

## PARTICIPACION Y GESTION EN SALUD

Carmen Celedón Cariola  
Marcela Noé Echeverría

### INDICE

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- MERCADO Y PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD
  - 2.1 Alternativas de Expresión de los Usuarios: Mecanismos de Mercado y de Articulación Social
  - 2.2 Complementariedad entre los Mecanismos de Mercado y de Participación Social
  - 2.3 Hacia una Provisión Eficiente de Servicios Sociales ¿Mercado o Participación Social?
- 3.- PARTICIPACION CIUDADANA. FUNDAMENTOS TEORICOS
  - 3.1 Una Aproximación al Concepto de Participación Ciudadana
  - 3.2 El Estado y la Sociedad Civil. Esferas de Participación
  - 3.3 Ambitos y Derechos de Participación en la Gestión de un Servicio Público
    - 3.1.1 Niveles de Participación
    - 3.1.2 Definición de Ciudadano y Derechos de Participación en la Gestión Pública
- 4.- MODALIDADES DE PARTICIPACION CIUDADANA. CRITERIOS DE EVALUACION
- 5.- ANALISIS COMPARADO DE EXPERIENCIAS INTERNACIONALES DE PARTICIPACION EN LA SALUD PRIMARIA
  - 5.1 Evaluación de las Experiencias en la Región
  - 5.2 La Experiencia Chilena
    - 5.2.1 El Sistema de Atención de Salud en Chile
    - 5.2.2 La Promoción de la Participación en la Atención Primaria de Salud
      - 5.2.2.1 Iniciativas de Participación del Ministerio de Salud
      - 5.2.2.2 Iniciativas de los Municipios
    - 5.2.3 Otros Programas de Sector Salud orientados a la incorporación de las Demandas de los Usuarios
- 6.- CONCLUSIONES

### BIBLIOGRAFIA

ANEXO N° 1

ANEXO N° 2

## **PARTICIPACION Y GESTION EN SALUD<sup>1</sup>**

Carmen Celedón  
Marcela Noé

### **1.- INTRODUCCION**

Chile está emprendiendo una estrategia de desarrollo que intenta conciliar los objetivos de crecimiento, equidad y participación social. Esta estrategia surge de una visión del desarrollo en la cual las personas son y deben ser el centro y el propósito final de cada intervención social. Ello no sólo por razones meramente filosóficas, sino porque en la práctica se ha demostrado que cada vez que los planes de desarrollo no consideran a la gente tienden a fracasar.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Se agradecen los comentarios del doctor Antonio Infante y del economista César Oyarzo a una versión preliminar de este trabajo. El contenido de este documento es de exclusiva responsabilidad de las autoras.

<sup>2</sup> Kliksberg, B., (Compilador) (1993), "Pobreza. Un Tema Impostergable. Nuevas Respuestas a Nivel Mundial", Fondo de Cultura Económica, PNUD, CLAD.

En el área de la salud, la descentralización del sistema público impulsada por el gobierno militar, proceso en el cual se entregó a los municipios la responsabilidad de la atención ambulatoria de nivel primario, permitió una expansión de la cobertura. Con todo, este esquema de funcionamiento presenta problemas de eficiencia al mantener muchas de las características de los sistemas centralizados y al estar desintegrado del resto de la red asistencial pública.

Durante los gobiernos de la Concertación se ha intentado resolver algunos de estos problemas por la vía de impulsar un modelo descentralizado de gestión, en el cual los proveedores públicos de salud tengan una mayor flexibilidad para adquirir sus insumos, realizar inversiones menores y manejar sus recursos humanos. En la Atención Primaria Municipalizada se estableció un sistema de pago per-cápita, que busca financiar dicha atención según la población inscrita en cada una de las comunas, diferenciando estos pagos según el nivel de pobreza y el carácter urbano o rural de las comunas en que ellos se encuentran insertos. Este esquema de financiamiento busca, por la vía de mecanismos "de mercado", mejorar la eficiencia y la calidad en la provisión de estos servicios e introducir un mayor grado de control social.

Sin embargo, si bien los mecanismos de mercado permiten recoger la opinión de los usuarios a través de la expresión de sus preferencias por la vía de la "salida" o "exit"<sup>3</sup> (el dinero sigue al paciente), su eficacia como incentivo al mejoramiento en la eficiencia en la provisión del servicio, así como mecanismo de control social y de expresión de las necesidades de la ciudadanía es parcial. Ello, en primer lugar, porque los mecanismos de mercado requieren, para su pleno funcionamiento, el que existan proveedores alternativos para los usuarios del sistema, lo que en localidades apartadas o en situaciones de altos costos de salida (por ejemplo urgencias, altos costos de transporte o de tiempo), no siempre se dan en la realidad. En segundo lugar, porque estos mecanismos no incorporan con igual eficiencia los distintos aspectos relevantes para mejorar los niveles de salud de la población, al operar mejor para la medicina curativa pero ser menos eficaces en incorporar aspectos fundamentales como la promoción y prevención de la salud.

---

<sup>3</sup>Hirschman, A. O. (1981), "Exit, Voice and Loyalty", Harvard University Press.

