consulta individual, se elaboró desde el nivel ministerial, un documento de posición que recogió los principales acuerdos del proceso participativo previo al Congreso de Atención Primaria. Durante el primer día del evento, se presentó una propuesta de documento de posición que sintetizaba de manera general los resultados de la consulta y conversatorios en grupos de participantes divididos en 5 salas y que a su vez fueron sub-divididos en grupos de 10 a 12 personas. La discusión se focalizó en analizar cada uno de los puntos que constituían el documento. Cada grupo debía especificar su acuerdo o no con cada uno de los puntos, realizar observaciones o proponer modificaciones que fueron presentadas por un/a representante del grupo al plenario. Las observaciones fueron sistematizadas y sintetizadas con representantes de los grupos y se llegó a la redacción final del documento, el cual fue aprobado y legitimado por el conjunto de participantes del Congreso mediante su firma el segundo día del evento.

Los procesos de consulta individual online y conversatorios se sucedieron de forma simultánea entre noviembre de 2016 y abril de 2017. Luego, en abril 2017, como culminación de las modalidades anteriores, se realizó el Congreso de Atención Primaria, el que contó con la participación de 959 personas. Ha sido esperable que, en alguna medida, se haya registrado la participación de un grupo de personas en más de una fase. El alcance final

de la consulta y la composición de participación obtenida corresponde a sectores vinculados e interesados en la atención primaria.

El análisis de los datos ha seguido un proceso propio de un diseño de investigación mixto. El análisis de las dos primeras modalidades de consulta individual online y de conversatorios locales fue liderado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Para el análisis cuantitativo aplicado a los datos obtenidos en 10.145 consultas individuales online, se realizaron análisis estadísticos descriptivos univariados y bivariados utilizando el paquete estadístico SPSS versión 21. Para el análisis de la pregunta abierta contenida en la consulta individual online: **¿cuales son los valores sobre los que debiera construirse una política de salud?** los datos fueron procesados ingresando los textos al software Atlas ti obteniendo un análisis de frecuencias. El análisis cualitativo se realizó sobre 408 actas codificadas grupalmente en los conversatorios (promedio de 15 participantes por grupo), en los que participaron 10.513 personas distribuidas a lo largo del país, con representación territorial de todos los Servicios de Salud. El análisis de contenido permitió la categorización temática y, junto a la descripción narrativa de las categorías y subcategorías identificadas, posibilitó dimensionar frecuencias de aparición de los temas planteados e identificar citas representativas. Este proceso fue complementado con el análisis de cuatro conversatorios grabados y transcritos, cuya selección fue realizada bajo criterio de conveniencia. Tres

**Tabla 1. Caracterización de los participantes en la consulta individual online**

Variables	Mujer		Hombre		Total		
	N	%	N	%	N	%	
Total participantes	7.528	74,10%	2.617	25,70%	10.145	100,00%	
Edad	15 a 19 años	248	3,20%	79	3,00%	327	3,20%
	20 a 44 años	4.916	65,30%	1.539	58,80%	6.455	63,60%
	45 a 64 años	1.799	23,80%	652	24,90%	2.451	24,10%
	65 y más años	565	7,50%	348	13,20%	913	8,90%
	Total	7.528	100,00%	2.617	100,00%	10.145	100,00%
Actividad principal	Comunidad/organización	173	2,20%	55	2,10%	228	2,20%
	Estudiante	1.159	15,30%	262	10,00%	1.421	14,00%
	Jubilado(a)	482	6,40%	322	12,30%	804	7,90%
	Otro	1.295	17,20%	238	9,00%	1.533	15,10%
	Trabaja en sector diferente a salud	1.197	15,90%	560	21,30%	1.757	17,30%
	Trabaja en sector salud	3.222	42,80%	1.180	45,00%	4.402	43,30%
Total	7.528	100,00%	2.617	100,00%	10.145	100,00%	
Uso del sistema de salud pública	Sí	6.383	84,70%	2.159	92,40%	8.543	84,20%
	No	1.144	15,10%	458	17,50%	1.602	15,70%
	Total	7.528	100,00%	2.617	100,00%	10.145	100,00%

tuvieron lugar en la región Metropolitana en ámbitos urbanos y de semi-ruralidad (La Bandera en la ciudad de Santiago, Calera de Tango y Paine) y uno en la región del Biobío (en la ciudad de Los Ángeles). Este análisis siguió una categorización temática y codificación para su posterior análisis interpretativo. En términos de contenido, el corpus principal de análisis estuvo representado por las minutas de los conversatorios, el análisis de estas transcripciones permitió adicionar grados de profundidad y aportar en la comprensión de las dinámicas de construcción grupal de las minutas. Se contó con el apoyo para el procesamiento de datos con el software MAXQDA 12. Finalmente, el análisis de la información, tanto cuantitativa como cualitativa, ha sido triangulada e incrustada en un procesamiento secuencial-explicativo.

## RESULTADOS

### Análisis cuantitativo: caracterización del proceso participativo

#### a) Consulta individual online

La Tabla 1 caracteriza a los participantes de la consulta individual online. De un total de 10.145 participantes, el 74,1% fueron mujeres y el 25,7% fueron hombres. El rango etario de mayor participación en la consulta individual online fue el de 20 a 44 años. Los participantes en su mayoría eran trabajadores del sector salud (43,3%) y usuarios del sistema público de salud (84,2%)

#### b) Conversatorios

La Tabla 2 describe la distribución de los conversatorios realizados en el país, según Servicios de Salud. Se realizaron 408 conversatorios locales, los que contaron con la participación de 10.513 personas. Un 73% de los participantes de los conversatorios fueron mujeres (resultado no se muestra en Tabla 2). Si bien hubo realización de, al menos, un conversatorio por cada Servicio de Salud a lo largo del territorio nacional, el Servicio de Salud Metropolitano Central realizó 95 conversatorios, constituyendo el 23,3% de los conversatorios realizados, seguido del Servicio de Salud Metropolitano Sur con 53 conversatorios, constituyendo el 13,0% del total de conversatorios realizados. Asimismo, ambos Servicios tuvieron la mayor participación de personas en sus conversatorios: 11,6% y 10,4% del total de participantes, respectivamente. En suma, participaron 319 comunas del país que representan el 92% de las comunas totales de Chile (resultado no se muestra en Tabla 2)

**Tabla 2. Distribución de Conversatorios realizados por Servicios de Salud**

Servicio de Salud	Nº conversatorios realizados	%	Nº participantes	%
Arica	11	2,70%	152	1,40%
Iquique	11	2,70%	245	2,30%
Antofagasta	5	1,20%	204	1,90%
Atacama	2	0,50%	37	0,40%
Coquimbo	4	1,00%	283	2,70%
Viña del Mar-Quillota	4	1,00%	342	3,30%
Aconcagua	8	2,00%	363	3,50%
Valparaíso-San Antonio	1	0,20%	141	1,30%
O'Higgins	8	2,00%	265	2,50%
Maule	5	1,20%	174	1,70%
Ñuble	2	0,50%	189	1,80%
Concepción	6	1,50%	226	2,10%
Talcahuano	5	1,20%	309	2,90%
Biobío	7	1,70%	354	3,40%
Arauco	8	2,00%	397	3,80%
Araucanía Norte	11	2,70%	261	2,50%
Araucanía Sur	11	2,70%	258	2,50%
Valdivia	3	0,70%	190	1,80%
Osorno	6	1,50%	454	4,30%
Reloncaví	20	4,90%	477	4,50%
Chiloé	3	0,70%	55	0,50%
Aysén	15	3,70%	309	2,90%
Magallanes	4	1,00%	97	0,90%
Metropolitano Norte	30	7,40%	858	8,20%
Metropolitano Occidente	27	6,60%	713	6,80%
Metropolitano Central	95	23,30%	224	11,60%
Metropolitano Oriente	32	7,80%	620	5,90%
Metropolitano Sur	53	13,00%	093	10,40%
Metropolitano Sur-Oriente	8	2,00%	126	1,20%
Nacional (*)	3	0,70%	97	0,90%
Total	408	100%	503	100%

(\*) Incluye a instituciones y organizaciones nacionales tales como gremios, partidos políticos e miembros de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.

#### c) Congreso de Atención Primaria

La Tabla 3 caracteriza a los participantes del Congreso de Atención Primaria. Participaron 959 personas (resultado no se muestra en Tabla 3). Del total de participantes, el 50% provenía del sector salud. Y el 22% provenía de otros

sectores de la sociedad civil, entendidos como miembros del intersector, dirigentes sociales/gremiales y usuarios, entre otros. Al igual que en la consulta individual online y conversatorios, un 65% de los participantes fueron mujeres (resultado no se muestra en Tabla 3)

**Tabla 3. Participantes del Congreso de Atención Primaria, según sector representado**

Participantes	Frecuencias relativa
Representante de la Academia	3%
Representante del sector salud	50%
Representante otro sector	22%
Dirigente vecinal/usuarios	11%
Representante Colegios profesionales/asociaciones gremiales	6%
Representante Sociedades Científicas	2%
Representante Partidos políticos	1%
Representante Organismos internacionales	1%
Otros	4%
Total	100%

### **Análisis cuantitativo-cualitativo: el valor social desde la co-construcción de la salud en y con los territorios**

Los principales resultados en torno al valor social de la atención primaria, se describen a continuación:

#### **a) Rol de la atención primaria**

El rol de la atención primaria, como eje del sistema de salud y parte de una red, se dibujó dentro de los aspectos valorados en los conversatorios, relevando su aporte a la salud de la población y la importancia de lo que representa para el sistema de salud:

*“Creemos que la atención primaria debe ser el eje rector de la mejor salud, que debe ser el eje principal de la protección de la población”.* (Representante de la comunidad, Acta Conv<sup>6</sup>. Comuna de San Ramón, sector La Bandera, región Metropolitana)

*“Es la cara visible del Estado en el territorio”.* (Acta Conv. SSalud 132<sup>7</sup>)

Ha sido considerada el primer contacto con el sistema de salud y el nivel de atención con presencia en el territorio. Se le ha reconocido enfoque promocional y preventivo junto a su resolutivez en lo curativo y rol en la derivación a otros

niveles de atención. En cuanto a la atención de salud (Tabla 4), los análisis bivariados permitieron caracterizar descriptivamente el colectivo que respondió la consulta online, diferenciando por categorías como sexo, edad y trabajador/a de la salud. Aspectos muy valorados en la consulta individual online fueron, entre los hombres y usuarios foráneos al sistema de salud público, que el acceso a la salud sea ágil y oportuno (58,6%,  $p < 0,001$ ; 57,2%,  $p < 0,005$ ); entre los trabajadores de salud y usuarios foráneos al sistema de salud público, que la atención sea integral (52,1%,  $p < 0,001$ ; 59,2%,  $p < 0,001$ ); y, entre trabajadores foráneos al sistema de salud y usuarios del sistema público de salud, que se entreguen los medicamentos (56,9%,  $p < 0,001$ ; 52,2%,  $p < 0,001$ ) (Tabla 4). Como aspectos a mejorar, entre las mujeres y los trabajadores foráneos al sistema de salud, emergió el diagnóstico oportuno (50,2%,  $p < 0,005$ ; 54,4%,  $p < 0,001$ ); entre trabajadores de la salud y hombres, emergió la infraestructura del establecimiento (49,9%,  $p < 0,001$ ; 43,1%,  $p < 0,001$ ); y, entre trabajadores del sistema de salud y mujeres, emergió la coordinación con el hospital (45,8%,  $p < 0,001$ ; 44,5%,  $p < 0,005$ ) (Tabla 4). En los conversatorios, se valoraron las distintas acciones y prestaciones de salud con las que se cuenta, destacando programas y atenciones en domicilio y en áreas distantes.

También la posibilidad de asegurar la continuidad de la atención cuando se requieren mayores niveles de complejidad asistencial, a través de la articulación y derivación a especialidades, destacándose el trabajo en red con el hospital.

*“Coordinación en red con el hospital, referencia y contrarreferencia con servicios de urgencia, entre otros”.* (Acta Conv. SSalud 135)

Se ha reconocido a la atención primaria de salud como “pilar fundamental” por su contribución a los objetivos sanitarios y a la reducción de la mortalidad y morbilidad a través de los programas que implementa, favoreciendo el aumento de la esperanza de vida. Finalmente, se ha reconocido un rol más allá de lo asistencial -como estrategia-, que contribuye al abordaje de las desigualdades de acceso, justicia social y derecho a la salud. Se ha señalado que brinda atención sin discriminación a diferentes grupos socioeconómicos, incluyendo grupos específicos como migrantes, pueblos originarios, personas en situación de discapacidad y

6 Conv corresponde a conversatorio.

7 El código de identificación de citas indica si se trata de Acta de Conversatorio, junto a un número de identificación de Servicio de Salud, correspondiente o si se trata de la transcripción del audio del conversatorio señalando el grupo u organización, comuna y región.

**Tabla 4. Aspectos valorados y demandas de mejora sobre la atención primaria, según sexo, trabajadores de sector salud u otros y usuarios del sistema público u otro en consulta individual online**

Variables	Frecuencia (%)						
	Sexo		Trabajadores sector salud		Usuarios del sistema salud público		
	Hombre	Mujer	SI	NO	SI	NO	
Aspectos valorados de la atención primaria	Que el acceso a la atención de salud sea ágil y oportuno	58,6%*	52,8%			53,3%	57,5%**
	Que la atención de salud sea integral			58,3%*	47,3%	50,7%	59,2%*
	Que el trato sea respetuoso			55,4%**	52,7%		
	Que se entregue medicamentos			40,5%	56,9%*	52,2%*	36,2%
	Que solucionen mi problema de salud	42,0%**	39,0%	42,0%**	38,7%	39,5%	43,7%**
	Que pueda consultar cuando necesito ayuda	34,0%	38,0%**				
	Que el establecimiento esté cercano a mi domicilio			29,8%	40,2%*	36,6%*	31,0%
	Que me atienda el mismo profesional	32,2%**	29,8%	23,7%	35,5%*	31,3%*	24,9%
	Que se coordine con otras instituciones			30,0%*	23,4%	25,6%	30,1%*
	Que aporte a la salud de la comunidad/ barrios	21,9%**	19,6%	22,4%*	18,6%		
Demandas de mejora	Que coordine e integre la atención otorgada en otros lugares			20,7%*	16,2%	17,4%	22,5%*
	El acceso a la atención de salud			44,4%	49,6%*		
	El diagnóstico oportuno	47,7%	50,2%**	43,2%	54,4%*		
	La coordinación con el hospital	40,9%	44,5%**	45,8%*	41,8%		
	La infraestructura del establecimiento	43,1%*	37,1%	49,9%*	30,0%		
	Los horarios de atención			30,5%	52,7%		
	El trato a las personas y familias			32,5%	36,4%*		
	La confianza en el equipo de salud			25,6%	28,6%**		
	La coordinación con otros sectores			27,7%*	19,6%		
	Las actividades con la comunidad			25,9%*	20,2%		
	La relación con la comunidad	24,1%*	18,5%	21,6%*	18,7%		
	El conocimiento de la comunidad			23,1%*	15,0%		
	Las atenciones que el equipo de salud realiza a domicilio	16,7%	18,5%**				
El lenguaje que utiliza el equipo de salud	15,9%	18,1%**					

\* p < 0,001

\*\* p < 0,005

adultos mayores, favoreciendo la democracia y la equidad en el acceso a la salud de la población más vulnerable del país:

*“Acogida y acompañamiento de grupos sociales vulnerables”.* (Funcionarios de salud, Acta Conv. SSalud 102)

*“Todos tienen cabida, es democrático y no hay distinción de clase social”* (Acta Conv. SSalud 131)

Se les han atribuido responsabilidades y acciones frente a determinantes sociales de la salud, lo cual representa un valor y a la vez expectativas.

*“La atención primaria tiene un rol súper importante de detectar enfermedades en la primera infancia y gestación. Enfermedades, problemas sociales y familiares; y de ahí se generan redes también con el municipio, o con los colegios, para tratar esas patologías o los problemas*

*sociales, de determinantes sociales, de educación y hasta vivienda”.* (Funcionaria de salud, Acta Conv. Comuna Calera de Tango, región Metropolitana)

Se han destacado acciones que favorecerían la desarticulación de mecanismos de producción de inequidad, como el empoderamiento de los/as usuarios/as para la exigencia de sus derechos, el trabajo con autoridades sobre necesidades locales, el compromiso con la comunidad y la atención de grupos vulnerables sin discriminación.

*“Aterrizan las políticas de salud en el territorio en beneficio de la población a cargo, tiene un rol preventivo esencial y permite gestionar los problemas desde los determinantes sociales”* (Acta Conv. SSalud 135)

**b) Modelo integral de salud familiar y comunitario**

El modelo integral de salud familiar y comunitario (Modelo, de ahora en adelante) en atención primaria emergió como parte sustancial del valor social de la atención primaria en algunos resultados de la consulta individual online, pero especialmente en el marco de conversatorios y su producción cualitativa. Las referencias al modelo han establecido, desde el ideal teórico, el valor del enfoque instalado y las brechas en su implementación. Se ha valorado que el modelo haya aportado un cambio de enfoque en la atención primaria, otorgando importancia a la atención por un equipo de cabecera y que esta atención haya ido más allá de lo individual abarcando toda la familia.

*“Se preocupa de la salud de todos los integrantes de la familia” (Red de Cuidadores de postrados, Acta Com. SSalud 92).*

Destacaron, fuertemente, como desafíos, los componentes promocional y preventivo, la integralidad<sup>8</sup> y continuidad de la atención<sup>9</sup> y la participación social. La integralidad de la atención ha sido muy valorada, ya que fue uno de los cuatro aspectos señalados con mayor frecuencia en la consulta individual online, con un 52,1% de menciones. Su implementación ha sido relacionada en los conversatorios con el trabajo multidisciplinario que realiza la atención primaria y en el que todos los profesionales aportan.

*“Se preocupa de la salud de las personas y sus familias de manera integral con un enfoque biopsicosocial”. (Acta Com. SSalud 101).*

La continuidad de atención ha sido considerada como el seguimiento y control de los/as usuarios/as en los programas que se desarrollan en atención primaria a lo largo del ciclo vital, en el que resulta menos visible, desde el modelo, un componente de continuidad de atención entre niveles asistenciales, el cual sí emerge en el rol de atención primaria en la red.

El trabajo con el intersector ha sido reconocido, en menor medida, como aporte y mejora frente a aspectos asistenciales, tanto en la consulta individual online, como en los conversatorios. Los participantes que lo mencionan destacan principalmente: la interacción entre salud y educación y la participación de otros sectores del accionar a nivel municipal dependiendo del contexto comunal.

Al identificar cursos de mejora de la salud de las comunidades, el Modelo, en el marco de la estrategia de atención primaria, ha adquirido protagonismo. La educación y la información hacia la comunidad han sido visualizadas como acciones que impactan

la salud preventiva y el empoderamiento de las personas y comunidades. En el marco del Modelo, el vínculo entre equipos, comunidades y sus acciones son percibidos como oportunidades para abrir caminos de trabajo y co-construcción de mejor salud, en articulación con su diversidad, recursos sociales y culturales.

### c) Valores

De manera transversal a las distintas formas de la consulta, el “respeto” emerge como un valor central en las reflexiones sobre atención primaria, en las que, junto con reconocer positivamente la calidad de la relación entre equipos y comunidad, este concepto constituye una gran expectativa y demanda. Del mismo modo, los aportes que se visualizan a la “equidad” desde atención primaria se transforman en un valor central esperado para el sistema.

En la consulta individual online, la pregunta abierta *¿Cuáles son los valores sobre los que debiera construirse una política de salud?* recogió un significativo conjunto, entre los cuales algunos concentraron una gran frecuencia en sus menciones: en orden descendente Respeto, Oportunidad, Equidad, Calidad, Confianza y Empatía (Figura 1). Esto ha sido refrendado en los conversatorios, en los que aparecieron estos contenidos relacionados tanto con el aporte reconocido a atención primaria como por lo necesario de mejorar. En los conversatorios, aspectos relativos a la construcción de relaciones entre las personas, han sido abordados reconociendo positivamente el vínculo entre equipos de atención primaria y comunidad como el trato recibido. Por su parte, la consulta individual online lo identificó como el segundo aspecto más valorado en la salud de las comunas: *“que el trato sea respetuoso”*, con un 53,9% de participantes que lo señalaron entre sus preferencias. Junto a ello, también apareció *“el trato hacia las personas y familias”* dentro de los aspectos a mejorar, con un 34,7% de los participantes, porcentaje que aumentó al analizar por separado al grupo que se declaró como comunidad, quienes con un 45,8% lo posicionaron en el tercer lugar de importancia.

Otro eje valórico que apareció con fuerza fue la equidad e igualdad, cuyas menciones se situaron dentro de las más destacadas (Figura 1). En los conversatorios, estas constituyeron dimensiones del valor social percibido de atención primaria, junto a otros, como la solidaridad, que los/as participantes relacionaron también al contexto de

<sup>8</sup> Se entiende por integralidad a la disponibilidad de una cartera de servicios suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano (7).

<sup>9</sup> Se entiende por continuidad de la atención al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo (7).

sistema público de salud. Reconocen en la atención primaria el acceso universal, sin pago directo, sin distinción y con especial acogida a grupos vulnerables. En ese contexto, destacaron menciones sobre el aporte de la atención primaria a la construcción de la “salud como un derecho”, lo cual posicionó en un lugar muy relevante en la consulta la

demanda por el cambio constitucional, quedando recogido en el primer compromiso del documento de posición.

*“Derecho garantizado de salud constitucionalmente”.* (Acta Conv. SSalud 15).

*“Transformar la salud en un derecho social... quitar la lógica de mercado en salud”.* (Acta Conv. SSalud 81).

### Figura 1. Compromisos suscritos en documento de posición respecto al valor social de APS en Chile

Desde el proceso participativo iniciado en noviembre de 2016, nos comprometemos a:

Impulsar la revisión del estado actual del sistema de salud, su financiamiento y organización, para hacer reformas que mejoren la equidad y la satisfacción de la población. Estas deben considerar:

1. Incorporar el derecho a la salud integral, equitativa y de calidad en la carta de derechos sociales de una nueva constitución.
2. Fortalecer un sistema de salud basado en Atención Primaria con el debido respaldo normativo de un modelo de atención de salud integral familiar y comunitaria, con pertinencia territorial y de género.
3. Avanzar hacia un aseguramiento único y universal, para resguardar que personas con el igual necesidad reciban igual atención.
4. Mejorar la articulación de la red asistencial, especialmente la cooperación y comunicación entre niveles de atención, eliminando la fragmentación.
5. Promover e instalar la participación vinculante de nuestros Consejos de Desarrollo Local y/o Comunidad Organizada.
6. Reconocer el respeto como un valor central en nuestras relaciones personales y estructurales; espontáneas e institucionales, que se traduce en un buen trato recíproco.
7. Generar un proceso amplio, participativo y transparente para realizar la necesaria revisión de la Reforma de Salud.
8. Fortalecer la promoción y el trabajo intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud, asumido como una responsabilidad de Estado a nivel nacional y local.
9. Mejorar los modelos de administración, y gestión en salud a nivel nacional, regional y comunal, para generar una atención oportuna y de calidad.
10. Aumentar progresivamente el financiamiento justo de la Atención Primaria, mejorando la supervisión y evaluación sobre el uso de los recursos y la capacidad de respuesta integral.
11. Formular una política de desarrollo de recursos humanos en salud, incluida la formación de pre-grado, a través de Perfiles de Desempeño, que incorpore el enfoque de salud integral, transdisciplinario, con eje en la Atención Primaria, el enfoque de derechos, y la humanización, buen trato y calidad de la atención y el cierre de brechas de recursos humanos existentes.
12. Generar los incentivos, pecuniarios y no pecuniarios, necesarios y financiables, para atraer y mantener los equipos en los Centros de Salud.
13. Profundizar acciones hacia los grupos más vulnerables y vulnerados de la sociedad que permitan su pleno ejercicio de derechos en salud y calidad de vida, evitando la estigmatización.
14. Avanzar en el cierre de brecha de infraestructura, acorde al Modelo de atención y a una política territorial, asumiendo no sólo la necesaria construcción de nuevos centros de salud rurales y urbanos, sino que generando mejoras en los actuales establecimientos.
15. Mejorar la capacidad resolutoria de nuestros centros de salud, en consonancia con el Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.
16. Fortalecer el Sistema Público de salud, para evitar traspaso de recursos públicos a prestadores privados.
17. Ampliar los espacios de participación y discusión en torno al valor social de la Atención Primaria, basados en la co-construcción de la salud en el territorio.
18. Aumentar el control social de parte de la sociedad civil sobre las acciones que la Atención Primaria realiza en el territorio, para garantizar un adecuado uso de los recursos públicos.
19. Integrar el autocuidado y cuidados de la familia y comunidades como eje fundamental para lograr una mejor calidad de vida, acercando el trabajo de los equipos de salud al territorio.
20. Mejorar la comunicación e información a los usuarios respecto de los servicios ofrecidos y el funcionamiento de las redes de atención.
21. Innovar las metodologías de educación en salud hacia usuarios y usuarias, internos y externos.
22. Avanzar hacia un registro clínico electrónico integrado, de administración pública.
23. Generar un documento que indique la operacionalización de algunas estrategias prioritarias de corto y mediano plazo.

Junto a lo anterior, quienes suscribimos este documento, nos comprometemos a aportar, según nuestras capacidades, en los distintos espacios de participación existentes a la construcción de un sistema de salud con más justicia social, valoración de la diversidad, con calidad y respeto por cada uno de los actores que en ella participan. Asimismo, revisar avances del cumplimiento de las ideas, propuestas y sueños enunciados en esta declaración.

Este documento recoge las opiniones de las más de 10.000 personas quienes participaron en los 387 conversatorios realizados a lo largo de todo el territorio nacional, de similar número de personas que participaron a través de la consulta individual y de las personas que asisten a este Congreso de Atención Primaria; construyendo valor social, en el cual ratificamos y suscribimos este documento de posición.



(Representante de la comunidad, Acta Conv. Comuna de Los Ángeles, región del Biobío)

### e) Cambios estructurales sugeridos para la atención primaria chilena

Parte de las propuestas de mejora recogidas se refirieron a materias estructurales de la política sanitaria chilena e implicarían cambios en los principios en los que se sustenta el sistema de salud actual. Serían transformaciones que apuntan a la necesidad de una reforma sanitaria de carácter amplia, participativa y transparente que contemple, principalmente, aspectos de financiamiento y recursos humanos con una acción protagónica del Estado. Se señaló la necesidad de revisión del financiamiento referido a los mecanismos usados en atención primaria, haciendo hincapié en la supervisión y evaluación sobre el uso de los recursos y la capacidad de respuesta integral. También se enfatizó la necesidad de fortalecer el sistema público de salud, para evitar el traspaso de recursos públicos a prestadores privados.

*“Para mí es grave, porque no se está cuidando la salud pública, hay un germen de ir a lo privado, incluso desde nuestras instituciones públicas de derivar a lo privado y disminuir la fortaleza que tiene la instancia pública y se está debilitando, ese es un problema grave de todos los gobiernos”.* (Representante de la comunidad, Acta Conv. Comuna de San Ramón, región Metropolitana)

Respecto de los recursos humanos, los participantes plantearon la necesidad de formular una política de desarrollo de recursos humanos en salud, incluida la formación de pre-grado, a través de perfiles de competencias que incorporen el enfoque de salud integral, transdisciplinario, con la atención primaria como eje, el enfoque de derechos, humanización, buen trato, calidad de atención y cierre de brechas existentes de recursos humanos. Además, generación de incentivos pecuniarios y no pecuniarios para atraer y mantener los equipos en los centros de salud. Los participantes señalaron que dichos cambios serían necesarios para generar una nueva constitución que garantice el derecho a la salud integral, equitativa y de calidad. Esta ambición surgió del conjunto de valores de la política de salud que fueron destacados a través de la consulta individual online, en sintonía con lo expresado en los conversatorios y en las discusiones del Congreso, apuntando fundamentalmente a las dimensiones del valor social percibido de la atención

primaria, como solidaridad y equidad.

Finalmente, a modo de síntesis, las respuestas dadas por las personas que participaron en los conversatorios a las preguntas de los conversatorios se describen, agrupadamente, en la Tabla 5.

**Tabla 5. Frecuencia de respuestas en actas de conversatorios a nivel nacional según grandes temas**

Dimensión de pregunta	Categorías de respuesta	N	Frecuencia relativa
¿Cómo la Atención Primaria aporta a la salud de todos y todas?	Atención de salud		40%
	Modelo de atención de salud		39%
	Rol de la APS en la red		11%
	Salud y vida en comunidad		6%
	Determinantes sociales de la salud		4%
	Total	2.655	100%
¿Qué necesitamos para lograr una mejor salud en nuestra comuna? ¿Y en el país?	Modelo de Atención y prácticas en atención primaria		27%
	Difusión, organización y gestión de servicios		20%
	Recursos humanos		20%
	Recursos físicos y equipamiento		16%
	Factores estructurales y determinantes sociales de la salud		10%
	Calidad de atención, resolutiveidad y trato usuario		7%
Total	3.430	100%	

## DISCUSIÓN

El presente artículo describe los elementos centrales en torno al valor social y oportunidades de mejora de la atención primaria de salud que emergieron del proceso de consulta nacional dirigida a personas naturales, funcionarios de salud y miembros de la sociedad civil de Chile.

El proceso de consulta nacional se desarrolló en tres modalidades: consulta individual online, conversatorios grupales y un Congreso de Atención Primaria. En la modalidad de consulta individual online participaron 10.145 personas de las cuales 74,1% fueron mujeres, 43,3% trabajadores del sector salud y 84,2% usuarios del sistema público de salud. Se realizaron 408 conversatorios a lo largo de Chile, en los que participaron

10.513 personas, la mayoría mujeres (73%). Por último, en la modalidad de Congreso de Atención Primaria participaron 959 personas, de las cuales 65% fueron mujeres y 50% de los participantes provenía del sector salud.

La participación femenina en estas instancias de consulta nacional es relevante, ya que las mujeres son las que utilizan en mayor medida los servicios de salud (17) y, por ende, podrían conocer mejor cómo funciona la atención primaria, al menos, en lo que respecta a la provisión de servicios de salud. Su experiencia empírica en torno a la atención primaria es de vital importancia al momento de recoger sus puntos de vista en la consulta nacional. Asimismo, esto contribuye a aumentar la participación social de las mismas en el sector salud, ya que, si bien hasta el momento es escasa la evidencia que de cuenta de participación femenina en atención primaria de salud, es sabido que la participación social global femenina en diferentes ámbitos de la vida pública es baja en comparación con la de los hombres (18,19).

Con respecto a los resultados analizados desde una mirada secuencial-explicativa, en relación al rol de la atención primaria, la sociedad civil cree que ésta debe ser el cuerpo esencial en todo sistema de salud, dada su cualidad no discriminatoria, en la que se puede ejercitar el derecho a la salud. Igualmente, su capacidad de ejercer alta presencia en el territorio, la ventaja de ser el primer contacto que las personas tienen con el sistema de salud en conjunto, la posibilidad de otorgar acceso ágil y oportuno a las prestaciones en salud, con la oportunidad de brindar atenciones integrales y con dispensación gratuita de medicamentos son atributos altamente valorados por la sociedad civil chilena. De igual modo, se le reconoce a la atención primaria la capacidad de desarticular mecanismos de reproducción de inequidades y favorecer el empoderamiento de las personas. Esto es totalmente coincidente con los hallazgos y evidencia recogida por Bárbara Starfield, quien fundamentó que los atributos de la atención primaria vinculados con ser el primer contacto, con la entrega de atención de salud a las personas a lo largo de su curso de vida, con el abordaje integral de los problemas de salud de las personas y con la coordinación de los cuidados que las personas requieren son las cualidades por las cuales la atención primaria es la mejor estrategia para desarrollar la salud en las naciones (4). Sin embargo, y a pesar de que la estrategia de atención primaria se ha transformado, desde que fue propuesta en 1978, en la política con mayor nivel de consenso

global entre los actores del sector salud en pos de garantizar el derecho universal a la salud, a la hora de implementar la misma, este consenso se diluye y aparecen diferencias sustanciales (20). Y es que, básicamente, aunque se indica que la atención primaria es el eje de la reforma de salud del año 2000 en el país, no se realizan propuestas de reorganización para darle la centralidad que, políticamente, se dice debería tener (21).

Luego, con respecto al Modelo integral de salud familiar y comunitario, los hallazgos obtenidos señalan que las personas que participaron en el proceso de consulta están en conocimiento de su existencia y de su valor social asociado, destacándose referencias al Modelo en relación a su ideal teórico, el valor presente del Modelo implementado y las brechas en su implementación. De ese modo, se destaca una percepción bastante generalizada de que el Modelo de atención en Atención Primaria ha cambiado positivamente, da relevancia al trabajo de los equipos de cabecera y el abordaje familiar de los procesos de salud y enfermedad "abarca no *"solo el problema del paciente sino que la familia"*, *recibiendo una atención integral, cálida, y con un equipo multidisciplinario*". No obstante, como importante brecha se reconoce la instalación de los componentes promocional y preventivo y la ejecución de los principios de integralidad y continuidad de la atención. Asimismo, se señala que las mejoras en la implementación del Modelo, específicamente en los componentes promocionales y preventivos, se beneficiarían de aumentar la educación y la entrega de información hacia la comunidad y del trabajo de empoderamiento con las personas y las comunidades. Precisamente en este último aspecto, el vínculo entre los equipos de salud y las comunidades son vistas como oportunidades de co-construcción de una mejor salud.

Estas reflexiones contrastan con las evaluaciones del Modelo efectuadas por parte del Ministerio de Salud. En la evaluación de ejecución del año 2017, la implementación del eje o ámbito de salud familiar, que desde el año 2015 se ha incrementado progresivamente, fue el menos logrado, en promedio, en todos los establecimientos de atención primaria evaluados (entre un 41% y 50% de implementación), mientras que los ejes o ámbitos de prevención, promoción y participación social tuvieron mejores niveles de implementación (en promedio, entre un 51% y 80%) (22). No obstante, la percepción de las personas que trabajan o usan los servicios de atención primaria difiere de estos resultados evaluativos, ya que, en general, perciben que la atención primaria ha destinado

mayores esfuerzos en ejercer su rol curativo que el preventivo y promocional (23) y que la participación social es un ámbito que se encuentra constantemente contraído por los factores del contexto político que la afectan: nivel de participación consultivo, liderazgo autoritario, participación como medio utilitarista para alcanzar los objetivos incentivados, resistencia al cambio por parte de los equipos, entre otros (23).

Cuando se aborda el ámbito de valores, el respeto es uno de los valores que se presenta transversalmente en las tres modalidades de la consulta nacional, otorgando la mayor relevancia a la relación entre las personas. En este escenario, respeto se entiende como un valor central en nuestras relaciones, personales y estructurales; espontáneas e institucionales, que se traducen en un buen trato recíproco. Luego, otros valores que emergen de la consulta nacional son la equidad y la igualdad que se vinculan a la idea de solidaridad que debiera impregnar el sistema público de salud, manifestado a través del acceso universal y de la salud como derecho.

Que el valor del respeto emerja en las tres modalidades de la consulta nacional se relaciona con las dificultades experimentadas y vividas en el ámbito del trato a los usuarios del sector salud. Según reportes de la Superintendencia de Salud (2015) (24), la sensación generalizada de los usuarios de salud es de vulneración de sus derechos por parte del sistema de salud chileno. Asimismo, la sensación de los médicos y médicas, como representantes insignes del sistema de salud, es de deshumanización y despersonalización por la excesiva tecnificación y exigencia de generar cantidades de atenciones versus calidad de las mismas (25).

Con respecto a la participación, las personas sostienen que es un método que contribuye al desarrollo de actividades de promoción y prevención y que es el objetivo esperado de hacer comunidad y de valor social, para mejorar la salud de las personas e involucrarlas crecientemente hacia una participación vinculante. Sin embargo, la experiencia empírica de las personas no necesariamente es de participación activa, sin perjuicio de que reconozcan en ésta ventajas tales como que permite conocer mejor a la comunidad, mejora la ejecución de actividades preventivas coherentes con las diferentes realidades territoriales y que permite la co-construcción de la salud entre funcionarios de salud y la comunidad.