Hoy en día, dado los cambios en el perfil epidemiológico de la población, en el cual las enfermedades asociadas a estilos de vida van teniendo un peso relativo mayor, las políticas de prevención y promoción de la salud son esenciales. Por lo tanto, sólo desde una perspectiva de la eficiencia del sistema público de salud y sin siquiera considerar aspectos valóricos fundamentales como la equidad o la profundización de la democracia, es necesario contar con mecanismos alternativos de control social y de profundización del ejercicio ciudadano. Ello implica el establecimiento de modalidades de participación (individual o colectiva) esto es, el desarrollo de instrumentos o canales de expresión, "voice"<sup>4</sup>.

Por otra parte, los organismos públicos, a diferencia de la actividad privada cuya supervivencia depende de la satisfacción de los consumidores, no se encuentran sometidos a una presión por incorporar la demanda de la gente, quienes, en definitiva, deben beneficiarse con su acción. Por ello, una estrategia de desarrollo centrada en la gente, debe promover los mecanismos apropiados para recoger esta demanda de la ciudadanía. Sin embargo, de acuerdo a estudios en la materia, estos mecanismos se encuentran en una fase de desarrollo rudimentaria.<sup>5</sup>

El Ministerio de Salud está desarrollando una serie de iniciativas que intentan impulsar la participación ciudadana a nivel local en distintos ámbitos de acción - en la promoción y prevención de la salud, en el cuidado y tratamiento de enfermedades crónicas y en la gestión del sistema - a través de la creación de instancias asesoras y consultivas (Comités de Participación) y a través del establecimiento de programas (Programa de Fortalecimiento de la Atención Primaria, Proyectos Comunitarios de Prevención, Programa de Salud con la Gente). Ello bajo la lógica de transformar los consultorios en centros de salud, esto es, que los equipos profesionales interactúen cotidianamente con la población local, recojan sus necesidades y establezcan iniciativas conjuntas para su resolución.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> Hirschman, A.O. (1981), op.cit.

<sup>5</sup> Kliksberg, B., (Compilador) (1993) op. cit., OECD (1995), Development Centre Seminars, "Participatory Development from Advocacy to Action", Edited by Hartmut Schneider and Marie Helene Libercier.

<sup>6</sup> Weinstein, M. (1997), "Participación Social en Salud. Acciones en Curso", Documento FLACSO.

Este documento de trabajo se centrará en el desarrollo de un marco teórico para el estudio de las modalidades de participación y un análisis de los mecanismos existentes en la salud primaria en Chile. El trabajo se circunscribe al plano de la gestión pública, dado que se analizan distintas modalidades de intervención de la sociedad civil en el ejercicio de las funciones de administración de un servicio social. Sin embargo, nuestro enfoque intentará abordar el concepto de participación ciudadana desde una perspectiva integral, esto es, en cuanto a mecanismo de expresión e integración de las demandas ciudadanas en la consecución de un interés general, así como incentivo para una gestión pública eficiente y eficaz y como instrumento de control ciudadano.

La sistematización de los mecanismos de participación existentes en la atención primaria de salud, entre ellos, la creación de órganos consultivos, el establecimiento de procedimientos obligatorios de consulta, la creación de canales de información, extensión y capacitación y los instrumentos de evaluación etc., su posterior evaluación en cuanto a su eficiencia y eficacia para el logro de estos distintos objetivos, así como el establecimiento de los factores determinantes o condicionantes de los resultados obtenidos con cada instrumento, aportarán valiosos antecedentes al diseño y gestión de mecanismos de participación en los servicios públicos en el ámbito local.

## **2.- MERCADO Y PARTICIPACION SOCIAL EN SALUD<sup>7</sup>**

En este punto intentaremos plantear algunos argumentos que justifican la importancia de contar con mecanismos de articulación social como complemento a los incentivos de mercado en un servicio social como el de la salud.

### **2.1 Alternativas de Expresión de los Usuarios: Mecanismos de Mercado y de Articulación Social**

Cuando en un mercado los proveedores producen un servicio de baja calidad los consumidores tienen dos tipos de acciones posibles.

---

<sup>7</sup> Los argumentos de esta sección se basan en <sup>2</sup>Hirschman, A. O. (1981), “Exit, Voice and Loyalty”, Harvard University Press.

Dejar de comprar el producto y como resultado de ello los ingresos de la firma disminuyen, por lo que la administración está obligada a asumir las correcciones necesarias para recuperar su participación en el mercado. Los consumidores insatisfechos con el producto usan un mecanismo de mercado para defender sus derechos o mejorar su posición. Este mecanismo de salida “exit” es un mecanismo impersonal, ya que sin mediar una confrontación personal entre productores y consumidores, se generan los incentivos para que la administración redirija sus decisiones.

La otra alternativa es protestar o tratar de influir en la administración, esto es, expresar por medio de organizaciones o representantes de los consumidores, la insatisfacción directamente a la administración o a alguna otra autoridad a la cual la administración esté subordinada. Nuevamente la administración debe enmendar rumbos para satisfacer los deseos de los usuarios.

Los economistas tienden a pensar que el mecanismo de salida o “exit” es un incentivo más poderoso que los mecanismos de no-mercado y es este concepto que está detrás de los esquemas de “voucher” para el financiamiento de algunos servicios sociales, como por ejemplo, la educación o la salud, donde “el dinero sigue al cliente”. Bajo este sistema, se asume que los padres, insatisfechos con la educación de sus hijos, pueden cambiarlos de colegio “castigando” a la institución por la vía de reducir sus ingresos. Ello sin embargo, no siempre es posible cuando los costos asociados a esta decisión son muy altos, por ejemplo, tener que cambiar el lugar de residencia de la familia o exponer a los hijos a los riesgos de traslado en distancias más largas.

El argumento anterior es suficientemente sólido como para considerar que en algunos casos es necesario contar con otros mecanismos de expresión de las demandas de los ciudadanos, además de este mecanismo de salida. Por ejemplo, mecanismos de participación “voice” los cuales, en ejemplos como el citado, son necesariamente complementarios a los mecanismos de mercado.

Este enfoque tiene la virtud de mirar las fuerzas del mercado y los instrumentos de no-mercado como herramientas que pueden actuar complementariamente, en aras de un determinado objetivo.

Veremos cuales son las condiciones bajo las cuales el mecanismo de salida o “exit” prevalece y bajo cuales la articulación social o “voice” es una mejor opción de expresión de las demandas de los ciudadanos.

## **2.2 Complementariedad entre los Mecanismos de Mercado y de Participación Social**

La forma en que generalmente opera el mecanismo de mercado o de salida consiste en el desplazamiento de los consumidores desde un productor a otro ante, por ejemplo, una disminución en la calidad del producto, lo que genera una caída de ingresos en la empresa y por tanto una reacción en la administración. Sin embargo, pueden darse distintas situaciones bajo las cuales es difícil que la administración “reciba el mensaje” por parte de los consumidores y se requiera, por tanto, contar con mecanismos complementarios de articulación social.

Los mecanismos de articulación social o de participación, contrariamente al mecanismo de salida, consisten en todos aquellos medios por lo cuales los consumidores intentan hacer cambiar el comportamiento de la administración o la firma a la cual se adhieren o se sienten que pertenecen. Ello implica una actitud distinta a la de tratar de “escapar” de ella.

Debe tenerse presente, sin embargo, que los mecanismos de participación, análogamente al mecanismo de salida, pueden tener efectos indeseados. Por ejemplo, se pueden obtener efectos contrarios a los deseados si la presión contra la administración es tan fuerte que genera daño en el prestigio de la firma.

Por otra parte, al igual como lo que sucede en el mercado, en el cual se requiere una demanda elástica para que opere eficientemente el mecanismo de salida, un sistema de

articulación social debe tener ciudadanos alertas, activos e informados para que los mecanismos de participación puedan operar eficientemente.

A continuación se describirá en que contexto los mecanismos de no-mercado o de articulación social pueden ser un complemento o incluso sustitutos de los mecanismos de salida.

- Demanda inelástica al precio o la calidad del producto. Una situación bajo la cual el mecanismo de salida es inoperante es, por ejemplo, cuando el proveedor enfrenta una demanda muy inelástica respecto a cambios en los precios o en la calidad del producto. En este caso la caída de ingresos para la empresa puede ser despreciable y los incentivos a mejorar muy bajos. Este puede ser el caso en que los consumidores no tengan sustitutos o tengan escasa capacidad para juzgar la calidad del producto.
- Riesgo de quiebra. Un ejemplo extremo análogo al anterior, se da cuando la elasticidad de demanda respecto al precio o a la calidad es muy alta, entonces el problema es que probablemente tampoco la empresa podrá reaccionar, porque la reducción de ingresos asociada, por ejemplo, a la disminución en la calidad del producto, puede ser tan significativa que puede llevarla a la quiebra y tener como consecuencia su salida del mercado. En este caso, sólo desde la perspectiva de la empresa, sería importante contar con algún mecanismo de alerta acerca de las percepciones de los consumidores (informes o encuestas a los consumidores).
- Colusión por parte de los proveedores. Otra situación en la cual el mecanismo de salida es ineficiente se da cuando existe colusión por parte de los proveedores, esto es, no existe verdadera competencia y los proveedores se ponen de acuerdo para ofrecer un determinado producto. En un servicio para el cual hay escasos sustitutos, el fenómeno de salida no se producirá y el nivel de producción y la calidad de este servicio serán ineficientes.
- Ausencia de mecanismos de salida. Los mecanismos de articulación social son la única opción de los usuarios ante la inexistencia de mecanismos de salida. Esta



es la situación de los ciudadanos ante muchas instituciones tales como el Estado, la Iglesia etc. y también frente a cualquier monopolio. Los mecanismos de salida tampoco son una alternativa viable ante situaciones en las cuales el usuario carece de información para juzgar el producto o servicio y, por tanto, sus decisiones están marcadas por la confianza en un “experto” o la lealtad en alguna institución en particular.

- Alta capacidad de influencia. Ante situaciones en que el usuario considera tiene una alta capacidad de influencia sobre la administración preferirá expresar su opinión antes de usar los mecanismos de salida.
- Altos costos de salida. Cuando ejercer influencia por la vía de la salida tiene costos muy elevados para el usuario, entonces los mecanismos de articulación social son una mejor alternativa. Un ejemplo de ello, en el mercado de seguros de salud, lo representan los altos costos de salida asociados a las enfermedades preexistentes. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que los mecanismos de articulación social también implican costos, en la medida que requieren adquirir información, gastar recursos en convencer a otros a participar etc. Ello significa que el usuario normalmente comparará los costos asociados a estos dos mecanismos, antes de optar por alguno de ellos.
- Existencia de bienes públicos. Los bienes públicos se definen como aquellos bienes que consumen los ciudadanos pertenecientes a una comuna, ciudad, país o localidad geográfica y cuyo consumo es independiente del consumo de otros ciudadanos. Se catalogan entre estos bienes, la seguridad ciudadana, la defensa nacional, la educación y la salud pública. Un individuo puede marginarse parcialmente del consumo de un bien público, pero no puede escapar totalmente de sus consecuencias, salvo que se cambie de localidad. El ejemplo de la educación pública y privada ilustra este fenómeno. Una familia puede trasladar a su hijo desde la educación pública a la privada, sin embargo, no podrá sustraerse de los impactos sociales de un deterioro en la educación pública y por ende sobre su propia familia. Si las personas incorporan este argumento en sus decisiones, entonces, frente a los bienes públicos, utilizarán preferentemente mecanismos de participación, previo a salirse del sistema.