El ideal fundado de esta percepción sobre la participación social en salud se justifica por el desarrollo teórico que ha habido al respecto y por

la evidencia disponible. A nivel nacional, las personas que se vinculan con la gestión en atención primaria sienten que el compromiso comunitario es un desafío crítico en curso que tiene evidencia de que su funcionamiento efectivo empodera a las comunidades, ajusta los servicios de salud a sus necesidades y compromete una co-construcción de la estrategia de atención primaria; no obstante, no son experiencias masivas a lo largo de Chile (23).

Por último, en torno a los cambios estructurales comprendidos como espacios de mejora de la atención primaria sugeridos por las personas, surge la necesidad de una reforma sanitaria de carácter amplia, participativa y transparente que contemple aspectos de financiamiento y recursos humanos con una acción protagónica del Estado. No obstante, estos cambios no serían posibles sin antes generar cambios en la constitución del país que garantice el derecho a la salud integral, equitativa y de calidad. Avanzar en cambios constitucionales sobre el derecho a la salud y la atención primaria es algo que existe en otros países del mundo. No obstante, el Estado chileno, durante el período de la dictadura militar, abandonó los principios de universalidad e igualdad y en su lugar se implementaron políticas de atención primaria con visión selectiva y focalizada en sectores más vulnerados de la población. Desde 1990, con el retorno de la democracia, el derecho a la salud se ha convertido en una preocupación decidida de los ciudadanos. La constitución política aún vigente (26), que declara como derecho “el acceso a la salud” es percibida por los actores de esta consulta como factor fundamental para la mantención de la configuración de un Estado subsidiario que contribuye a profundizar las desigualdades en salud (27). La coexistencia de dos sistemas, uno público, solidario y democrático y otro privado en la lógica del mercado de la salud y las transferencias de recursos públicos al privado impediría garantizar universalidad y equidad.

Finalmente, todo lo discutido a partir de los resultados obtenidos en las tres modalidades de consulta nacional permite concluir ciertas brechas discursivas entre ideales teóricos y realidad. La obtención de una imagen ideal desde las percepciones sobre el valor social de la atención primaria, da cuenta de representaciones sociales ancladas en teoría más que en lo experiencial. Esto muestra una apropiación de los horizontes teóricos que pertenecen al Modelo, pero también una distancia de la implementación deseada, lo que facilita la visualización de lo que falta por

hacer. En cuestiones relacionadas con los principios orientadores del Modelo, la percepción de la atención primaria como eje del sistema de salud o la construcción concreta de sus valores, el aporte testimonial de las personas ha sido más limitado.

Las limitaciones de este estudio se relacionan con su cualidad de estudio transversal, en el que las variables descriptivas fueron medidas simultáneamente y las asociaciones significativas efectuadas no pueden ser atribuibles a causalidad. Asimismo, el número de participantes no necesariamente constituye una muestra representativa, dado que el objetivo del estudio es describir los elementos centrales en torno al valor social de la atención primaria y oportunidades de mejora de los que participaron de la consulta nacional, es decir, solo representa a los propios participantes. Las limitaciones en la recogida de datos obedecen al método y alcance de la consulta, donde es posible observar una mayor representación de trabajadores/as de la salud en la consulta individual online y de comunidad organizada en los conversatorios.

### **CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS:**

A cuarenta años de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud efectuada en Alma Ata, ex Unión Soviética, reflexionar sobre el valor social de la atención primaria, es decir, sobre el importe que hacen las personas del uso y goce de la estrategia de atención primaria más allá del valor monetario de la misma, en tanto política pública, y que sienta bases compartidas, acerca de los objetivos deseables y estándares exigibles, se hace imprescindible para nuestro país.

Es por eso que la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud realizó una consulta nacional, en tres modalidades, para conocer los elementos centrales en torno al valor social y oportunidades de mejora de la atención primaria de salud que emergieron del proceso de consulta nacional dirigida a personas naturales, funcionarios de salud y miembros de la sociedad civil de Chile.

A partir de los resultados, es posible concluir que el valor social atribuido a la atención primaria por parte de las personas de la sociedad civil es alto y positivo, reconociéndole su esencialidad para el sistema de salud conjunto, las condiciones de posibilidad de otorgar respeto, equidad y justicia social, mediante su capacidad de desarticulación de mecanismos de reproducción de inequidades. Sin embargo, las oportunidades de mejora recogidas también son fundamentales, porque evidencian las brechas necesarias en políticas públicas para

subsanan con el fin de fortalecer la atención primaria. En ese sentido, avanzar en el desarrollo de estrategias de promoción y prevención basadas en atención primaria, mejorar la implementación de los principios integralidad y continuidad de la atención, robustecer las instancias de participación social en salud y la necesidad de avanzar hacia una reforma sectorial incluyendo el derecho a salud en la constitución nacional marcan la senda hacia la mejora continua y el fortalecimiento de nuestra estrategia de atención primaria nacional.

### **REFERENCIAS:**

1. Chan M. Return to Alma-Ata. *Lancet*. 2008;372(9642):865–6.
2. Alma-Ata. Conferencia internacional sobre atención primaria de salud, Alma-Ata, URSS. [Internet]. Pan American Health Organization. Alma Ata, ex URSS; 1978. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>
3. Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income inequality, primary care, and health indicators. *J Fam Pract*. 1999;48(4):275–84.
4. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* [Internet]. 2005;83(3):457–502. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2690145&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
5. Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Heal*. 2004;14(3):246–51.
6. Starfield B. Primary Care and Equity in Health: The Importance to Effectiveness and Equity of Responsiveness to Peoples' Needs. *Humanity Soc* [Internet]. 2009;33(56-):56–73. Available from: [http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications\\_PDFs/A243.pdf](http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/A243.pdf)
7. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigido a equipos de salud [Internet]. Santiago, Chile; 2013. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
8. World Health Organization (WHO). Western Pacific Regional Strategy for Health Systems Based on the Values of Primary Health Care [Internet]. First Edit. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010. 1-72 p.

Available from: [http://www.wpro.who.int/topics/health\\_systems/wpro\\_strategy\\_health\\_systems\\_primary\\_health\\_care.pdf](http://www.wpro.who.int/topics/health_systems/wpro_strategy_health_systems_primary_health_care.pdf)

9. Kim YJ, Lee CI. Social values and economic dynamics. *J Econ Dyn Control* [Internet]. 2015;53:69–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jedc.2015.01.008>

10. Jike VT. Social Values and Public Health : An Interpretive Development Perspective in Nigeria. *Glob J Hum Soc Sci*. 2010;10(4):46–51.

11. Guibu IA, Moraes JC De, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio F de A, Costa KS, et al. Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2017;51(suppl.2):1–13. Available from: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139743>

12. Haggerty J. Measurement of Primary Health Care Attributes from the Patient Perspective. *Healthc policy*. 2011;7(Special issue):166.

13. Illanes MA. “En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia (...)”. *Historia Social de la Salud Pública Chile 1880-1973*. Segunda Ed. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2010. 515 p.

14. Molina C. El período de la dictadura militar: 1973-1989. In: Ediciones L, editor. *Institucionalidad sanitaria chilena 1889-1989*. Primera Ed. Santiago, Chile; 2010. p. 173–91.

15. OECD. Health at a Glance 2015. How does Chile compare? [Internet]. Paris, Francia; 2015. Available from: <https://www.oecd.org/chile/Health-at-a-Glance-2015-Key-Findings-CHILE.pdf>

16. Ministerio de Salud. Documento de posición respecto del valor social de la Atención Primaria de Salud [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2017. Available from: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/11/Posición-respecto-del-valor-social-APS.pdf>

17. Rotarou ES, Sakellariou D. Determinants of utilisation rates of preventive health services: evidence from Chile. 2018;1–11. Available from: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-018-5763-4>

18. Comunidad Mujer. Mujer y política: por una mayor participación femenina en la toma de decisiones públicas [Internet]. Santiago, Chile; 2002. Available from: <http://www.comunidadmujer.cl/biblioteca-publicaciones/wp-content/uploads/2012/03/>

BOLETIN-marzo-final-2012-VF.pdf

19. Arcos E, Sánchez X, Bailey C, González L, Vollrath A, Muñoz LA. Capital social de las mujeres mayores usuarias de la red pública de la Atención Primaria de Salud. *Rev Med Chil* [Internet]. 2016;144(8):972–9. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872016000800003&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000800003&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

20. Ase I, Buriyovich J. El enfoque de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colect*. 2009;5(1):27–47.

21. Torres-Tovar M, Paredes-Hernández N. Derecho a la salud: Situación en países de América Latina [Internet]. 2005. Available from:

<http://www.alames.org/index.php/documentos/libros/medicina-social/informes/61-derecho-a-la-salud/file>

22. Ministerio de Salud. Informe Final Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario. Santiago, Chile; 2017.

23. Frenz P, Alfaro T, Orsini M, Alaniz R, Aguilera H, Acevedo J, et al. Country Case Study: Chile Learning from promising primary care practice models for the USA. 2014. 21-22 p.

24. Superintendencia de Salud. Estudio de Usuarios de Salud respecto de la Ley de Derechos y Deberes [Internet]. Gobierno de Chile. Santiago, Chile; 2015. Available from: [http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-12611\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-12611_recurso_1.pdf)

25. Bascañán ML. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev Med Chil* [Internet]. 2005;133(1):11–6. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v133n1/art02.pdf>

26. Gobierno de Chile. Constitución política de la República de Chile [Internet]. Constitución Política de la República de Chile Chile; 1981 p. 1–111. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Constitución+política+de+la+república+de+chile#1>

27. Allard R, Hennig M, Galdámez L. El derecho a la salud y su (des)protección en el estado subsidiario. *Estud Const* [Internet]. 2016;14(1):95–138. Available from: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0718-52002016000100004&lng=es&nrm=iso](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-52002016000100004&lng=es&nrm=iso)



# Resignificando el rol del médico en Atención Primaria

The role of the doctor in Primary Care: new meaning

Jonathan Troncoso R. <sup>1</sup>

## RESUMEN

---

La Atención Primaria de Salud (APS) ha demostrado ser una estrategia que logra mejores resultados, mayor resolutivez, menores costos y mayor equidad en salud en nuestras comunidades. Nuestro país ha avanzado en la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario (MAIS) a lo largo de todo el territorio. Sin embargo, se observan condicionantes laborales (el reduccionismo en lo clínico, bajo tiempo de atención y falta de incentivos para el perfeccionamiento continuo) y de la formación de pregrado (hospitalocentrismo formativo) que actúan desfavoreciendo la elección por la práctica generalista y la elección de la Medicina Familiar como especialidad. Avanzar en la implementación efectiva del MAIS implica dotar del recurso humano calificado a la APS, siendo el Médico de Familia el profesional más capacitado para aquello por sus ámbitos propios de acción.

**Palabras claves:** *Atención Primaria, Medicina Familiar, Recursos Humanos, Educación Médica.*

Treinta y nueve años han transcurrido desde que la Declaración de Alma-Ata puso en relieve la importancia de la Atención Primaria (APS) para la salud de las comunidades. Desde aquel entonces hemos transitado desde una concepción de APS como canasta básica de intervenciones en salud para poblaciones desfavorecidas, hacia un Sistema de Salud que tiene al centro la APS como una estrategia que brinda cobertura universal, una atención centrada en las personas y un cuidado continuo de manera integral (1,2).

Durante este transitar se ha acumulado evidencia que muestra que países con una APS fuerte logran mejores indicadores en salud en comparación con aquellos con una APS débil (3). Por otro lado, con el desarrollo de la Medicina Familiar como especialidad se ha evidenciado que existen atributos propios de la disciplina que se asocian a una mejoría en la satisfacción de los usuarios e indicadores de salud: como la continuidad del cuidado, una buena relación médico-paciente y un tiempo adecuado de consulta (4).

La experiencia en EEUU ha mostrado que tener un Médico de Familia a quien consultar con regularidad disminuyó el costo anual de atención de salud, el número de consultas, la prescripción de medicamentos en un 25% y se reportó menor dificultad para acceder a la atención (esto más que un pediatra, internista u otras subespecialidades) (5). Así mismo el aumento de 1 médico en APS por 10.000 habitantes disminuyó en un 2,5% la mortalidad infantil, en 3,2% el bajo peso al nacer y en 1.44 muertes por 10.000 habitantes (5).

En Chile, la experiencia de la Red de Centros de Salud Familiar ANCORA-UC ofrece un ejemplo de resultados similares a nivel local. La red ANCORA mostró un aumento de la efectividad clínica expresada en disminución de 25% derivaciones a nivel secundario, 70% de consultas a urgencias y 30% de hospitalizaciones en comparación con CESFAM municipales de las comunas de Puente Alto y La Pintana donde están insertos. Este aumento de la efectividad clínica se tradujo en un ahorro de 1690 millones de pesos durante el año 2010 y una mayor satisfacción usuaria (6).

Pese a la experiencia y los esfuerzos nacionales por implementar el Modelo de Salud Familiar (7-10) se observa una fuerte brecha entre la teoría y la realidad de la APS municipal chilena, que nos lleva a cuestionarnos las razones por las cuáles la APS y Medicina Familiar no es atractiva para los médicos, pese a la evidencia acumulada que muestra su necesidad para las poblaciones y su efectividad en los sistemas de salud.

---

Recibido el 17 de mayo de 2018. Aceptado el 04 de octubre de 2018.

<sup>1</sup> Residente de Medicina Familiar UC. Correspondencia a: j.troncoso.rivera@gmail.com

Al analizar los resultados del último concurso de especialidades médicas del Ministerio de Salud (CONISS 2017) se observa que los resultados en la especialidad de Medicina Familiar son preocupantes. De los 41 cupos ofertados por las 7 universidades formadoras sólo se tomaron 12 (29% del total ofertado) y 4 universidades no lograron matricular a ningún residente<sup>2</sup>. Estos resultados no facilitan cerrar la brecha de Médicos de Familia (11).

Aunque estos resultados puedan parecer alarmantes, es una realidad no sólo de Chile, sino que compartida en otras regiones del mundo. En España (un país con una APS fuerte) el último concurso MIR para acceder a especialización fue el peor en 5 años para la Medicina Familiar, ya que de las 1771 plazas ofertadas (la especialidad con más capacidad formadora del país) sólo se tomaron 80, mientras que de los primeros 500 primeros lugares del concurso sólo 3 tomaron Medicina de Familia (12,13).

El siguiente ensayo busca reflexionar sobre las condicionantes laborales y del pregrado que actúan desfavoreciendo la elección por la práctica generalista y la elección de la Medicina de Familia.

### **EL REDUCCIONISMO DE LO CLÍNICO EN LA APS MUNICIPAL**

La labor médica en APS suele reducirse en muchos lugares a lo clínico. Las jefaturas no están interesadas en tener médicos gestores, investigadores, educadores y promotores de salud, pues brindar tiempo laboral a estas áreas resulta una merma en la disponibilidad ya reducida de horas de atención médica. Uno de los enfoques predominantes en el equipo gestor es que *“el médico tiene que estar la mayor parte del tiempo en su box y mientras más número de pacientes vea en una hora mejor”*.

Esta lamentable concepción no está en consonancia con los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria promovido por el MINSAL (7), ni tampoco con los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por fortalecer el rol de la APS en los sistemas de salud (2).

La APS municipal a través de la contratación vía Ley 19.378 no parece ser una opción atractiva de desarrollo profesional para un médico recién egresado en parte por el reduccionismo de lo clínico, la sobrecarga laboral, el bajo tiempo de atención, la falta de incentivos para el perfeccionamiento continuo, baja integración de la red

(APS y nivel secundario no dialogan), el cumplimiento de las metas absorben el quehacer, sueldos no competitivos y variables entre municipios, falta de insumos, medicamentos e infraestructura, equipos poco motivados y con baja capacitación en el Modelo de Salud Familiar, jefaturas rígidas, entre otras.

No sorprende entonces encontrar médicos frustrados, con un alto nivel de burnout que finalmente redundan en una alta rotación en APS. Se estima que 40% de los Médicos alcanza menos de 1 año de antigüedad como médicos generales y que el 70% no supere los 3 años, evidenciando una fuerte tendencia a la especialización por sobre la práctica generalista (14).

### **EL HOSPITALOCENTRISMO FORMATIVO DE LAS UNIVERSIDADES**

La OMS señala como causa importante de ineficacia y desigualdad la focalización desproporcionada en los hospitales y la subespecialización. Esto generaría en los sistemas de salud mayores costos, una medicalización innecesaria e iatrogenia, dejando de lado aspectos humanos y sociales de la salud (1).

Un sistema formativo centrado en el hospital también es ineficaz y desigual, puesto que distorsiona el proceso de enseñanza y la consecución de los perfiles de egreso declarados. Al analizar la orientación formativa de medicina en Chile se encuentra una alta heterogeneidad entre lo generalista y lo especialista. Diez universidades declaran un perfil generalista, seis orientados hacia la especialización, cinco mencionan ambos y cuatro no especifican un perfil definido (15).

Pese a las declaraciones de las universidades existe una fuerte influencia del currículo oculto e informal que distorsionaría el proceso formativo. En una universidad con perfil generalista se ha observado que sus estudiantes asignan mayor importancia a practicar una atención clínica integral no centrada en especialidades durante los primeros años de la carrera. Sin embargo, al transcurrir los niveles y principalmente en el internado esta relación se invierte cobrando mayor importancia una atención por especialidades (14). Recientemente en Inglaterra un reporte realizado por el *Medical Schools Council y el Health Education England* buscó investigar la causas detrás del bajo interés de los estudiantes de medicina por ser *General Practitioner*, proponiendo un sistema de apoyo para orientarlos hacia la Medicina Familiar que incluye entre otras

2 Elaboración propia al cruzar los datos de los cupos ofertados y tomados en el Concurso CONISS 2017 del Ministerio de Salud

estrategias intervenir en aspectos del currículo formal, informal y oculto (16).