### **2.3 Hacia una Provisión Eficiente de Servicios Sociales ¿Mercado o Participación Social?**

Retomando los argumentos anteriores, habría que destacar que, dada la facilidad que el usuario tiene individualmente de utilizar el mecanismo de salida, éste tenderá a primar por sobre los mecanismos de articulación social aunque, desde una perspectiva social, no necesariamente sea el mecanismo que asegure un resultado superior.

Volvamos nuevamente sobre el ejemplo de la educación. Supongamos un sistema educacional que cuenta con colegios públicos y privados financiado con un esquema de subsidios a la demanda y en el cual hay un deterioro en la educación pública. El traslado de niños hacia la educación privada, no necesariamente es la mejor solución desde una perspectiva social, pero puede ser la forma en que muchas familias en particular visualizan que pueden resolver su problema en forma más fácil.

Por otra parte, lo más probable es que los padres que estén más conscientes y preocupados por el tema de la calidad, sean los primeros que utilicen el mecanismo de salida, disminuyendo entonces los incentivos para que los apoderados que se mantienen en el colegio público se organicen en torno a este problema. El resultado final de contar sólo con mecanismos de mercado como vía de expresión de las demandas ciudadanas, será un sistema educacional segmentado por calidad, donde los menos informados o los menos conscientes y preocupados por el tema de la calidad o bien aquellos para los cuales el costo de salida es muy alto, permanecerán en el sistema público.

Este ejemplo ilustra la importancia de desarrollar mecanismos de articulación social en torno a los servicios sociales, para los cuales los mecanismos de salida, como único incentivo, difícilmente tendrán como resultado una mejora en la calidad del servicio.

El ejemplo también ilustra la dificultad para que estos mecanismos surjan en forma espontánea, en la medida que aquellos que tienen mayor conciencia del problema y/o menores costos de salida serán los primeros que desertarán del sistema, reduciendo las posibilidades de que se cree en forma automática algún mecanismo de presión social.

En lo que respecta al tema de la salud, varios son los argumentos que justifican la creación de mecanismos de participación social.

- **Baja operatividad del mecanismo de salida**

Es reconocido que la salud es uno de los servicios sociales más complejos, por múltiples razones.

En primer lugar porque la salud es el resultado de la interacción de innumerables factores, nivel de desarrollo, condiciones medioambientales, estilos de vida, así como de acciones de salud curativas, de prevención y de promoción. Por otra parte, desde la perspectiva del usuario, la calidad del bien salud es una combinación de servicios médicos, servicios de hotelería, consumo de medicamentos, tiempos de espera, etc.

Dada la complejidad para los individuos de juzgar la calidad intrínseca de este servicio, se puede suponer que su demanda es relativamente inelástica tanto al precio (debido a la escasez de sustitutos) como a la calidad, la cual no pueden evaluar en forma efectiva.

Por otra parte, la confianza y lealtad al profesional de la salud son factores determinantes en su elección, lo que hace menos operativo el mecanismo de salida.

Por último la salud es, principalmente, un bien público y como tal su calidad afecta necesariamente a todos los ciudadanos de una localidad. Ello hace que las familias tenderán preferentemente a utilizar mecanismos de articulación social antes de desertar del sistema.

- **Monopolio público en la provisión de servicios de salud en muchas localidades**

En un sistema de salud dual como el chileno, el sistema público atiende a alrededor de 64% de la población, especialmente a los sectores medios y de bajos ingresos. En muchas localidades urbanas y rurales sólo se dispone de establecimientos estatales de atención de salud, en especial para la resolución de problemas de mayor complejidad.

En este contexto, no existe la posibilidad práctica de “votar con los pies”, la opción de salida es inexistente o es viable sólo a costos muy elevados.

- **Inviabilidad de quiebra de un monopolio público**

Retomando el argumento anterior, en un país en que el Estado asume un rol subsidiario y se hace cargo de los problemas de salud de los sectores más vulnerables, es inviable la quiebra del monopolio público. Más aún respecto de un servicio considerado como un derecho constitucional de todo ciudadano.

La utilización del mecanismo de salida como expresión de la demanda de los usuarios tiene dos impactos negativos sobre las instituciones de salud. Por una parte, las priva del ingreso asociado a la utilización del servicio. Pero en segundo lugar, siguiendo el argumento de Hirschman y la relación que él establece entre lealtad y calidad de las instituciones, la deserción de pacientes en un servicio en el que la confianza es un valor determinante, produce un deterioro progresivo de la institución de salud haciendo cada día más probable que el resto de los usuarios deserten del sistema.

- **Altos costos de salida para las familias de menores ingresos**

Como se señalaba anteriormente, en un sistema de salud dual, segmentado por ingreso y riesgo, el sector público es responsable de la atención de los más pobres y vulnerables. La implementación de un sistema puramente de mercado, se traducirá en que los primeros usuarios que desertarán del sistema serán aquellos más conscientes del tema de la calidad, los más informados, los de mayores recursos o aquellos para quienes los costos de salida sean menores. Los más pobres no tendrán la posibilidad de utilizar el mecanismo de salida y por otra parte, la deserción del sistema de los mejor informados reducirá la probabilidad de que emerjan espontáneamente mecanismos de presión que obliguen a redireccionar las decisiones de la administración. En una sociedad como la chilena en que existen amplias desigualdades y el poder está escasamente difundido, es aún menor la probabilidad de que los individuos hagan valer sus derechos por la vía de la expresión de sus demandas. Entonces los más pobres quedarán a merced del proveedor monopólico sin mecanismo de salida ni de participación social.

- **Profundización de la inequidad del sistema**

Los argumentos anteriores dejan claramente establecido que el resultado final de introducir mecanismos de mercado en la salud, sin contrapeso alguno, pueden ahondar la inequidad del sistema y profundizar su segmentación por nivel de ingreso. Tendremos entonces una salud pública para los pobres, de menor calidad, no sólo por la ausencia de incentivos para las instituciones de salud para responder a las demandas de los usuarios, sino también porque al concentrar a los sectores de menores ingresos, concentrará también los mayores riesgos en salud lo que se traducirá en un aumento permanente de sus costos, provocando problemas financieros al sistema.

- **Dificultad de incorporar la prevención y promoción de la salud en un sistema de mercado**

Un argumento adicional es el tema de los bienes públicos. Es conocido el hecho de que una de las fallas del sistema de mercado es su incapacidad de proveer bienes públicos en la cantidad socialmente óptima. La salud, como se plantea al inicio de este punto, es fundamentalmente el resultado de acciones preventivas y de promoción de estilos de vida saludables. Este tipo de acciones no surge espontáneamente de la demanda de los usuarios, por tanto los sistemas puramente de mercado tienden a concentrar sus acciones de salud en el ámbito curativo, dando como resultado una combinación de prestaciones desbalanceada y sub-óptima desde el punto de vista social.

- **Características del mercado de la salud y eficiencia microeconómica**

Por último, para que un mercado sea eficiente, las partes involucradas en las transacciones deben actuar en función de los incentivos adecuados. Los proveedores deben actuar motivados por consideraciones financieras y los compradores o financiadores motivados por satisfacer las necesidades de los clientes.

En las transacciones que se establecen en el sector de la salud los precios que surgen del proceso de negociación son precios administrados, ya que no es el cliente quien negocia directamente con los proveedores sino un agente intermediario. Si bien en Chile, en el sector público de la salud, no existe un proceso de negociación de mercado con los

proveedores, la canasta de prestaciones y costos asociados también está determinada por la interacción de los servicios de salud con un agente intermedio financiador.

Por otra parte, la restricción presupuestaria que se le impone a estos agentes limita también el precio al cual se puede transar el producto y no tiene necesariamente relación con la cantidad de recursos que los clientes desearían destinar a estos servicios. De este modo los precios establecidos en el proceso de negociación no necesariamente representan las preferencias de los consumidores. Por tanto abrir mecanismos de participación a los usuarios en el proceso de decisión de las agencias es una precondition para una fijación eficiente de precios por parte de la demanda por servicios de salud.

Cabe hacer notar, sin embargo, que la existencia de un tercer pagador en el mercado de la salud, tiene por objeto contar con un comprador informado y reducir, de este modo, los problemas asociados a las asimetrías de información. Una pregunta abierta, que no intentaremos resolver en este trabajo, es bajo que contexto operan los mecanismos de salida o de voz para el tercer pagador en salud.

### **3.- PARTICIPACION CIUDADANA. FUNDAMENTOS TEORICOS**

#### **3.1 Una Aproximación al Concepto de Participación Ciudadana**

El concepto de participación ciudadana es relativamente amplio y por tanto admite variadas interpretaciones. En términos generales este concepto ha sido definido como “la intervención de la sociedad civil en la esfera de lo público”<sup>8</sup>, intervención que puede manifestarse en distintos ámbitos de la vida colectiva: en el ámbito político, económico o social.

Siguiendo a Norbert Lechner, en cada una de estas esferas de la vida colectiva se asocian y combinan, de diversos modos, distintos mecanismos de coordinación y

---

<sup>8</sup> Cunill N. (1991), “Participación Ciudadana: Dilemas y Perspectivas para la Democratización de los Estados latinoamericanos” CLAD Venezuela.

articulación de la vida social. Estas distintas formas de articulación social se expresan en el estado, el mercado y las redes sociales.<sup>9</sup>

El estado articula la vida social mediante una coordinación política. La función coordinadora del estado democrático es insustituible para lograr la representación de la sociedad en su conjunto, así como para alcanzar una capacidad de conducción que asegure cohesión y una forma aceptada de convivencia social. Sin embargo, de acuerdo a numerosos autores, los cambios ocurridos a nivel de la estructura social, el aumento en la complejidad de las decisiones públicas y las transformaciones en los sistemas de representación tradicionales configurarían un escenario de crisis de la democracia representativa lo que supone admitir que existen intereses que no se integran al sistema político de mediación y de articulación.<sup>10</sup>

El mercado, por su parte, es un mecanismo de coordinación que está restringido a la esfera de la producción de bienes y servicios. Bajo ciertas condiciones, es un mecanismo eficiente de asignación de recursos, promueve el dinamismo económico y la diversidad de opciones. Sin embargo, no es un mecanismo de articulación democrático ni es equitativo y, siguiendo a Lechner, no resuelve los problemas de coordinación de la vida social al no asumir dos dimensiones propias de la coordinación política: la representación y la conducción.