Este mismo estudio mostró que los estudiantes ingleses perciben la práctica generalista como poco desafiante y con un bajo nivel de reconocimiento social. Esto frente al escenario tecnológico, académico y de retorno monetario propio del nivel secundario y terciario. En este sentido, se ha observado que en EEUU los estudiantes con mayor deuda universitaria tienen más probabilidades de escoger una especialidad con ingreso promedio anual más alto y eran menos propensos a escoger especialidades propias de APS (17). Dichas especialidades con ingreso anual mayor, usualmente se desarrollan en ambientes hospitalarios de alta complejidad.

En el caso chileno, un estudio de seguimiento de la actividad laboral de una cohorte de egresados de Medicina de la Universidad de Chile mostró que el 58% se encontraba trabajando en un ambiente hospitalario, versus un 28% en APS. Esta diferencia era aún mayor si el campus de egreso tenía como hospital docente a un centro fuera de la red pública de salud (18).

### **RE-SIGNIFICANDO EL ROL DEL MÉDICO EN ATENCIÓN PRIMARIA**

La Atención Primaria y Medicina Familiar han demostrado ser una estrategia que logra mejores resultados, mayor resolutivez, menores costos y mayor equidad en salud en nuestras comunidades. Las orientaciones técnicas y recomendaciones ministeriales contrastan con la realidad heterogénea de la implementación del Modelo en los CESFAM municipales, junto con ello se observan bajos estímulos hacia la elección de la especialidad en el pregrado y a la permanencia de médicos generalistas en APS municipal.

Para avanzar hacia una implementación efectiva del modelo - *más allá de una lista de verificación de criterios mínimos con fines instrumentales de acreditación* - es necesario dotar del recurso humano calificado a la APS, siendo el Médico de Familia el profesional más capacitado para aquello por sus ámbitos propios de acción (11).

Es prioritario focalizar los esfuerzos en el pregrado y en los recién egresados identificando personas con intereses en la APS a los cuales se los apoye integralmente en la elección de la especialidad. Esta estrategia en el corto plazo podría aumentar significativamente la tasa de postulación y disminuir los cupos no tomados. Junto con ello es necesario avanzar, mejorando las condiciones de trabajo, capacitando a los equipos sobre el

Modelo y re-orientando la educación médica hacia la APS (19).

### **REFERENCIAS**

1. OMS. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata. 1978.
2. OMS. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Vol. 35. 2009.
3. Phillips R, Starfield B. Why Does a U.S. Primary Care Physician Workforce Crisis Matter? *Am Fam Physician* [Internet]. American Academy of Family Physicians; 2003 [cited 2017 Jun 4];68(8):1494. Available from: <http://www.aafp.org/afp/2003/1015/p1494.html>
4. Sans-corrales M, Pujol-ribera E, Gene J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. 2006;(February):308–16.
5. Starfield B. Primary care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. *SESPAS report 2012*. *Gac Sanit*. 2012;26(SUPPL.1):20–6.
6. Püschel K, Téllez A, Montero J, Brunner A, Peñaloza B, Rojas MP, et al. Hacia un nuevo modelo de Atención Primaria en Salud. *Estud Públicos*. 2013;130(130):23–52.
7. MINSAL. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria [Internet]. 2012. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
8. MINSAL. En el camino a centro de salud familiar. Santiago de Chile; 2008.
9. MINSAL. Documento de posición respecto del valor social de la Atención Primaria de Salud [Internet]. Santiago de Chile; 2017. Available from: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/11/Posición-respecto-del-valor-social-APS.pdf>
10. Bass del Campo C. Family health model in Chile and greater resoluteness of primary health care: contradictory or complementary? *Medwave* [Internet]. Medwave; 2012 Dec 1 [cited 2017 Jun 4];12(11):e5571–e5571. Available from: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5571>
11. Rojas MP, Scharager J, Erazo A, Püschel K, Mora I, Hidalgo G. Estimación de brechas de especialistas en medicina familiar para la atención primaria chilena. Santiago de Chile; 2011.
12. Puglisi J. “Decepción” de Medicina de Familia por el batacazo con la “cantera” MIR [Internet]. 2017 [cited 2017 Jun 4]. Available from:

<https://www.redaccionmedica.com/secciones/formacion/-decepcion-de-medicina-de-familia-por-el-batacazo-con-la-cantera-mir-4475>

13. El Médico Interactivo. Un total de 3.121 plazas de las Convocatorias MIR 2016 y 2017 se han adjudicado en la primera semana [Internet]. 2017 [cited 2017 Jun 7]. Available from: <http://www.elmedicointeractivo.com/articulo/noticia-dia/total-3121-plazas-convocatorias-mir-2016-2017-han-adjudicado-primera-semana/20170424144018111424.html>

14. Breinbauer K H, Fromm R G, Fleck L D, Araya C L. Tendencia en el estudiante de medicina a ejercer como médico general o especialista. *Rev Med Chil* [Internet]. Sociedad Médica de Santiago; 2009 Jul [cited 2017 Jun 5];137(7):865–72. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872009000700001&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000700001&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

15. Parada M, Romero MI, Moraga F. Perfiles de egreso de las carreras de Medicina en Chile. *Rev Med Chil* [Internet]. Sociedad Médica de Santiago; 2015 Apr [cited 2017 Jun 8];143(4):512–9. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872015000400014&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015000400014&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

16. Health Education England. By Choice , not by chance [Internet]. 2016. Available from: [https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/By choice not by chance web FINAL.pdf](https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/By%20choice%20not%20by%20chance%20web%20FINAL.pdf)

17. Rohlfing J, Navarro R, Maniya OZ, Hughes BD, Rogalsky DK. Medical student debt and major life choices other than specialty. *Med Educ Online* [Internet]. Taylor & Francis; 2014 [cited 2017 Jun 8];19:25603. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25391976>

18. Vargas P, López N, Urrutia L, Acevedo J, Sandoval D, Cortés B. Actividad laboral de médicos egresados de la Universidad de Chile generaciones 2007 a 2010: análisis según sede y año de egreso. *Rev Med Chil* [Internet]. Sociedad Médica de Santiago; 2015 Oct [cited 2017 Jun 8];143(10):1286–94. Available from: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872015001000007&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872015001000007&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

19. OPS. Educación Médica hacia una Atención Primaria renovada. Buenos Aires, Argentina; 2013.

# ¿Nuevos roles de la medicina familiar en la biomedicina contemporánea?

New roles of family medicine in contemporary biomedicine?

Jorge Pacheco<sup>1</sup>

## 1.- Medicina familiar, navegando entre el humanismo y la técnica

El siguiente ensayo busca ayudar a resolver una de las contradicciones de la medicina familiar como especialidad médica. Esta es, la dicotomía entre humanismo y técnica que funda muchas de las críticas a la biomedicina contemporánea (16) y que se utiliza como elemento diferenciador de esta sub-disciplina médica<sup>2</sup> (9). Para esto me apoyo en una perspectiva teórica emergente en las ciencias sociales llamada estudios de ciencia y tecnología (20). El objetivo de esta monografía es dar cuenta del valor de las nuevas tecnologías en las prácticas de cuidado en la biomedicina contemporánea (24) y relevar el rol de coordinador del médico de familia en un ambiente profesional cada vez más técnico y especializado (23).

En una primera etapa, se revisan los orígenes del concepto “*atención primaria de salud*” (APS) buscando identificar dos perspectivas antagónicas: la APS selectiva y la APS integral (11). Se entiende que la medicina familiar deriva de discusiones previas relacionadas con la implementación de la estrategia de atención primaria en los distintos países (3). Posteriormente, se analizan los supuestos epistemológicos de ambas perspectivas: una más cercana al realismo científico (5) y otra más cercana al constructivismo social (4). Finalmente, se busca articular ambas perspectivas en un realismo constructivista (19) que permita superar la dicotomía: humanismo versus técnica. Esto posibilitará hermanar perspectivas constructivistas, como la propuesta por la medicina familiar, con la biomedicina contemporánea.

## 2.- Atención primaria: ¿integral o selectiva?

A fines de la década de los sesenta e inicios de los setenta se produce una controversia en la salud pública internacional al tratar de articular una propuesta orientadora para la atención sanitaria ambulatoria. Esta controversia lleva al debate dos perspectivas sobre la atención primaria: la APS integral y la APS selectiva.

La APS integral nace como una crítica a las intervenciones políticas verticales realizadas por organismos internacionales a países subdesarrollados o en vías de desarrollo durante la Guerra Fría (11). Tiene como antecedente la experiencia de las misiones médicas cristianas en África y Latinoamérica, la expansión de los movimientos nacionalistas y anti-imperialistas en las naciones de la periferia y las voces intelectuales críticas a la medicina (15).

La perspectiva de la APS integral toma cuerpo en la declaración de Alma-Ata de 1978 realizada en la Unión Soviética y liderada por Halfdan Mahler desde la Organización Mundial de la Salud (11). Esta declaración entiende la salud como un instrumento para el desarrollo social y económico de los pueblos, enfatiza la necesidad de una participación comunitaria efectiva y promueve el uso racional y apropiado de las tecnologías médicas.

Esta declaración fue criticada por agencias multinacionales que la consideraron amplia, idealista y vaga. Proponían en cambio una APS selectiva basada en un paquete de intervenciones evaluables y de bajo costo que servirían para combatir los principales problemas de salud de los países pobres. Estas intervenciones fueron conocidas por sus siglas en inglés como GOBI que significaban: monitoreo del crecimiento, técnicas

Recibido el 24 de mayo de 2018. Aceptado el 04 de octubre de 2018.

1 Médico de Familia. Profesor asistente, Universidad de Concepción. Correspondencia a: jorge.pacheco260@gmail.com

2 Margaret Chan, directora general de la OMS, en un discurso en WONCA el año 2013 planteó lo siguiente: “De las cenizas acumuladas por la atención médica altamente especializada, deshumanizada y comercializada, la medicina de familia se levanta como el ave fénix y emprende el vuelo, extendiendo su espectro completo de luz con la promesa de un arco iris. Este es el antiguo pacto histórico entre médicos y pacientes, y aquí es donde los profesionales de la salud y los médicos necesitamos volver. Os animo a todos a seguir cultivando el lado humano de la medicina”.

de rehidratación oral, promoción de la lactancia materna e inmunización. Posteriormente, estas intervenciones fueron complementadas con el FFF que significaba: suministro de alimentos, alfabetización femenina y planificación familiar (11).

La APS selectiva fue a su vez cuestionada por los partidarios de la APS integral planteando que era tecnocrática, reduccionista e, incluso, contra-revolucionaria. Tecnocrática porque recordaba a las políticas verticales que no consideraban la participación de la comunidad, reduccionista porque no incluía en sus intervenciones los aspectos socioculturales de los países y contra-revolucionaria porque se transformaba en una amenaza a la integralidad al ser preferida por gobiernos que buscaban objetivos a corto plazo (11).

Esta controversia ha acompañado el desarrollo de la atención primaria desde su origen y ha influido en el debate sobre el tema a nivel nacional. Se puede observar en la discusión sobre la reforma de salud chilena, donde en primera instancia se planteó el fortalecimiento de una APS integral, pero en la práctica el foco de la política pública se puso en el rediseño de prestaciones específicas garantizadas por el plan AUGE-GES (10). Asimismo, este debate revive en las discusiones cotidianas sobre lo difícil que es realizar atenciones integrales cuando se exigen múltiples indicadores de gestión y metas.

Pareciera que la opción es siempre excluyente. Se opta por un modelo selectivo que resulta ser técnico, burocrático, cuantificable y predecible o por un modelo integral que resulta ser participativo, comunitario, complejo e incierto. ¿Existirá otra opción que hermane estas diferencias?

### **3.- Dos formas de comprender el mundo: constructivismo social y realismo científico**

Arthur Kleinman (16) plantea que la biomedicina es “[...] *la forma más institucionalizada de medicina*”. La cual está caracterizada por una racionalidad técnica y burocrática, cuyas virtudes son la cuantificación, la predicción, la eficiencia y el control de calidad. Engel (12), desde una perspectiva crítica, plantea al modelo biomédico como dominante y lo caracteriza como reduccionista y deshumanizador. Menéndez (22), desde Latinoamérica, enuncia un modelo médico hegemónico al cual caracteriza de biologicista, ahistórico, individualista, asocial y asimétrico.

La mayor parte de estos autores entienden la biomedicina como una práctica reduccionista cegada por una ideología biologicista que niega aspectos sociales, culturales e históricos. Fundan sus perspectivas en un constructivismo social que

considera las prácticas biomédicas como contingentes e históricas. Las entienden como el resultado de un entramado complejo de relaciones entre la estructura social y los sujetos cognoscentes. Consideran que estas prácticas están moldeadas por múltiples fuerzas sociales que se imprimen en conocimientos, experiencias y relaciones de poder (6). Por lo general, sus perspectivas son críticas y llaman a una emancipación de estos modelos médicos.

Otros autores, entre los que destaca Bunge (5) por su realismo científico categórico, plantean que la biomedicina contemporánea es el punto culmine de la medicina experimental, un producto exitoso del cientifismo médico y de su estrecha unión con la biología básica. Estos autores critican el constructivismo social al cual definen como relativista e incluso anti-realista. Plantean que las leyes que comandan los procesos biológicos preceden a las relaciones de poder y que las enfermedades no son categorías arbitrarias creadas por la biomedicina sino más bien clases naturales objetivas similares a las especies químicas. Fundan sus perspectivas en una dicotomía hecho-valor estricta que separa las valoraciones sociales y culturales de los resultados científicos de la investigación biomédica.

El constructivismo social y el realismo científico han transitado en veredas epistemológicas opuestas durante las últimas décadas en la medicina contemporánea. Ambas perspectivas hacen eco en el debate sobre la APS durante la post-guerra. Se puede ser selectivo o integral, tecnocrático o participativo, predecible o incierto, pero nunca los dos.

### **4.- La biomedicina en los estudios de ciencia y tecnologías: las incertidumbres de una sociedad crecientemente tecnificada**

Durante la década de los ochenta, un grupo de investigadores franceses propuso una nueva teoría para estudiar la ciencia y la tecnología. Luego de realizar etnografías en laboratorios científicos y en proyectos tecnológicos se dieron cuenta de que las metáforas usualmente utilizadas por las ciencias sociales para explicar estos fenómenos eran insuficientes. La tecno-ciencia era refractaria a los determinismos sociales. Por otra parte, estos investigadores observaron que la realidad científica era mucho más indeterminada de lo que se pensaba. Los objetos técnicos tenían agencia y producían de manera activa nuevas relaciones sociales (19, 20).

Tanto el constructivismo social como el realismo científico tenían que replantearse. La agencia,

que en el constructivismo social, era una propiedad de los humanos, en esta nueva epistemología era compartida entre humanos y no-humanos (20). Los hechos científicos, que en el realismo científico se mantenían separados de los valores, en esta nueva epistemología estaban íntimamente vinculados a ellos. Incluso, se hacía posible que la ciencia produjera nuevas identidades y valoraciones sociales<sup>3</sup> (19).

La biomedicina, desde esta nueva perspectiva, no era reduccionista sino que altamente política e indeterminada. Los procesos diagnósticos, por ejemplo, eran considerados contingentes y fluctuaban de acuerdo a las transformaciones de la ciencia y la sociedad. Las actividades de la vida cotidiana podían medicalizarse, como ha sucedido con el envejecimiento y las variaciones del ánimo, o desmedicalizarse, como ha sucedido con la homosexualidad y el parto (14).

Por otra parte, el cuidado ya no era entendido en la clave humanista e interpersonal de la relación médico-paciente, sino que pasaba a formar parte de una compleja red de aparatos técnicos, medicamentos, conocimientos y emociones que requerían ser adaptados y armonizados con la vida cotidiana de las personas que solicitaban nuestra ayuda (23, 24).

A modo de ejemplo, una consulta médica por una enfermedad crónica como la diabetes mellitus tipo 2, involucra el encuentro entre un médico y un paciente, pero también máquinas de auto-monitoreo (glucómetro), exámenes de laboratorio, instrumental (balanza, estetoscopio, esfigmomanómetro, monofilamento, etcétera), sistemas de registro electrónico, guías de práctica clínica, entre otros, que en conjunto son armonizados con el objetivo de dar una atención de alta calidad que incorpore las preferencias de los pacientes y sus familias<sup>4</sup>.

La medicina altamente especializada que criticaba Chan (9) no necesariamente “deshumaniza”, sino que por el contrario, a través de artefactos y prótesis, “humaniza” al derribar las barreras que imponen las enfermedades y otorgar autonomía a aquellos cuerpos que por uno u otro motivo la han perdido (1). De lo contrario, no sería posible entender la reciente politización de las agrupaciones de pacientes que tienen como principal

motivación lograr un acceso universal a las nuevas técnicas biomédicas (13) o promover la investigación con el objetivo de buscar tratamiento a sus enfermedades (25).

### **5.- Conclusión: ¿Cuál es el rol de la medicina familiar en el contexto de la biomedicina contemporánea?**

El debate entre la APS integral y selectiva es un falso dilema, ya que hasta el día de hoy ambas perspectivas co-existen y, en muchos casos, se potencian (11). Actualmente, la participación social, propia de la APS integral, no queda limitada a las comunidades sino que también permea la burocracia y las técnicas sanitarias a través de las agrupaciones de pacientes (8). Por otra parte, los paquetes de prestaciones evaluables y costeados, propios de la APS selectiva, han logrado crear estándares de tratamiento que sirven para coordinar las actividades a lo largo de extensos territorios (26). La biomedicina, técnica y burocrática, también puede ser participativa y democrática (7).

Entonces, ¿Cuál es el rol de la medicina familiar en el concierto actual de la biomedicina? A mi parecer, es desarrollar la capacidad de valorar, articular y armonizar las tecnologías valiosas con la vida cotidiana de las personas. Esto no quiere decir que caigamos en una “tecnofilia” que acepta todas las innovaciones ni tampoco que olvidemos la importancia del trato amable y competente, sino que más bien actuemos de forma juiciosa y colaborativa buscando el logro de una mayor autonomía y bienestar en nuestros pacientes. Esto significa, ser capaces de traducir e incorporar los múltiples lenguajes de la biomedicina actual y de coordinar prácticas cada vez más heterogéneas.

Como dice Annemarie Mol (24) el cuidado es un proceso sin límites claros y con objetivos pragmáticos, en el que participan los profesionales de la salud, las máquinas, los medicamentos, los cuerpos, los pacientes y sus familias.

### **REFERENCIAS**

1. Allué (2003). *DisCapacitados. La reinvidicación de la igualdad en la diferencia*. Edicions Bellaterra. Barcelona, España.
2. Armus (2001). *Cuando los enfermos hacen huelga. Argentina, 1900-1940*. Estudios

3 Si bien la agencia de los enfermos se describe en Latinoamérica desde inicios del siglo XX (2), durante la última década las agrupaciones de pacientes han tomado un rol más activo en la representación pública de sus condiciones y en la exigencia de una respuesta política al Estado. Un ejemplo desde esto en nuestro país fue la Ley Ricarte Soto.

4 Miguel Kottow (17) llama “arco terapéutico” a este descentramiento del acto médico. Su principal preocupación es que estas mediaciones pueden llevar a una vinculación impersonal y deshumanizada entre pacientes, sistemas médicos y profesionales de salud. Si bien es cierto lo que plantea, creo que la clave es promover un uso reflexivo y equilibrado de la técnica, que sea consciente de sus límites y oportunidades. Evitar la fascinación tecnológica, pero también el arraigo heideggeriano por “El lugar” (21).

sociales vol. 20, pág. 53-80.

3. Bass (2012). Modelo de salud familiar en Chile y mayor resoluntividad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? *Medwave* 2012 Dic;12(11):e5571 doi: 10.5867/medwave.2012.11.5571

4. Berger, Luckmann (2008). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu Editores. Buenos Aires, Argentina.

5. Bunge (2012). *Filosofía para médicos*. Editorial Gedisa. Barcelona, España.

6. Brown (1995). Naming and framing: the social construction of diagnosis and illness. *Journal of Health and Social behavior*. Vol. 35, N° extra, pág. 34-52.

7. Callon, Lascoumes, Barthe (2011). *Acting in an uncertain world. An essay on technical democracy*. The MIT press. Cambridge, Massachusetts.

8. Carvajal (2012). Las transformaciones de la biomedicina y salud pública: ¿Tiene algo por decir la teoría del actor-red? *Revista Chilena de Salud Pública*. Vol. 16, N° 3, pág. 272-274.

9. Chan (2013). *La creciente importancia de la medicina familiar*. XX Congreso Mundial de Medicina Familiar. Praga, República Checa.

10. Centro de Políticas Pública UC (2014). *Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno*. Santiago, Chile.

11. Cueto (2006). Los orígenes de la atención primaria de salud y la atención primaria selectiva de salud. En Cueto, Zamora (Eds). *Historia, salud y globalización*. Instituto de Estudios Peruanos. Lima, Perú.

12. Engel (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. Vol. 196, N° 4286, pág. 129-136.

13. González (2014) *Del apoyo mutuo a la acción colectiva: Lupus Chile al GES*. Primer encuentro de la Red Chilena de Ciencia, Tecnología y Sociedad (CTS-Chile). Santiago, Chile.

14. Hacking (2002). *Historical Ontology*.

Harvard University Press. Cambridge, Estados Unidos.

15. Illich (1978). *Némesis médica. La expropiación de la salud*. Editorial Joaquín Ortiz. México D.F., México.

16. Kleinman (1995). *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine*. University of California Press. Los Angeles, Estados Unidos.

17. Kottow (2014). *El Pa(de)ciente*. Santiago, Chile. Editorial Ocho Libros.

18. Latour (1987). *Science in action*. Harvard University Press. Cambridge, Estados Unidos.

19. Latour (2001). *La esperanza de Pandora. Ensayo sobre la realidad de los estudios de la ciencia*. Editorial Gedisa. Barcelona, España.

20. Latour (2008). *Reensamblar lo social. Una introducción a la teoría del actor-red*. Ediciones Manantial. Buenos Aires, Argentina.

21. Levinas (1961). *Heidegger, Gagarin y nosotros*. Disponible en: [https://filosofiacontemporanea.files.wordpress.com/2007/02/levinas-heidegger\\_gagarine\\_y\\_nosotros.pdf](https://filosofiacontemporanea.files.wordpress.com/2007/02/levinas-heidegger_gagarine_y_nosotros.pdf)

22. Menéndez (1988). *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. Segunda Jornada de Atención Primaria de Salud. Buenos Aires, Argentina.

23. Mol (2002). *The body multiple: ontology in medical practice*. Duke University Press. Durham, Estados Unidos.

24. Mol (2008). *The logic of care. Health and the problem of patient choice*. Routledge Press. Oxon, Estados Unidos.

25. Rabeharisoa, Callon (2002). The involvement of patient's associations in research. *International Social Science Journal*. Vol. 53, N° 171, pág. 57-63.

26. Timmermans, Epstein (2010). A world of standard but not a standard world: toward a sociology of standards and standardization. *Annual review of sociology*. Vol. 36, pág. 69-89

# Modelo Biopsicosocial: ¿Superación del reduccionismo biomédico o consigna polisémica impracticable?

Biopsychosocial model: overcoming biomedical reductionism or impracticable polysemic slogan?

Camilo Becerra <sup>1</sup>

## RESUMEN

---

En la segunda mitad del siglo XX, George Engel formuló el modelo biopsicosocial (BPS) como una forma de superación al reduccionismo y al dualismo cuerpo-mente. El término biopsicosocial logró permear a la praxis médica en general, no exento de controversias y malos entendidos. Frente a este clima, que suscita posiciones favorables y detractoras, se plantea este texto como una revisión narrativa del modelo BPS, una fundamentación de sus principales premisas filosóficas y una revisión del marco histórico que lo acompañó durante el siglo pasado. Lo anterior, para finalmente dar espacio a una reflexión sobre sus implicancias futuras.

**Palabras clave:** *Filosofía Médica, Sociología Médica, Teoría de Sistemas, Medicina Familiar y Comunitaria*

## INTRODUCCIÓN

---

En la segunda mitad del siglo XX, George Engel planteó una alternativa al modelo biomédico, con la proposición del modelo biopsicosocial (BPS). Esta propuesta fue presentada a la comunidad médica como una forma de superación al reduccionismo y al dualismo cuerpo-mente, ambos característicos de la medicina moderna de las sociedades industrializadas de la época (1). Esta iniciativa se originó al alero de la psiquiatría, en sus esfuerzos por fortalecerse como disciplina científica por derecho propio. Sin embargo, el término biopsicosocial logró permear a la praxis médica en general, no exento de controversias y malos entendidos.

Las discusiones sobre las definiciones del modelo BPS pululan en la cotidianidad de las conversaciones en el mundo académico, tanto en las residencias de postgrado de las diversas especialidades médicas, como en la formación médica general en las escuelas de pregrado. Lamentablemente, muchas de estas discusiones terminan en punto muerto, dado que sus premisas pertenecen a los campos de la filosofía y la epistemología; áreas poco exploradas por los médicos en su formación habitual. Esto ha llevado a generar climas de poco entendimiento entre los clínicos y a obviar las premisas generales que lo sustentan.

Frente a este ambiente controversial, este texto pretende ser una revisión narrativa del modelo BPS, una fundamentación de sus principales premisas filosóficas y una revisión del marco histórico que lo acompañó durante el siglo pasado. Lo anterior, para finalmente dar espacio a una reflexión sobre sus implicancias futuras. Mi intención en estos párrafos será puntualizar las observaciones respecto al operar del modelo BPS, con el fin de esclarecer zonas de penumbra y motivar el diálogo reflexivo.

La motivación que me llevó a escribir estas palabras, nace de la genuina curiosidad e interés por modificar la formación médica, considerando un periodo de reflexión de tres años, durante los cuales he estado en estrecha interacción con estudiantes de cuarto año en la consulta de Medicina Familiar en Atención

---

Recibido el 21 de mayo de 2018. Aceptado el 27 de septiembre de 2018.

<sup>1</sup> Residente de Medicina Familiar Universidad de Chile. Médico Cirujano Pontificia Universidad Católica. Correspondencia a: camilobecerra01@gmail.com

Primaria. De mi propia mano he podido observar que, desde los estudiantes, existe un profundo interés por estudiar y sistematizar los aspectos que quedan fuera de la formación médica tradicional. He visto como esta motivación les abre el apetito por “lo psicosocial”. Tristemente, también, he visto reflejado en ellos sentimientos de insatisfacción y ambivalencia, considerando el poco esfuerzo que hemos realizado los clínicos por sistematizar y disponer de fuentes de estudio para estos temas.

Este texto está principalmente dirigido a quienes se inician en la formación médica, y pretende ser una base de sustentación sobre la cual construir discusiones futuras. A pesar de que el fruto de estas reflexiones nacen en el seno de la Medicina Familiar, serán expuestas de forma que sean de provecho para la medicina en general, así como para los lectores no médicos que deseen profundizar en estas temáticas.

## CONTEXTUALIZACIÓN

---

Como se dijo en párrafos previos, las críticas al modelo biomédico provinieron de la psiquiatría, área en la que George Engel trabajó la mayoría de los años de su vida. En varios pasajes se alude a la “crisis de la psiquiatría” (*psychiatry's crisis*, en la cita original), donde el punto de mayor relevancia era la inclusión de parámetros no-fisiológicos o no-somáticos en la definición de enfermedad (3).

*...Más bien, sostengo que toda la medicina está en crisis y, además, que la crisis de la medicina se deriva de la misma falla básica que la psiquiatría, a saber, la adhesión a un modelo de enfermedad que ya no es adecuado para las tareas científicas y las responsabilidades sociales... La crisis de la medicina se deriva de la deducción lógica de que, dado que la enfermedad se define en términos de parámetros somáticos, los médicos no deben preocuparse por cuestiones psicosociales que están fuera de la responsabilidad de la medicina<sup>2</sup> (3).*

Cambiar la comprensión global sobre el proceso de enfermar, traía como consecuencia un cambio en el rol de los médicos. Esta reflexión generaba nuevas discusiones sobre la idoneidad de los clínicos en su quehacer cotidiano:

*La crisis de la psiquiatría gira en torno a la cuestión de si las categorías de sufrimiento humano con las que se trata se consideran “enfermedades” como se conceptualizan actualmente y si el ejercicio de la autoridad tradicional del médico es apropiado para sus funciones (3).*

En síntesis, existía una preocupación por incluir o excluir ciertos parámetros de la definición

tradicional de enfermedad; lo que conllevaría a un cambio eventual en el rol del médico. Una de las primeras contribuciones de Engel, es que **transforma la crisis de la psiquiatría en la crisis del quehacer médico en general**, desligando una temática que circulaba específicamente en el campo psiquiátrico, e incorporándola como una problemática inherente al quehacer médico global. Por otra parte, Engel alude a un mandato clave en el entendimiento de la medicina de su época, cuya concepción ha sido arrastrada fuertemente hasta la actualidad. Este mandato consistía en que la nosología médica y psiquiátrica debía excluir los elementos no-somáticos o psicosociales dentro de sus definiciones. Este mandato, claramente, no agradaba a Engel ni a sus seguidores.

## EL ÉXITO DE LOS PARÁMETROS TANGIBLES EN LA CIENCIA OCCIDENTAL

---

Como se observará en las secciones siguientes, uno de los desafíos de Engel era abogar por la inclusión de los parámetros psicosociales, y otro muy distinto era proponer un mecanismo explicativo que permitiera interrelacionar los aspectos comúnmente atribuidos a lo biológico con aquellos referentes a lo psicosocial.

Para comprender el problema metodológico que enfrentaba Engel en esa época, y probablemente enfrentaremos nosotros en la nuestra, será necesario realizar algunas distinciones. ¿Qué era para Engel y sus colegas aquello que se quería incluir dentro de los fenómenos psicosociales? ¿A qué correspondía el fenómeno estrictamente biológico?

Para lograr este cometido, es necesario hacer una distinción entre los **fenómenos tangibles e intangibles**. Lo tangible, es un adjetivo para designar aquello *que se puede percibir de manera precisa*, en la definición de la Real Academia Española (Real Academia Española, 2017). En el contexto del debate entre Engel y sus colegas, lo tangible refería a aquellas cosas que tenían una inscripción fuerte en la materia, es decir, aquellos fenómenos que se podían ver, tocar y medir con precisión numérica. Tanto para Engel como para sus detractores, los fenómenos biológicos tenían esta propiedad. Por otra parte, lo intangible consideraba aquellos fenómenos que no podían verse, tocarse, ni medirse con precisión numérica. Aquí se encontrarían todos los fenómenos que cabían

---

2 Traducción propia al español. De aquí en adelante, todas las citaciones textuales son traducciones propias desde el inglés al español.

fuera de lo tangible, los que fueron englobados por Engel como fenómenos psicosociales.

¿Por qué existía, y existe esta concepción tan estrecha entre lo tangible y la precisión numérica? O, en contraparte, uno puede preguntarse, ¿por qué una emoción o una percepción sensorial consciente tan palpable en el día a día, como la ansiedad o la tristeza, debía de ser excluida de la nosología médica? Esta estrecha conexión proviene del reduccionismo fisicalista, que permeó fuertemente al desarrollo científico occidental, desde el pensamiento Newtoniano del siglo XVIII hasta la actualidad. Las razones de esta fuerte raigambre de reducir el lenguaje de los fenómenos a los términos de la física, y especialmente a términos matemáticos, tiene su acervo en los grandes avances de la humanidad desde los primeros descubrimientos de la mecánica hasta la época.

Este modo de pensar científico ha tenido un éxito rotundo. Basta pensar en la emergencia del VIH en la década de 1970: considerada en sus inicios como una enfermedad mortal, hoy tiene un tratamiento tan eficaz que permite mantenerla silenciada de forma crónica. Al reduccionismo le debemos este y otros logros. Entonces, ¿por qué hablar de parámetros tangibles y no únicamente de biología y psicología? Cómo se observará en los párrafos siguientes, esta distinción es importante porque hablar de fenómenos biológicos y psicosociales ha cambiado con el transcurso del tiempo.

Supongamos una patología en específico, como una neumonía adquirida en la comunidad. Para un médico de principios del siglo XIX, lo tangible consistía en encontrar procesos patológicos en un órgano susceptible, por lo que se abocaría en encontrar y describir los procesos de congestión, hepatización pulmonar y resolución en las autopsias de sus pacientes fallecidos. Un médico de finales del siglo XIX y de buena parte del XX se afanaría en encontrar lesiones celulares y en aislar el agente causal responsable de la enfermedad con análisis microscópicos. Desde finales del siglo XX y hasta la actualidad, nuestros nuevos tangibles son las lesiones moleculares y los registros genéticos, y funcionan como nuevos marcadores de enfermedad. El médico del siglo XIX y el XX, y nosotros, médicos del siglo XXI, estamos aplicando la misma lógica del reduccionismo, con la salvedad de que nuestros tangibles son cada vez más pequeños.

**Los tangibles de hoy no serán los de mañana.** Si observamos con detención ellos han ido disminuyendo en tamaño, desde órganos a

células, moléculas y genes. El reduccionismo ha permitido controlar epidemias por medio de vacunas, antibióticos y antivirales de última generación. Ahora cabe preguntarse, entonces... ¿Por qué abandonarlo?

## **LA VEREDA DE LOS EXCLUSIONISTAS Y LOS REDUCCIONISTAS**

Volvamos a las disyuntivas enfrentadas por Engel en la década del 70. Para él, el problema trascendía más allá de los límites de la psiquiatría; pero para bien o para mal la polémica estaba instalada en ese territorio, y era menester identificar a sus rivales.

Frente a la distinción realizada entre los elementos biológicos y los psicosociales, a juicio de Engel, existían dos polos bien identificados que tomaban parte en la discusión. El primero de los dos extremos, simplemente excluiría a la psiquiatría del campo de la medicina moderna, mientras que el otro se apegaría estrictamente a la biomedicina y excluiría los denominados “problemas del vivir” (*problems of living*, en la cita original); llevando el manejo de estas problemáticas fuera del campo de la medicina. Engel llamó a estos dos extremos, el polo de los **exclusionistas** y el de los **reduccionistas**, respectivamente (3).

En la vereda de los **exclusionistas**, Engel toma como referencia el pensamiento de **Thomas S. Szasz**, autor de *The Myth of Mental Illness* y de otros artículos posteriores que van en una línea similar (15). En ellos, se menciona que existen efectivamente enfermedades atribuibles al cerebro, pero no atribuibles a la mente humana. Esto quiere decir que las desviaciones conductuales (intangibles) que tienen un correlato cerebral claro y específico (tangibles) son las “enfermedades reales”, mientras que las patologías exclusivamente atribuibles a lo mental (sólo intangibles) corresponden al “mito de la enfermedad mental”:

*La noción de enfermedad mental deriva su principal apoyo de fenómenos como la sífilis del cerebro o las condiciones delirantes -intoxicaciones, por ejemplo- en que se sabe que las personas manifiestan diversas peculiaridades o desórdenes de pensamiento y comportamiento. Sin embargo, hablando correctamente, estas son enfermedades del cerebro, no de la mente (14).*

Tomando como referencia este razonamiento, los problemas atribuibles a lo psicosocial debían ser trasladados a la esfera de los “problemas del vivir”, sin buscar correlato neurobiológico alguno. La psiquiatría, por lo tanto, debía desaparecer como disciplina científica y transformarse en un

campo dedicado a los estudios de la conducta humana. El resto de las enfermedades del cerebro debían seguir siendo diagnosticadas y tratadas por los neurólogos.

El **polo exclusionista es predominantemente dualista** en su explicación. **Es dualista porque plantea una ontología contrapuesta entre el fenómeno biológico y el psicosocial.** En el razonamiento exclusionista, existe un grupo de fenómenos que no tiene un correlato biológico, o simplemente no es necesario salir a buscarlo para elaborar un mecanismo explicativo. En otras palabras, existiría una gama de problemas humanos donde el correlato biológico no tiene nada que decir acerca del sufrimiento psicológico. **Este dualismo impide, por defecto, el establecimiento de un puente metodológico entre los tangibles y los intangibles, simplemente porque no es necesario hacerlo.**

Por contrapartida, la postura de Szasz es **secundariamente reduccionista**, porque abre la posibilidad de que ciertos fenómenos conductuales, como la neurosífilis en el ejemplo, si puedan tener un mecanismo explicativo en base a procesos unicastales, pero estos debían ser abarcados por la neurología. La psiquiatría debía lidiar con los problemas del vivir.