El reconocimiento de las limitaciones del estado y del mercado como instrumentos de coordinación de la vida colectiva llevan a definir el concepto de participación ciudadana como un mecanismo de coordinación complementario a la democracia representativa y al mercado para el logro de una adecuada expresión de los intereses sociales.

Desde una perspectiva histórica, es posible observar un balance distinto entre estado, mercado y sociedad civil de acuerdo a las diversas orientaciones que han inspirado las estrategias de desarrollo que se han implementado en el país en las últimas décadas. El paradigma del estado benefactor, que rigió entre los años 30 y los años 70, privilegió el rol del estado por sobre el mercado y la sociedad civil. Bajo una visión que identificaba

---

<sup>9</sup> Lechner N. (1997), “Tres Formas de Coordinación Social”, Revista de la CEPAL, 61 abril.

<sup>10</sup> Cunill N. (1991) op.cit, Lechner N. (1997) op cit y Baño R. (1997) “Consideraciones acerca de la Participación Ciudadana” en Revista de FLACSO, julio.

el accionar del estado con el bien común o colectivo se intervino la economía y se amplió el ámbito de la planificación jerárquica y racionalizadora a distintas esferas de la vida social. Por otra parte, durante este período, se promovió fuertemente la participación social y se desarrollaron organizaciones vecinales y funcionales, tales como, las juntas de vecinos, los centros de madres, los comités paritarios de salud etc.

Con la emergencia del neoliberalismo, se privilegia el rol del mercado como instrumento de coordinación social. Desde mediados de los años 70 y durante los 80 se realizan profundas reformas estructurales orientadas a liberalizar los precios, desregular los mercados e integrar la economía a los mercados internacionales. Las políticas de esos años estuvieron marcadas por una visión de sociedad que privilegiaba la propiedad privada y los derechos individuales por sobre los derechos colectivos.

Es a partir de los años 90, con la recuperación de la democracia en el país, que se inicia una estrategia de desarrollo denominada de “crecimiento con equidad” que aspira a equilibrar estos tres instrumentos, estado, mercado y sociedad civil, bajo una inspiración humanista que pretende construir una “economía humana y sustentable”.<sup>11</sup>

### **3.2 El Estado y la Sociedad Civil. Esferas de Participación**

Si entendemos la participación ciudadana como la intervención de los individuos en las actividades públicas, en tanto portadores de determinados intereses sociales, entonces ésta puede ser abordada en dos esferas: en un plano político, el cual se relaciona con la elaboración de opciones y decisiones de gobierno y en el plano de la gestión de los servicios públicos.

Es en el plano político que recae la responsabilidad de determinar el orden colectivo en los ámbitos político, social y económico, estableciendo criterios comunes que velen por el interés general.

---

<sup>11</sup> Lechner N. (1997) op.cit. Cortázar R. (1996), “Hacia una Economía Humana” en Actualidad y Vigencia de la Democracia Cristiana, Instituto Chileno de Estudios Humanísticos.



El plano de la gestión pública, en cambio, se vincula con el proceso de generación de bienes y servicios públicos y sus actividades de apoyo.

La gestión es la administración de recursos escasos en función de ciertos objetivos. Es en el plano político en cambio donde se establecen los objetivos y las prioridades que una gestión eficiente debe llevar a cabo. El alcance de estos objetivos u opciones que determinan el orden público, político, económico o social puede ser macrosocial, es decir comprometer el destino de la colectividad en su conjunto, sectorial o regional o microsocia es decir afectar sólo a determinados grupos o individuos.<sup>12</sup>

Tomando en consideración estos distintos planos, la participación ciudadana puede ser vista como un objetivo político, es decir, como un mecanismo de integración de las demandas ciudadanas en la consecución de un interés general, o bien como un objetivo de gestión o como una forma de mejorar el funcionamiento de la administración. Como veremos más adelante, la definición de ciudadano en el ámbito de la gestión, sea éste visto como beneficiario-elector, consumidor-cliente o usuario-accionista será determinante en cuanto al ámbito de participación y los derechos que se le asignan en el proceso de provisión de un servicio público.

Variados autores coinciden que en Chile, durante los años 90, con el establecimiento de un nuevo paradigma de desarrollo entran en tensión las estructuras tradicionales de poder lo que obliga a abrir nuevos campos a la participación ciudadana. Sin embargo, esta tarea no es una tarea fácil en un contexto como el chileno que está marcado por una institucionalidad construida desde el estado más que desde la ciudadanía y caracterizado por una gran desigualdad económica y social. En este escenario, las principales exigencias que el país enfrenta durante los próximos años, tanto desde una perspectiva política o del sistema democrático, como desde una perspectiva de gestión, o de la administración del estado, son el desafío de la equidad y el fortalecimiento de la sociedad civil.<sup>13</sup>

---

<sup>12</sup> Cunill N. (1991) op.cit.