En la vereda de los **reduccionistas**, Engel menciona a **Arnold M. Ludwig**, con su posición llamada *The Psychiatrist as Physician*, donde éste realiza un llamamiento a que la psiquiatría adscribiera firmemente al modelo biomédico, **delimitando el campo psiquiátrico a las desviaciones conductuales que efectivamente fueran consecuencia de una disfunción neurológica.** Para Ludwig, cualquier impresión sobre los elementos intangibles, principalmente la conducta, que no tuviera una clara correspondencia con los elementos tangibles (disfunciones cerebrales) no correspondía efectivamente al ejercicio psiquiátrico (10).

*Lo que está sucediendo no es realmente psiquiatría: el campo ha sido un batiburrillo de opiniones no científicas, variadas filosofías y “escuelas de pensamiento”, metáforas mezcladas, difusión de roles, propaganda y politiquería para la “salud mental” y otras metas esotéricas, todas entremezcladas con islas de práctica psiquiátrica responsable y sensata (10).*

En la vereda de los reduccionistas, representada por Ludwig, el panorama estaba bastante claro. Existiría, primero, **una delimitación clara entre los tangibles y los intangibles** para la psiquiatría, los que eran las **disfunciones cerebrales y las alteraciones conductuales observables,**

respectivamente. Es decir, es menos dualista que el pensamiento de Szasz, en el sentido de que es plausible establecer un puente metodológico entre los tangibles y los intangibles. Luego, **el puente propuesto entre ambos fenómenos es completamente reduccionista**, es decir, se basa en explicaciones unidireccionales entre lo tangible y lo intangible. Esto se explicita en la posición de Ludwig, quien aseveró que las disfunciones cerebrales debían tener un origen explicativo neuroquímico o neurofisiológico por naturaleza (10). En consecuencia, en esta vereda, efectivamente existía un campo para la psiquiatría, pero este requería una mayor delimitación para no desdibujarse.

## **LA VEREDA DE ENGEL**

---

Si la vereda del exclusionismo y del reduccionismo ya tenían una posición establecida, representadas por Szasz y Ludwig, respectivamente; correspondía a Engel la reformulación del modelo biomédico desde una posición inclusionista y no reduccionista, como una forma de establecer una contrapropuesta para ambas miradas.

Primero, era necesario plantear una **posición inclusiva que le hiciera frente al dualismo exclusionista**, el que pretendía eliminar los elementos no tangibles de la medicina y de la psiquiatría. Desde el inicio del texto se ha declarado que Engel tenía, efectivamente, la postura de incluir los elementos no tangibles en la definición de enfermedad. Desde su posición, esto constituía un desafío relevante, puesto que era necesario plantear los postulados que **llevaran el objeto de estudio de la medicina desde un “cuerpo enfermo” hacia el de una “persona enferma”.** Esto lo realizó en la diferenciación de los términos de “enfermedad” y “dolencia”, los que son puntuados con los términos en inglés, “*disease*” e “*illness*”, respectivamente.

Desde este cambio de mirada, por lo tanto, “lo tangible” podía ser definido en términos bioquímicos y “lo no-tangible” en términos psicosociales. Para ello, Engel realiza seis postulados principales en una propuesta comparativa entre dos patologías que pueden parecer contrapuestas, pero que presentarían un comportamiento similar en este nuevo modelo: diabetes y esquizofrenia. La inclusión de estas dos enfermedades no es banal, y está en la médula de la propuesta inclusionista, ya que la diabetes se encontraba firmemente arraigada en el plano de “lo tangible” o biomédico; y la esquizofrenia, por otra parte, tenía su

asidero en el plano de las enfermedades mentales. Que los postulados fueran válidos para ambas patologías, permitía unificar ambas miradas en un mismo modelo:

**1. La demostración de un defecto bioquímico específico es condición necesaria, pero no suficiente para la manifestación de una enfermedad.** Lo anterior es lógicamente válido si entendemos la diferenciación entre “enfermedad” y “dolencia”. Un defecto bioquímico puede ser condición necesaria y suficiente para determinar una enfermedad, sólo si consideramos únicamente los elementos tangibles; pero no es condición suficiente para comprender la experiencia humana de la enfermedad, que llamamos dolencia.

**2. Establecer una relación entre un proceso bioquímico particular y la información clínica requiere de un enfoque racional de la información psicosocial de los pacientes, ya que la mayoría de estos datos se expresan en los reportes de las personas.** Esto hace referencia a que los pacientes no acuden a consultar trayendo sus datos biológicos, sino sus vivencias personales. En este sentido, las narrativas de los pacientes son un vehículo para expresar, tanto sus sensaciones de disconfort corporal (ej. Dolor torácico), como sus vivencias en el plano psicológico (ej. Sensación de muerte).

**3. Las condiciones psicosociales alteran el curso de la enfermedad, tanto en el inicio como en las variaciones en su curso.** Ya en esa época, para diabetes y esquizofrenia, existía evidencia de este fenómeno, y se constituía como una premisa válida para las enfermedades que se atribuían tanto a lo biomédico, como a lo psicosocial.

**4. Frente a una anormalidad bioquímica particular, los factores psicológicos y sociales son determinantes en que las personas se vean a sí mismas como enfermas, o sean vistas por otros como tales.** Esto realza el hecho de que el diagnóstico de una determinada anormalidad bioquímica (ej. Dislipidemia) tiene una amplia variabilidad en la forma en que los individuos experimentan el “sentirse enfermos”, así como también existen variaciones interculturales respecto a la noción de ausencia o presencia de enfermedad, aún frente a la misma anormalidad biológica.

**5. Frente a una anormalidad bioquímica, pueden existir tratamientos racionales destinados restaurarla, pero esto no es condición suficiente para que las personas modifiquen su experiencia de enfermedad y se**

**sientan sanas.** La corrección en la hemoglobina glicosilada de un paciente se experimenta distinto por él mismo, ya sea si esta meta fue lograda por medios coercitivos (ej. Amenaza de amputación) o por mecanismos colaborativos (ej. Consejería para aumentar la adherencia), inclusive bajo el mismo tratamiento farmacológico. La experiencia en que las personas se sienten sanas también tiene variabilidad intra-individual e inter-individual, incluso habiendo corregido cualquier anormalidad biológica particular.

**6. Incluso con la aplicación de terapias racionales destinadas a la corrección de los parámetros biológicos, la relación médico paciente tiene una influencia poderosa en los resultados.** Para Engel, la entrevista clínica con fundamentos psicológicos era primordial para modificar la experiencia de enfermedad, e indirectamente los procesos bioquímicos subyacentes. Aquí, nuevamente se realza la necesidad de que los médicos tuvieran entrenamiento y conocimientos en el área de la entrevista clínica:

*Contrario a lo que los exclusionistas podrían creer de nosotros, el rol del médico es y siempre ha sido el de un educador y el de un psicoterapeuta. El saber cómo infundir paz en la mente del paciente y aumentar su fe en los poderes sanadores del médico, requiere de conocimientos y habilidades psicológicas, no meramente de carisma (3).*

## **EL MECANISMO EXPLICATIVO: LA TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS (TGS)**

La inclusión de los elementos no tangibles requería un adecuado mecanismo de correlación con los fenómenos tradicionalmente atribuidos a lo biológico. Ciertamente, Engel entrega la respuesta que se venía gestando desde la biología de los últimos 50 años, cuyo epítome era representado en el pensamiento de la Escuela de Viena. En ella, se realizaron una serie de experimentos inéditos, en lo que se llamó el “*Prater Vivarium*”, centro experimental que cobijó a los biólogos sistémicos de la época. Las ideas que allí surgieron, fueron recogidas por Ludwig Von Bertalanffy y Weiss en la TGS (2).

Con este cambio paradigmático en la comprensión de los fenómenos biológicos, Engel encontró un modelo que podría reemplazar al reduccionismo, e integrar los fenómenos tangibles e intangibles de las personas, al considerarlas como totalidades y partes en interacción:

**La teoría de sistemas, al proporcionar un marco conceptual dentro del cual se pueden estudiar tanto partes organizadas como**

**componentes, supera esta limitación centenaria y amplía el alcance del método científico al estudio de la vida y los sistemas vivos, incluida la salud y la enfermedad (4)**

Por lo tanto, el mecanismo explicativo entre los fenómenos de enfermedad y dolencia, se establecería en la inclusión de uno por dentro del otro, en correlaciones dinámicas como totalidades y como partes, *donde cada nivel de jerarquía representa a un todo dinámico, un sistema de suficiente persistencia e identidad para justificar su nombramiento. El nombre en sí mismo, refleja las propiedades y características distintivas del sistema. Célula, órgano, persona, familia, cada uno indica un nivel de organización integrada y compleja acerca de la cual existe un alto grado de consenso (4)*. En este artículo, Engel modela un primer mapa sistémico de cuadrados concéntricos, donde incluye los niveles sistémicos mencionados.

Para ejemplificar la utilidad práctica de esta aproximación, Engel narra el caso ficticio de un paciente (*Mr. Glover*, en la publicación original), que acude a un servicio de urgencias con síntomas sugerentes de un infarto agudo al miocardio. Para el caso de este paciente, Engel realizó un mapa sistémico de consideraciones similares al mencionado, donde abarca desde el nivel molecular hasta el social, el que estaría marcado por un evento en específico: la oclusión de la arteria coronaria de *Mr. Glover*. En la propuesta de Engel, un evento tendría correlaciones observables en cada nivel sistémico, las que podrían ser consideradas en el análisis global del médico. De esta forma, en el intento de establecer un mecanismo explicativo práctico, Engel amplió aún más los parámetros no tangibles, más allá de la dolencia individual, sino intentando establecer correlatos desde la familia hasta llegar a la sociedad en general, haciendo de este modelo algo impracticable en la actualidad. En los párrafos siguientes, se encuentran las explicaciones a esta deficiencia en la práctica habitual del modelo BPS.

## **LAS VALORACIONES DEL MODELO BIOPSIOSOCIAL**

Sin duda alguna, Engel deja un legado para la medicina del siglo XX, al incorporar la Teoría General de Sistemas en la comprensión de los procesos de enfermedad de las personas. Es imposible saber qué hubiese pasado en el mundo si no se hubiese hecho esta contribución, no obstante planteó un bastión para el

enriquecimiento de otras disciplinas médicas, incluyendo a la Medicina Familiar, cuyo nacimiento como disciplina académica coincide históricamente con la gestación de estas ideas. El legado del modelo BPS es rescatado en múltiples publicaciones y libros inherentes a esta (1, 11) y ha dado origen a nuevos modelos de relación médico paciente.

**1. La valoración de la subjetividad de las personas como factor de juicio crítico y de análisis para el ejercicio médico.** Un médico consciente del modelo biopsicosocial, independiente de su orientación o especialidad, debe tratar a la experiencia humana de la dolencia con la misma dignidad y respeto que los procesos biológicos subyacentes. Esto es de suma relevancia, dada la transformación epidemiológica que está experimentando la sociedad en la actualidad, como se apreciará más adelante. Para el médico que práctica el modelo BPS, la obesidad no es sólo exceso de peso, es la experiencia del paciente de sentirse enfermo y la vivencia familiar de los rituales de alimentación, entre otros. Este médico se enfrentará distinto a un paciente con una enfermedad psicosomática, si bien no encontrará correlatos biológicos estrechos, validará sus síntomas e intentará palearlos. Considerará la experiencia individual de la depresión, y no verá únicamente a una persona con desbalances en sus neurotransmisores.

**2. Valoración de la formación en habilidades psicoterapéuticas.** Esta valoración de la experiencia humana va más allá de un deseo individual y político de Engel. Para Engel, no bastaba solo con tener carisma, la inclusión de los intangibles requería un entrenamiento académicamente riguroso. Si vamos a incluir a la experiencia humana en nuestro modelo de salud-enfermedad, debemos hacerlo con el mismo rigor con el que tratamos los elementos biológicos subyacentes. Esta rigurosidad implica desarrollar modelos basados en la psicología y habilidades de entrevista clínica.

**3. La inclusión del sistema familiar y social en la percepción de los procesos de salud-enfermedad.** El modelo BPS contribuyó en la preocupación de los médicos por apreciar las narrativas de la familia y su influencia en los procesos de recuperación de las personas. No es posible cuantificar con exactitud su influencia en estos procesos, pero podemos afirmar con convicción de que ellos iban en la dirección de la consideración de la familia y la comunidad, en relación al proceso de enfermar de los individuos.

## LIMITACIONES DEL MODELO BPS: TRES PREMISAS A SUPERAR PARA SEGUIR AVANZANDO

---

A continuación, serán enunciadas dos premisas que representan, ya sea incomprendimientos o debilidades del modelo BPS.

### El reduccionismo debe ser reemplazado

Este es un pensamiento contemporáneo derivado del modelo BPS, mas no puede ser atribuido a Engel directamente. En primer lugar, él reconoce los avances de la biomedicina en sus publicaciones originales, así como en aquellas que reconocen su legado posterior (1, 3). Más aún, si observamos los avances epidemiológicos del último siglo, la mayoría de ellos atribuibles al reduccionismo biomédico.

¿Por qué ha quedado en la interpretación de muchos que la biomedicina debe ser reemplazada? No lo sabemos con certeza, pero es menester considerar estas aproximaciones con cautela. El reduccionismo aplicado a raja tabla en problemáticas humanas que tienen que ver con experiencias conscientes, conductas y con intercambios culturales no encuentran una respuesta satisfactoria en el reduccionismo; pero esto no es suficiente para desprendernos de varios siglos de progreso científico sin parangón en la historia de la humanidad.

Buscando en las fuentes directas que hacen alusión al pensamiento de Engel, nos encontramos con que su principal crítica al modelo biomédico, es a un uso irreflexivo del mismo. Decir que el modelo biomédico no es la respuesta a todas las preguntas en medicina, no implica afirmar consecutivamente que el reduccionismo ha sido pernicioso para la medicina occidental actual. Lo anterior corresponde a un pensamiento polarizado y descontextualizado.

### El eclecticismo epistemológico y el inclusionismo desmesurado

La crítica en el párrafo anterior se puede atribuir más una incompreensión posterior, que al pensamiento propio del autor del modelo BPS. No obstante, las dos siguientes pueden corresponder a falencias intrínsecas en la formulación del modelo. Si escudriñamos en la literatura, nos encontraremos con el psiquiatra Nassir Ghaemi, autor del libro titulado *"The raise and fall of the biopsychosocial model"*, y de otros artículos que tratan este mismo tema (5, 6). En sus escritos se puede apreciar una crítica más o menos sistematizada al modelo BPS, el que ha tenido una penetración profunda en el

campo de la psiquiatría.

Para comprender estas críticas, es importante volver a la TGS como mecanismo explicativo para hacer inclusión de los elementos intangibles en la nosología médica y psiquiátrica. Cuando Engel habla de la TGS, alude a un "marco conceptual" (*"conceptual framework"*) capaz de ordenar los sistemas jerárquicamente (4). Sin embargo, no alude a una forma particular de verificación de los aciertos o desaciertos del modelo. Engel alude a la TGS, tomando de ella los conceptos principales de jerarquía y organización, considerando que el médico debe valorar las repercusiones en cada uno de los niveles.

Este marco conceptual no es suficiente para satisfacer las necesidades de verificación de las acciones médicas en cada momento. Es razonable pensar que el infarto al miocardio de Mr. Glover tendrá repercusiones a nivel familiar y social, pero para el quehacer cotidiano del modelo es necesario conocer las acciones específicas para cada nivel, así como los mecanismos de verificación para comprender si nuestras conclusiones son correctas o incorrectas.

Si pudiéramos hacer una síntesis de este planteamiento, diríamos que el modelo BPS abre la puerta a los elementos intangibles de la medicina, pero sin establecer mecanismos de control y comprobación de las acciones médicas. Esta libertad para practicar el eclecticismo, tiene la ventaja de permitirle al clínico adentrarse en los intangibles con total libertad, pero sin restricciones útiles a la hora de abordar problemas complejos. Esta crítica la encontramos en las palabras de Ghaemi:

*...los defensores biopsicosociales realmente buscan la libertad ecléctica, la capacidad de "individualizar el tratamiento para el paciente", lo que en la práctica significa que se le permite hacer lo que uno quiera hacer. Esta libertad ecléctica colinda con la anarquía: uno puede enfatizar lo "biológico" si se quiere, o lo "psicológico"... o lo "social" (5).*

Esta debilidad intrínseca del modelo BPS, también es responsabilidad de su ulterior aplicación por parte de muchos clínicos. Un modelo de tal laxitud mimetiza el mapa y el territorio, es decir, fusiona el mecanismo explicativo sistémico con los usos cotidianos y prácticos que utiliza el médico en la resolución de sus problemas. **Ciertamente, un mapa que es igual al territorio, no sirve.** El mapa debe ser el guía y el territorio debe ser el campo de problemas cotidianos del médico.

Claramente, la sensación de volatilidad que perciben los estudiantes de medicina al acercarse a los intangibles tiene asidero en esta falencia. Es

legítimo querer saber si estamos en lo cierto o no. Un estudiante necesita ensayar modelos explicativos y en algunos casos acertar o equivocarse, pero para ello es necesario saber cómo verificar si sus hipótesis son ciertas o falsas. Por otra parte, si queremos incluir los aspectos psicológicos de las personas, y hacer esta tarea con rigor, es necesario incluir aquellas teorías psicológicas que sean adecuadas a un marco epistemológico en particular.

Si sometemos a un estudiante a un ciclo de docencia con tres clínicos que dicen practicar el modelo BPS, perfectamente bien el primero puede suscribir al psicoanálisis, el segundo a las teorías psicológicas del humanismo, y el tercero al conductismo. En el modelo BPS pueden subsistir perfectamente bien la tres, porque no impone restricciones a las explicaciones sistémicas que se originan al incluir los elementos intangibles. Un primer tutor podrá decir que el sufrimiento psicológico es reflejo de acciones inconscientes por parte de Mr. Glover, el segundo dirá que hay que fortalecer la relación con él para favorecer su auto-dirección, y el tercero propondrá ensayar ejercicios de fusión y defusión cognitiva. Someter a los estudiantes a este escenario, sin una reflexión adecuada, equivale a darles a entender que hacer estas distinciones no es relevante. Esto los puede llevar a pensar que los intangibles de la medicina se diluyen frente a sus ojos.

El inclusionismo desmesurado va línea con la crítica anterior, y hace referencia a lo excesivamente abarcador del modelo. Basta recurrir nuevamente al ejemplo de Mr Glover (4), en él se sistematizan las consecuencias de un infarto agudo al miocardio, desde el nivel molecular hasta la perspectiva comunitaria. Esta aplicación, ciertamente, parece infructuosa e irracional de aplicar en la práctica clínica cotidiana, y refleja nuevamente un vacío inherente en la aplicación del modelo.

Aún disponiendo de los medios necesarios de tiempo y espacio, es infructuoso realizar una práctica de este nivel con cada caso en particular. En algunas situaciones parece importante incluir la perspectiva comunitaria y en otras no. Más niveles no siempre es mejor, pero esta es una afirmación que Engel deja fuera de sus afirmaciones.

*...la idea básica es que "más es mejor": la verdad se logra sumando más y más perspectivas, acercándose más y más a una realidad altamente compleja. Esto es sentido común, quizás, pero no tiene sentido científico... (5).*

**Nuevamente, el mapa no puede ser igual al territorio, en cuyo caso desecharemos al primero y nos quedaremos con el segundo.** Si lo

anterior ocurre, nuestra práctica se vuelve imposible de sistematizar. Si no podemos sistematizar nuestro quehacer, será imposible enseñarlo a los otros.

¿Por qué repensar nuestra forma de practicar la Medicina? El administrativo SOME del futuro y el epidemiólogo del futuro.

Si a la ciencia de los tangibles le ha ido tan bien... ¿Por qué abandonarla? La inclusión de los elementos intangibles, como la conducta humana y la cultura, es considerado la mayor parte del tiempo como una quehacer político o filosófico, más que cómo una práctica clínica definida.

Podemos decir que la inclusión de temas como la conducta, la cultura y la consciencia ha sido minoritaria en el pensamiento científico de la medicina occidental actual. Pero descartarlos solo por no haber sido incluidos históricamente no parece ser una explicación suficiente. Es más, están apareciendo como temáticas cada vez más necesarias y relevantes dentro del pensamiento médico contemporáneo. A continuación indagaremos un poco en el por qué.

Supongamos un médico o médica de atención primaria de la década del 60 en una localidad chilena, cualquiera sea. Prácticamente toda su agenda y sus preocupaciones se daban en el espacio de las enfermedades infecto-contagiosas. Su preocupación era que niños pequeños y adultos mayores no murieran de diarrea, neumonía o desnutrición. Con un claro y exitoso correlato en el reduccionismo biomédico, la labor de estos médicos en la segunda mitad del siglo XX fue fantástica: la mortalidad infantil disminuyó con fuerza y se implementaron servicios efectivos para estos problemas.

Supongamos que a este médico o médica de los años 60 se le traslada, por medio de un vórtex inter-temporal, a su mismo box de atención, pero del año 2018. Luego del estupor inicial generado por el viaje en el tiempo, diría: "La medicina debe haber avanzado tanto en estos 50 años, que las enfermedades infectocontagiosas deben estar controladas. La sala de espera debiese estar vacía... al fin podré descansar". Tocan la puerta, y entra un administrativo SOME del futuro, con la hoja de estadísticas del día, y le dice: "Felicidades. El reduccionismo biomédico ha hecho que las enfermedades infecto-contagiosas hayan sido controladas en gran medida. Los niños y adultos mueren cada vez menos de enfermedades infecciosas, la desnutrición prácticamente ha desaparecido de nuestras consultas. Pero, Doctor, la sala de espera del 2018 sigue llena".

El médico mira la estadística, y se encuentra con que un tercio de las consultas se relacionan con problemas psicosomáticos, el otro tercio está ocupado con pacientes que tienen problemas cardiovasculares, la mayoría relacionados con sobrepeso y obesidad, y los pacientes restantes están consultando por problemas de salud mental. Este médico podría preguntarse, y con razón... ¿Me encuentro en un futuro distópico?

El médico, ofuscado, pide hablar con un epidemiólogo del futuro para pedirle explicaciones. El epidemiólogo del futuro le responde "Doctor, lo que pasa es que el 74,2% de los chilenos tiene exceso de peso, el 21,7% de las mujeres chilenas ha presentado síntomas depresivos en el último año en comparación al 10% de los hombres (12). En cuanto a las enfermedades psicosomáticas, es más difícil tener una estimación actual en población chilena, pero sabemos que en Estados Unidos puede llegar desde el 25 al 50% de las consultas médicas ambulatorias totales (7). Al ser controladas las problemáticas de su tiempo, aparecieron otras, pero el correlato de estos nuevos problemas con el reduccionismo no ha demostrado ser, ni tan claro, ni tan exitoso."

La historia presentada deja dos lecciones bien específicas. La primera, es que el reduccionismo es una forma de pensamiento científico que se ha desarrollado con mucho éxito ciertos contextos, pero no es el único ni el definitivo. El dogmatismo no cabe en la ciencia en general, así como tampoco en las ciencias biomédicas. Un médico o científico que cree tener la respuesta definitiva a un problema, se parece más a un fundamentalista religioso o político, que a un médico. Existen nuevas formas de entender la medicina que se están desarrollando alrededor del globo, a las que es necesario prestar atención, en las que espero profundizar en artículos posteriores. Sólo como ejemplos, se pueden mencionar la medicina de redes y la medicina social (8). También hay aproximaciones que toman el modelo BPS como base, pero son más "aterrizadas" y lidian con las críticas mencionadas, como el método clínico centrado en el paciente (9).

## CONCLUSIONES

En la segunda mitad del siglo XX, George Engel planteó una alternativa al modelo biomédico, con la proposición del modelo biopsicosocial (BPS). Esta propuesta fue presentada a la comunidad médica como una forma de superación al reduccionismo y al dualismo cuerpo-mente, ambos

característicos del ejercicio médico occidental. El término biopsicosocial logró permear a la praxis médica en general, aunque aún suscita posiciones favorables y detractoras.

Es importante considerar la distinción entre los parámetros tangibles e intangibles en el ejercicio médico general. Lo anterior, porque los tangibles han ido cambiando de época en época, y de ellos deriva lo que queda dentro del campo de la biología, de lo que no. El reduccionismo es la epistemología dominante en la medicina occidental, y tiene a su base la fragmentación y el establecimiento de cadenas de causalidad lineal para la comprensión de los fenómenos. Esta forma de hacer medicina ha tenido alcances notables para la humanidad, especialmente en el control de las enfermedades infectocontagiosas.

Engel reconoce los avances del reduccionismo, pero también las limitaciones de su ejercicio irreflexivo. Plantea dos posiciones divergentes, una extremadamente exclusionista y la otra reduccionista, en los mismos términos. La propuesta exclusionista es dualista, porque no busca puentes metodológicos para que conversen los fenómenos tangibles e intangibles de la medicina, y es representada por Szasz en *The Myth of Mental Illness*. La propuesta reduccionista considera que los fenómenos intangibles deben reducirse a defectos neuroquímicos o neurofisiológicos por naturaleza, y es presentada por Ludwig en *The Psychiatrist as Physician*.

Engel presenta el modelo BPS como una propuesta inclusionista, pero con una idea divergente del reduccionismo para establecer el mecanismo explicativo entre los fenómenos tangibles e intangibles. El puente metodológico planteado por Engel, para conectar ambos fenómenos, es extraído de la TGS y se plantea mediante 6 enunciados bien identificados, todos aplicables a enfermedades como la Diabetes Mellitus y la Esquizofrenia.

El modelo BPS es valorable porque incorpora elementos de la subjetividad humana al ejercicio médico, ha permitido una valoración de las habilidades psicoterapéuticas de los médicos para su ejercicio habitual, y porque abrió paso a nuevas miradas de la medicina que han intentado incluir al sistema familiar y social. Sin embargo, sus limitaciones han llevado a que la práctica del modelo sea divergente, ya sea por la creencia de que el reduccionismo debe ser reemplazado, así como por su libertad ecléctica y su inclusionismo desmesurado. El modelo BPS, en estas condiciones, es usado como un término polisémico: tres clínicos que dicen practicarlo pueden hacer tres cosas

diferentes, sin necesidad de justificar sus hipótesis. Lo anterior, ha hecho que el modelo BPS no sea practicable, ni mucho menos sistematizable ni enseñable con rigurosidad metodológica.

El éxito del reduccionismo no ha liberado a los sistemas de salud de una alta demanda asistencial. Lo anterior, porque las enfermedades infectocontagiosas han sido reemplazadas por enfermedades psicosomáticas, mentales y cardiovasculares, cuyo origen es multicausal, lo que pone en aprietos al reduccionismo biomédico. El reduccionismo no es la respuesta única y final a los problemas de la medicina. Existen aproximaciones novedosas que no deben ser descartadas de plano.

### **REFLEXIONES FINALES. ENTREMOS AL VORTEX ESPACIO-TIEMPO.**

---

El modelo BPS deja un legado positivo para el operar de los clínicos, pero también deja críticas bien fundadas, de las que debemos hacernos cargo. ¿El modelo BPS es efectivamente un método de superación del reduccionismo biomédico o es simplemente una consigna que tiene tantos significados posibles (polisemia) que es imposible de practicar?

El primer desafío será definir reflexivamente nuestra postura. Podemos sumarnos a la visión exclusionista de Szasz y considerar que los elementos psicosociales deben ser vistos por otro tipo de profesional o por una disciplina médica en específico. Podemos, también, adherir firmemente a la biomedicina y considerar, como Ludwig, que el camino recorrido por el reduccionismo merece ser profundizado. Una tercera opción es abrazar ciegamente al modelo BPS, y considerarlo un bastión político para la medicina familiar y la atención primaria, pero sin profundizar académicamente en sus premisas ni en su práctica.

Considero que la Medicina Familiar avanza en la última dirección propuesta. Siguiendo este camino podremos recoger algunos frutos, pero seguiremos recogiendo dolorosas decepciones por parte de los estudiantes interesados en nuestra disciplina. La percepción de los estudiantes, de que el modelo BPS pierde sustancia en la práctica clínica cotidiana, tiene sustento si consideramos el eclecticismo y el inclusionismo desmesurado del modelo, así como su aplicación no rigurosa como un término polisémico. A partir de estas críticas, la Medicina Familiar debe tomar una posición responsable.

No dispongo del espacio necesario para formular detalladamente mis propuestas de avance. Por

lo pronto, considero que abrazar la experiencia humana de la dolencia con genuina curiosidad y preparación, es el camino para romper con parte del reduccionismo irreflexivo. Es fundamental, para considerar una visión inclusionista de desarrollo para la medicina actual, el iniciar programas de investigación que busquen los correlatos experienciales entre la dolencia y la enfermedad.

Considero importante, también, avanzar en el camino recorrido por la TGS hacia sus formas más contemporáneas, para ir a buscar preguntas y nuevas respuestas. Este camino implica avanzar desde la primera cibernética, donde se gestaron las ideas recogidas por Engel, hacia la cibernética de segundo orden, donde cobra especial relevancia la posición del observador. Las respuestas que pueden surgir desde ahí, así como el giro epistemológico que produjo la reflexión sobre los sistemas observantes, pueden ir a paliar las falencias del actual modelo BPS. Este camino tiene el precio de remover los cimientos del modelo BPS y de la medicina familiar, labor que produce incomodidad en algunos de mis colegas, pero que sin duda vale la pena recorrer.

Por último, si nosotros entrásemos al vortex espacio tiempo y viajásemos al año 2068, una humilde sugerencia es que, antes de aseverar el éxito o el fracaso de nuestros esquemas de pensamiento, preguntémosnos... ¿Cuáles son los tangibles y los intangibles de esta nueva época? ¿Han sido superados o profundizados los dogmas de la época en que he vivido?

### **AGRADECIMIENTOS**

---

*Las ideas plasmadas en este artículo han surgido en diálogos y reflexiones en un espacio académico informal de residentes de Medicina Familiar llamado "Círculo de Estudios de Medicina Familiar y Comunitaria". Este último, ha surgido como un espacio de reflexión y aproximación teórica-científica de la Medicina Familiar.*

### **REFERENCIAS**

---

1. Borrell-Carrío F. The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *The Annals of Family Medicine*. 2004;2(6): 576–582.
2. Drack M., Apfalter, W., & Pouvreau, D. On the making of a system theory of life: Paul A Weiss and Ludwig von Bertalanffy's conceptual connection. *The Quarterly Review of Biology*. 2007;82(4):349–373.
3. Engel G. The need for a new

medical model: a challenge for biomedicine. *Science*.1975;196(4286): 129–136.

4. Engel G. The clinical application of the biopsychosocial model. *Journal of Medicine and Philosophy*. 1981;6(2):101–124.

5. Ghaemi, S. N. The rise and fall of the biopsychosocial model. *The British Journal of Psychiatry*. 2009;195(1): 3–4.

6. Ghaemi S N. The rise and fall of the biopsychosocial model: reconciling art and science in psychiatry. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2010.

7. Goldenberg, D. L. Pain/Depression Dyad: A Key to a Better Understanding and Treatment of Functional Somatic Syndromes. *The American Journal of Medicine*. 2010; 123(8): 675–682.

8. Greene JA., Loscalzo J. Putting the Patient Back Together — Social Medicine, Network Medicine, and the Limits of Reductionism. *New England Journal of Medicine*. 2017;377(25): 2493–2499.

9. Levenstein J. H., Mccracken E. C., McWhinney I. R., Stewart M. A., Brown, J. B. The Patient-Centred Clinical Method. 1. A Model for the Doctor-Patient Interaction in Family Medicine. *Family Practice*. 1986;3(1): 24–30.

10. Ludwig A. M. The Psychiatrist as Physician. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1975; 234(6):603

11. McWhinney I. R., Freeman, T. *Textbook of Family Medicine*. Oxford University Press, 2009.

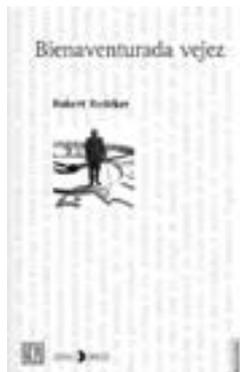
12. Ministerio de Salud. Chile. Primeros resultados ENS [Internet] 2016 - 2017 [consultado en julio de 2018]. Disponible en: <http://epi.minisal.cl/ens-resultados-ens-2016-2017/>

13. Szasz T. The myth of mental illness: 50 years later. *The Psychiatrist*. 2011; 35(5): 179–182.

14. Szasz, T. S. The myth of mental illness. *American Psychologist*. 1960; 15(2): 113–118.

15. Szasz, T. S. (1974). The Myth of Mental Illness. En *Perspectives in Abnormal Behavior*. 1974: 4-11.





## Bienaventurada vejez Robert Redeker, FCE Colombia, 2017.

Fondo de Cultura Económica es una verdadera obra maestra editorial. Entre tantos detalles notables que componen ese carácter peculiar, destaca su capacidad para mantener líneas editoriales particulares en los países en que se afina. Los argentinos han aprovechado de explotar al máxima la veta pos estructuralista, por ejemplo editando a Foucault en plenitud.

El libro que comentamos es traducido y publicado en Colombia, un territorio editorial con poco impacto sobre Chile. Es una valiosa sorpresa que sea este autor, este pensamiento y la vejez misma como valor, lo que se anude en este libro.

Vamos en ese mismo orden. Se trata de un filósofo francés —nacido en 1956— que realiza una vida semiclandestina desde que en el 2006 tras publicar una columna anti islámica, recibió muy concretas amenazas de muerte. Colombia y España sin embargo lo han recibido y han divulgado su obra. En Colombia FCE también junto a Luna Libros, ha publicado un libro anterior suyo, llamado Egobody. La fábrica del hombre nuevo.

Un autor que nos sacude con una frase contundente: “la epidemia de higienismo y de sanitarismo es una lejana consecuencia del acontecimiento que Nietzsche llamó la muerte de Dios”.

La primera lectura nos dice que estamos siendo apuntados en nuestras prácticas y que quizás debamos pensar que ellas tienen un profundo origen metafísico, como es la muerte de Dios o un ateísmo desesperado. Luego nos adiciona: “higienismo y sanitarismo son incapaces de soportar

lo que se opone a ellos —que por otra parte es la realidad, la vejez y la muerte, en fin, la misma condición humana”. De aquí en adelante tendremos que pensar dos veces, antes de poner el envejecimiento poblacional como un problema de salud pública. Pues para Redeker, la vejez no es para nada un problema, sino el momento de la sabiduría. Vivir es intentar ser viejo.

Redeker es un autor particularmente complejo. Se lanza contra los anhelos antihumanistas de los estructuralistas y post estructuralistas y resucita dos mitos que me parecen definitivamente agotados: la excepcionalidad humana y el sentido del sufrimiento. Es una filosofía de cuño heideggeriano, que intenta pensar un cristianismo ateo. Para esa empresa, delimita con abismal separación la condición humana respecto de la animal. Incluso dice que los animales no tienen condición, ya que no están en el mundo, y que el animal ignora el desamparo y la desnudez. Su valoración del sufrimiento es propiamente cristiana y se basa en una profusión de autores de esa tradición.

Pero me parece que esos aspectos no invalidan el argumento principal: la vejez no es un problema. Y si hoy la vejez es un pueblo contra el cual estamos en guerra, es porque buscamos arrojar la transitoriedad de la vida, en un presente dinamizado sin sentido. Con eso, mas allá de si aceptamos algunas de sus generalizaciones y afirmaciones tajantes, entramos en el terreno de la valoración de la vejez y la mortalidad. Difícil desafío para sanitaristas e higienistas. Pero urgente.