<sup>13</sup> Correa E. (1997), “Participación ciudadana y gobernabilidad” en Revista FLACSO, julio; Lechner N. (1997) op.cit.

Este documento se centrará en el análisis de las distintas modalidades de intervención de la sociedad civil en el ejercicio de las funciones de administración vinculadas con la provisión de servicios sociales. Este trabajo por tanto se circunscribe al plano de la gestión pública. Sin embargo, nuestro enfoque intentará abordar el concepto de participación ciudadana desde una perspectiva integral, esto es, en cuanto a mecanismo de expresión e integración de las demandas ciudadanas en la consecución de un interés general, así como incentivo para una gestión pública eficiente y eficaz y como instrumento de control ciudadano.

Sin entrar en el plano político referido a la definición de un interés general a nivel macrosocial, integrar la visión de la ciudadanía al proceso de planificación, definición de objetivos y prioridades de un servicio público, es en sí mismo un proceso político.

Por su parte, fortalecer la sociedad civil a través de la creación de mecanismos de participación que integren las demandas ciudadanas a la gestión pública y operen como incentivo a una gestión eficiente de estos servicios cumple con el doble objetivo de favorecer la sustentabilidad política de la estrategia de desarrollo y fomentar la equidad social.

Desde una perspectiva de sustentabilidad política, la creación y perfeccionamiento de los canales de expresión de las demandas de los ciudadanos en la gestión de los servicios sociales, reduce la incertidumbre que genera un entorno cambiante producto de la globalización y de un contexto crecientemente competitivo. Este nuevo escenario internacional asegura el acceso a una mayor diversidad de productos y de servicios pero no garantiza niveles de protección mínimos frente a la vejez o a la enfermedad.<sup>14</sup> Adicionalmente, la creación de estos canales de participación permite anticipar y resolver los problemas emergentes que genera el crecimiento económico tales como la inequidad territorial, la contaminación, y la congestión.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Rodrik G. (1997); The Economist; Campero G. (1997) “Más allá del individualismo. La buena sociedad y la participación” en Construyendo Opciones, CIEPLAN-DOLMEN.

<sup>15</sup> Foxley, Alejandro, (1997) “Chile en la nueva etapa: repensando el país desde los ciudadanos”, Editorial Dolmen.

La ventaja de diseñar políticas públicas a partir de integrar la visión de la ciudadanía con la de los gerentes públicos es múltiple:

- En primer lugar porque se cuenta con información actualizada y completa. Esto es difícil para los servicios públicos. Normalmente la información relevante no es de fácil acceso y el rezago con que las instituciones disponen de la información hace entonces que se planteen diagnósticos inadecuados o a destiempo.
- Porque se logra un grado de sincronía de las propuestas públicas y los problemas de la gente. Para estos efectos, se requiere un seguimiento permanente así como capacidad de juicio o destreza para adelantarse a los temas más urgentes. Esta tarea se facilita con la participación de la sociedad civil porque permite conocer más de cerca los problemas reales de las personas.
- Por último, debido a la necesidad de combinar experiencias, juicios y habilidades para lograr consenso en torno a las soluciones. Se requiere recoger distintas sensibilidades y para ello es clave integrar a distintos representantes de la sociedad civil.

De otro lado, introducir mecanismos participativos que operen como incentivo a una gestión eficiente y eficaz de los servicios públicos, contribuye a mejorar la equidad en la provisión de servicios, en la medida que son los sectores de menores recursos quienes dependen en un mayor grado de los bienes y servicios sociales, tales como, la salud, la educación, la vivienda y los espacios públicos de recreación.

### **3.3 Ambitos y Derechos de Participación en la Gestión de un Servicio Público**

A través de la historia la gestión pública ha estado marcada por diferentes visiones o paradigmas. Tradicionalmente, la legitimidad del administrador recaía en el poder delegado por el poder político. Bajo un concepto de estado benefactor el administrador público era quien llevaba a la práctica el interés general. En esta primera etapa el foco de la gestión estaba puesto en la producción (en los proveedores), el control era

autoejercido por la administración y se centraba en la legalidad de los procedimientos. En este paradigma el poder ciudadano en la organización del servicio público se fundaba en los imperativos políticos que asimilaba la acción del estado con el bien común y en la ética pública y la profesionalización. En este modelo no se hacía distinción entre ciudadano, elector, consumidor o accionista. El ciudadano le confería representatividad al político tanto en el ámbito de la toma de decisiones como en la definición de las características del servicio público provisto. El ciudadano entonces no desempeñaba un rol activo.

Con el reconocimiento de que existen “fallas” del estado y que la administración pública también enfrenta el problema entre agente y principal, toma fuerza el paradigma de la eficiencia o del consumidor. Esta nueva visión de la gestión pública reemplaza al administrador público por el gerente, se orienta a los resultados más que al control sobre los procesos, centra su acción en el ciudadano y por tanto impulsa nuevos mecanismos de participación social.