## **Ser mortal. La medicina y lo que al final importa** **Atul Gawande** **Galaxia Gutenberg, Barcelona, 2018.**

**E**n la antología de Henry Sigerist traducida por Gustavo Molina en su prisión, al abrir el artículo Orientaciones sobre qué leen y cómo escriben los médicos, en vez del texto, encontramos una nota editorial excusándose de su publicación porque la casa propietaria del artículo no lo autorizó. El editor señala: “En esencia, contiene consejos sobre la forma de escribir artículos y conferencias técnicas, así como la guía ofrecida por un sabio maestro, en el ocaso de su vida, para seleccionar las limitadas lecturas que pueden permitirse profesionales atareados”.

Gran parte del trabajo editorial es leer lo que escriben los profesionales de la salud. Gawande esta entre los autores más citados de la actual cohorte de médicos escritores y no había tenido la fortuna de encontrarlo. Es una de esas lecturas que debemos permitirnos por más atareados que estemos.

Primero, porque es un libro sorprendente. Leer a un cirujano ocupado en cuidados paliativos, en casas de residencias, en el abordaje intrahospitalario de las enfermedades en la vejez, ya es una reveladora sorpresa (aunque los cirujanos nodejan de sorprenderme: debo reconocer que las únicas dos personas con quien he compartido libros del filósofo Benedicto Spinoza son cirujanos, uno neurocirujano y el otro, vascular periférico)

Es un libro de salud pública, abordando una problema de actualidad. Una sola cifra: de nuestros egresos hospitalarios 2017, 1,637,150 en total, el percentil 99 de tiempos de estada se sitúa en 50. Y de esos egresos, la cuarta parte corresponde a personas de 70 años o más. Por supuesto, ese grupo es mayoritario en hombres (55%) aunque en el censo 2017 la proporción de hombres de 70 o más años es de 42%. Es decir que a partir de los 70 años el riesgo relativo de estar hospitalizado más de 50 días es de 1,7 si eres hombre

respecto de las mujeres. Tenemos la sospecha que una buena porción de nuestros hospitales o quizás de nuestros servicios de medicina, actúan como hospicios frente a la desprotección en que situamos a la vejez.

El libro de Gawande combina historias de vida, experiencia personal, con reportes técnicos y experiencias de asilos distintos. En todos ellos, el cirujano de Boston y profesor tanto de la Escuela de Medicina y de la de Salud Pública de Harvard, recorre las preguntas sobre el rol de la medicina tecnológica, el abordaje de la mortalidad y la ética de la vida.

Una buena parte de sus reflexiones tienen que ver con situar al paciente en una relación adecuada, no sólo en el sentido de que se haga parte del tratamiento. Su mira es generar las condiciones para un diálogo acerca de lo que importa al paciente y qué tratamiento puede ayudar en eso importante. Es un diálogo acerca del valor y del sentido. Por supuesto que un tipo de diálogo que la medicina contemporánea requiere y que tanto hospitales como Facultades deben pensar, implementar y evaluar.

Como buen heredero de la tradición pragmatisa, el libro recoge variadas experiencias que sitúan al hospicio o residencia como un lugar propicio para la experimentación y para poner a la ancianidad en condiciones enriquecedoras. En el estilo norteamericano se trata de soluciones basadas en seguros, iniciativas empresariales y algo de especulación inmobiliaria. Pese a eso, el mensaje de Gawande cuestiona la libertad del individuo independiente. Propone una salida que es como un second best: la capacidad de conducir nuestra vida en medio de restricciones:

“No pretendo ni mucho menos sugerir la idea de que es posible controlar el final. En realidad

nadie tiene jamás el control. La física, la biología y el azar son los que se imponen en última instancia en nuestras vidas. Pero lo cierto es que tampoco estamos indefensos. El valor es la fortaleza de reconocer ambas realidades. Tenemos margen para actuar, para dar forma a nuestra historia, aunque con el paso del tiempo, sea dentro de unos límites cada vez más y más estrechos. Hay algunas conclusiones claras cuando llegamos a concluir lo siguiente: que nuestro fracaso más cruel en nuestra forma de tratar a los enfermos y a los ancianos es la incapacidad que reconocer que esas personas tienen unas prioridades más allá de estar fuera de peligro y de vivir más; que la posibilidad de

dar forma a nuestra historia es esencial para que nuestra vida siga teniendo sentido; que tenemos la oportunidad de reformar nuestras instituciones, nuestra cultura y nuestras conversaciones en un sentido capaz de transformar los últimos capítulos de la vida de todos y cada uno de nosotros”

Un libro que vuelve a poner a la clínica como un lugar de importantes inquietudes de salud pública. Atreviéndome hasta la posible insolencia con el subtítulo, a preguntarnos por lo que primero importa.

Al menos, cuando el libro termina con parte de las cenizas del padre arrojadas al Ganges, sin duda trata de lo primero.



## La circulación de la sangre. La revolucionaria idea de William Harvey

### Thomas Wright

Fondo de Cultura Económica,  
México, 2016

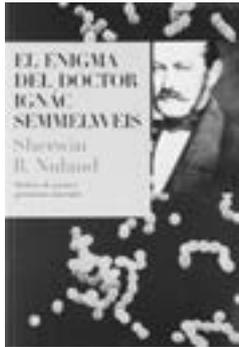
La historia de la medicina pertenece vivamente a la salud pública. Recomiendo un texto del 2007 a quien lo dude (Erwin H. Ackerknecht, *Social Medicine, and the History of Medicine* por Charles E. Rosenberg). Pero la historia de momentos como el de Harvey, de un giro radical en los saberes, requiere el paso por la epistemología.

El trabajo de un historiador profesional al respecto es siempre un hálito de ideas nuevas, que enriquecen un hecho científico cuya comprensión creemos acabada. Y también la presentación de una nueva forma de contar y organizar las ideas.

El origen yeoman de Harvey conduce buena parte de las explicaciones del texto: trabajador incansable, organizado, creativo, austero.

Ese mismo origen yeoman lo pone en la mira de los cuestionamiento aristocratizantes. Quizás lo más revelador de esta biografía sea situar a Harvey en las antípodas del mecanicismo cartesiano, que paradójicamente tomó sus metáforas para hacerse fuertes.

Ese mismo espíritu campesino sea el que lo mantuvo creyente, monárquico en medio de la revolución de Cromwell y que trató de “mierderos” a los neotéricos, es decir a los cartesianos de su tiempo.



## El enigma del Doctor Ignác Semmelweis. Fiebres de parto y gérmenes mortales

Sherwin B. Nuland

Antoni Bosch editor, Barcelona, 2005(?)

La historia de Semmelweis ha sido suficientemente visitada y revisada. Pero esta vez, Sherwin Nuland (según Atul Gawande: “quien, junto a Oliver Sacks, es el gran maestro narrador de temas médicos”) emprende un camino literario y personal en la búsqueda del autor.

La historia que puede ser leída de un golpe, recompone la historia intelectual y emocional de la ocupación de Semmelweis en la mortalidad de las mujeres posparto. Aunque su esfuerzo original estaba en trabajar con Jakob Kolletschka, discípulo del afamado Karl von Rokitansky, que la renovación de las universidades en 1844 había puesto como director de Anatomía Patológica en la Universidad de Viena. Eran los tiempos que ya acumulaban las tensiones de las revoluciones europeas de 1848. Cita el mismo Nuland a Billroth cuestionando el anquilosamiento de la Academia:

“[una] generación que había sido educada dentro de una camisa fuerza intelectual, con anteojeras en los ojos y taponos de cera en los oídos. Mientras los jóvenes pegaban brincos a su alrededor, los viejos, a cuyos cuerpos se les había impedido un desarrollo natural por la eterna carga de la supervisión estatal, sentían que el mundo se tambaleaba bajo sus pies y creían que su fin se acercaba”.

Hay que decir que la anatomía patológica de

Rokitansky no era una mera cuestión estructural, morfológica o de arquitectura, sino también funcional, como bien lo señala Chuaqui en su explicación a la expresión *fabrica* en el título de Vesalio, de una época mucho menos fisiológica.

Lo cierto, es que Semmelweis no fue aceptado y postuló como ayudante de Joseph Skoda, también con desafortunado resultado. Pero su talento logró desplegarse en el territorio obstétrico, con igual fortuna.

Los orígenes transmisibles de la fiebre puerperal evidentemente no fueron descubiertos por Semmelweis. Mucho antes ya se conocía del contagionismo, de los agentes microscópicos y de la medicina como agente de riesgos. Otra prueba contra la no obviedad de la medicina basada en evidencias.

Nuland ofrece una interpretación orgánica de la muerte de Semmelweis que hasta ahora no deseo aceptar. Intento hacer coincidir su genialidad científica con su vida y entender las condiciones de marginalidad y maltrato en que debió afrontar a las autoridades médicas de su tiempo. Los hechos que Nuland cuenta de alguna manera lo confirman: Semmelweis murió de una *golpiza* que le dieron en el lugar en que fue internado como enfermo mental. Familia y academias terminaron por sellar su destino.



## La conquista de la salud en europa. 1750-1900

### Calixte Hudemann-Simon

### Siglo XXI, España, 2017.

**M**aravilloso un libro de historia de la salud que no incluya a Foucault en su bibliografía (aunque lo cite una vez en su interior y no sea mencionado en el índice de nombres!!!). Foucault muchas veces es un recurso infinito para el capitalismo extractivista de ideas. Eso lo ubica entre el abuso o peor, la pereza y el aburrimiento.

Este trabajo se centra en dos cuestiones: la profesionalización de la clínica y el hospital moderno, aunque el título de esta segunda parte es mas bien *Hacia una política de la sanidad pública*.

Confieso que la discusión sobre la constitución de las profesiones no me apasiona mucho, aunque los dos capítulos dedicados a este tema realicen una valiosa comparación de la realidad europea del siglo XIX. Quizás si la disputa actual entre la norma técnica 19 y 21, nos convenza de poner más estudio a las tensiones entre profesiones y a comprender razones que van mas allá de intereses y dinámicas de mercado.

La segunda parte del libro, tiene el capítulo tercero llamado *Del Hospital hospicio al Hospital Laboratorio* (el capítulo siguiente y final es: *Los médicos y el estado al servicio de la sanidad pública*) que es el que me atrajo al libro y me provoca al comentario. Primero, porque me parecía que el peso del laboratorio y todo el aparato tecno-científico de apoyo, imagenología, biología molecular, endoscopías, laparoscopías, robots, es un desarrollo del siglo XX. Segundo, porque el Hospital hospicio no carecía de virtudes terapéuticas.

A lo largo de este capítulo, pero de todo el texto, la autora va combinando la evolución de las profesiones y su práctica, los hospitales, las técnicas, con los sistemas de financiamiento. Es algo imprescindible y básico, pero pocos son capaces de realizar. Es lamentable que el debate sobre seguros o sistema único, reembolso per capita, GRD o por problema resuelto esté tan alejado de las implicancias de esos métodos, sobre la práctica clínica,

Sostengo que pese a la fuerza de la medicina experimental con Claude Bernard y el desarrollo de la fisiología asociada en el siglo XIX, sólo la endocrinología de los años 20, asociada a la diabetes mellitus y la obtención de insulina de uso clínica, dieron preeminencia al laboratorio. Pero los argumentos de Hudemann-Simon son más profesionales que los míos y como fuere, el Hospital del siglo XX resulta --para bien y mal-- fuertemente desestibado hacia la técnica y los equipos instrumentales.

En su conclusión, la autora señala:

“Una de las adquisiciones esenciales en el camino hacia la profesionalización en el siglo XIX fue la unión de la medicina y la cirugía, que se produjo por etapas”. Creo que el secreto del hospital actual está en esa combinación y que las formas en que ese encuentro se ha resuelto tienen aun mucho que enseñarnos. La mesa de operaciones ha sido el encuentro de algo más que un paraguas y una máquina de coser.

Yuyri Carvajal.

# INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

## ALCANCE Y POLÍTICA EDITORIAL

---

Cuadernos Médico Sociales publica trabajos originales sobre **Salud Pública y Medicina Social**, en español, inglés o portugués, en cuatro números al año (marzo, junio, septiembre, diciembre).

Dentro de los objetivos de **Cuadernos Médico Sociales** se encuentra estimular la reflexión y la investigación científica en el ámbito de la Salud Pública y de la Medicina Social, difundir temas relevantes a estas áreas del conocimiento, donde se integren quienes estudian o trabajan en las distintas disciplinas (ciencias naturales, biológicas, sociales y/o de la conducta, humanidades médicas y otras) e instituciones relacionadas con la salud colectiva. Hacer llegar a las autoridades, dirigentes, profesionales y estudiantes de postgrado aquellas experiencias, análisis y resultados de investigaciones que contribuyan a desarrollar una concepción integral de la salud y de la atención de salud.

Se preferirá resultados de investigaciones y/o experiencias en torno a ámbitos específicos de la Salud Pública y de la Medicina Social, tanto de metodología cuantitativa como cualitativa, que contribuyan a desarrollar una concepción integral de la salud y de la Atención de Salud. Se publican también Notas, Comentarios, Reseñas y Cartas al editor.

Los trabajos que cumplan con los requisitos formales, serán sometidos a revisión por expertos. La nómina de revisores consultados se publica una vez al año. La revista se reserva el derecho de hacer modificaciones de forma al texto original.

## FORMA Y PREPARACIÓN DE MANUSCRITOS

---

Un Manuscrito en proceso de revisión en Cuadernos Médico Sociales no podrá ser enviado a otro medio de publicación para los mismos fines. Se sugiere que los trabajos enviados se ajusten a las siguientes instrucciones:

1. La extensión máxima será de 20 páginas a espacio sencillo<sup>1</sup>, tipo Arial 11 con un margen de 3 cm., incluyendo tablas y gráficos. Las ilustraciones y tablas deben enviarse en páginas separadas, indicando claramente el título, Tabla xx o Figura xx. En el caso de los cuadros en su parte superior y de las figuras en su parte inferior, numeración, fuentes y el sitio en que serán intercaladas; deben venir en el archivo original y no ser insertados como “objetos”. No se usarán colores. Las notas al texto deben venir al final de cada página con números correlativos. Las tablas no deben contener grises en su interior, ni líneas verticales. Una línea horizontal sobre los títulos de las columnas y otra debajo. La tabla termina con una línea horizontal. No incorpore más líneas en su interior.

2. Los artículos de investigación deben dividirse en las siguientes secciones:

a. **Título y autores.** El título puede tener hasta 84 caracteres, incluyendo los espacios entre las palabras y además debe estar traducido al inglés. Los autores figurarán con el nombre y apellido; en nota al pie se consignará la profesión, cargo y principal grado académico. Se colocará la dirección electrónica del autor a cual deberá dirigirse la correspondencia.

b. **Resumen.** No debe tener más de 250 palabras, con los objetivos, métodos, resultados y conclusiones principales. Agregar una versión en inglés. Colocar entre dos y seis palabras clave (descriptores), según la nomenclatura consignada en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

c. **Introducción.** Describa brevemente el objetivo de la investigación y explique su importancia.

d. **Material y Métodos.** Describa los procedimientos y materiales utilizados, incluyendo los detalles necesarios que permitan repetir la experiencia en futuras investigaciones.

e. **Resultados.** Presente sus resultados en secuencia lógica. No repita en el texto todos los datos presentados en tablas o ilustraciones. Enfatique o resuma solamente las observaciones importantes.

f. **Discusión.** Enfatique los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones derivadas de ellos. Incluya en esta sección las implicancias de sus hallazgos, tanto como sus limitaciones. Evite detalles ya presentados en las secciones Introducción y Resultados.

g. **Conclusiones y perspectivas**

---

<sup>1</sup> Los autores que deseen enviar trabajos más extensos, serán recibidos por el comité, para una evaluación especial.

h. **Referencias.** Limite las referencias (citas bibliográficas) idealmente a 30. Incluya las referencias aparecidas en revistas chilenas, **incluyendo las publicaciones pertinentes aparecidas Cuadernos Médico Sociales.**

Numere las referencias en el orden en que se las menciona por primera vez en el texto. Identifíquelas mediante numerales arábigos, colocados ( ) al final de la frase o párrafo en que se las alude.

Al listar las referencias, su formato debe ser el mismo de la notación Vancouver, por ejemplo:

i. Artículos de revistas

Arredondo A, Hernández P, Cruz C. Incorporación de la perspectiva económica en el análisis del sector salud: segunda parte. Cuad Med Soc (Santiago de Chile). 1993; 34 : 33-44.

ii. Capítulos en Libros

Mehta SJ. Dolor abdominal. En: Friedman HH, coordinador. Manual de Diagnóstico Médico. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2004. p.183-90.

iii. Artículos en formato electrónico

Montoya-Aguilar C. Atención primaria de salud. Alma Ata otra vez y la experiencia de Chile. Cuad Med Soc [revista en Internet]\* 2008 septiembre. [acceso 03 de enero de 2009]; 48(3). Disponible en: <http://www.colegiomedico.cl/Default.aspx?tabid=767>

### Autoría

## DECLARACIÓN RESPONSABILIDAD DE AUTORIA

El siguiente documento debe ser completado por todos los autores de manuscritos.

### TITULO DEL MANUSCRITO:

---

---

**DECLARACION:** Certifico que he contribuido directamente al contenido intelectual de este manuscrito, a la génesis y análisis de sus datos, por lo que estoy en condiciones de hacerme públicamente responsable de él y acepto que mi nombre figure en la lista de autores.

**Conflicto de intereses:**            **NO:**            **SI:**            **(Explique):**

---

---

**NOMBRE Y FIRMA DE CADA AUTOR**

**CODIGOS DE PARTICIPACION**

---

---

---

**Mail para correspondencia:**

---

Además cada autor deberá especificar Institución de afiliación, si trabaja en más de una, especificar la principal o la que el autor desea que aparezca. Indicar además ciudad y país.

## ENVÍO DE MANUSCRITOS

Los artículos deben enviarse al correo electrónico de la secretaría de Cuadernos Médico Sociales al correo-e: [jnovo@colegiomedico.cl](mailto:jnovo@colegiomedico.cl)

Cada autor tendrá derecho a un ejemplar del número en que aparece su artículo, sin costo. Los apartados deberán solicitarse al momento de enviar el trabajo; su costo será de cargo del autor.











Cuadernos Médico Sociales, revista de salud pública del Colegio Médico de Chile.  
Fundada en el año 1959.  
Publicación trimestral.  
Cuadernos Médico Sociales  
2018; Vol. 58, N° 3

Esmeralda 678, Santiago de Chile.