Sin embargo, incluso al interior de este nuevo paradigma, se manifiestan distintas visiones o definiciones del concepto de ciudadano. Una visión limitada de ciudadanía para la gestión pública es el ciudadano beneficiario o elector el cual es visto como mero destinatario de los servicios públicos. Una definición más amplia de ciudadanía considera al público como consumidor o cliente, esto es reconoce que existe una relación de intercambio que le asigna mayores derechos respecto de la visión anterior. Una visión más avanzada de ciudadanía reconoce a las personas como usuario-accionista de los servicios públicos y por tanto con derechos sobre la gestión que van más allá que su mera opinión o queja respecto de los servicios que recibe y su calidad.<sup>16</sup>

Tomando en consideración lo anterior, la participación ciudadana en la provisión de un servicio público puede estar referida a dos ámbitos distintos: (a) la definición de los servicios provistos y sus características y/o (b) sobre la gestión misma de los servicios públicos, esto es la toma de decisiones en el proceso de provisión del servicio.

---

<sup>16</sup> Haywood, S. y Rodrigues, J. (1993), “Un nuevo paradigma para la gestión pública” en Kliksberg B. (compilador) El Rediseño del Estado, Fondo de Cultura Económica.

Cual sea la profundidad o los derechos de participación que se le asignen al ciudadano estará en directa relación con cual sea el concepto de ciudadano que adopta la gestión pública. En el ámbito de la definición de los servicios, dependerá de sí el ciudadano es visto como beneficiario o como cliente. Respecto de la toma de decisiones o la gestión del servicio si se lo considera ciudadano-electoral o accionista de los servicios públicos.

### **3.1.1 Niveles de Participación<sup>17</sup>**

Existen distintos niveles o modalidades de participación ciudadana dependiendo del ámbito a que ésta se refiera. En el ámbito de la definición de los productos o servicios y de sus características, la participación ciudadana puede extenderse desde la mera información, la consulta, el derecho queja o reclamo, derecho a apelación hasta el derecho a compensación.

En el ámbito de la toma de decisiones, en cambio, la participación puede extenderse desde el nivel más precario, que es el derecho a ser informado, a niveles superiores de involucramiento en la toma de decisiones como el derecho a ser consultado, a participar en las decisiones (poder compartido o delegado) y/o a participar en la evaluación y el control sobre distintos aspectos de la gestión.

- **En el ámbito de la definición de los servicios o productos y sus características.**
  - (a) Información. Este es el nivel más precario de participación. En este ámbito la información tiene por objetivo dar a conocer la oferta pública y sus características y en algunos casos puede incluso extenderse a los ámbitos de extensión y capacitación (uso del producto, campañas de salud etc.). Por otro lado, puede considerarse también a la información como un requisito para habilitar o perfeccionar la capacidad de participación de los actores en los niveles superiores de participación (empowerment). La información puede

---

<sup>17</sup> Esta clasificación se ha desarrollado en base a Haywood, S. Y Rodrigues, J. (1993) tomando en consideración las modalidades de participación descritas en Cunill, N. (1991), op.cit y Orrego, C. (1995), “Citizen Participation and the Strengthening of Accountability in Chile’s Municipal Governments”, abril.

proporcionarse por la vía de afiches, folletos, medios de comunicación masiva o talleres o charlas para grupos objetivos específicos.

- (b) Consulta. La consulta corresponde a un ámbito mayor de participación que la mera información. Consiste en recoger, por diferentes medios, tales como, encuestas, grupos focales, consultas y votaciones, la opinión de la ciudadanía sobre las características de los servicios proporcionados.
- (c) Queja o reclamo. Existen diversos mecanismos mediante los cuales pueden ser recogidas las quejas o reclamos de la ciudadanía. El establecimiento de buzones en los servicios públicos, de libros de reclamo, de teléfonos hasta la creación de mecanismos institucionales como el defensor del pueblo (ombudsman). Este nivel de participación en la definición del servicio público y sus características no requiere necesariamente la definición de derechos explícitos de los ciudadanos.
- (d) Apelación. El derecho a apelación exige la definición de derechos explícitos de los ciudadanos en lo que se refiere a la disponibilidad y características de los servicios públicos, entre ellos, acceso, calidad y oportunidad de servicio (carta ciudadana, contratos o compromisos).
- (e) Compensación. Este es un derecho que está recientemente siendo implementado en algunos países desarrollados. El establecimiento de este derecho implica el reconocimiento que las deficiencias en el desempeño de un servicio público perjudican a los usuarios y ante ello se les asigna el derecho a ser compensados por los costos que hayan incurrido por este motivo. Este nivel de participación, así como el anterior, implica definir algún mecanismo mediante el cual los derechos ciudadanos sean exigibles, ya sea por la vía judicial u otro mecanismo institucional.

- **En el ámbito de la toma de decisiones.**

En este ámbito la participación se extiende, de acuerdo al grado de involucramiento ciudadano, desde la mera información hasta la participación en los procesos de evaluación y control.

- (a) Información. La información es el grado más precario de participación en la toma de decisiones y puede hacerse efectiva por distintos medios, entre ellos, citación asambleas y cabildos, a través de los medios de comunicación de masas, informes y documentos etc. Este ámbito de participación es también en sí mismo un requisito para una participación real y efectiva de la gente en otros ámbitos de mayor involucramiento ciudadano. Siguiendo la clasificación de Orrego, una participación sin información adecuada y pertinente es más bien “manipulación” es decir un intento de construir apoyo mediante una participación “nominal” de los individuos.
- (b) Consulta. La consulta puede ser formulada sobre distintos aspectos del proceso de provisión del servicio, más allá de la mera opinión sobre la disponibilidad de productos y su calidad. Sin embargo este mecanismo no obliga al administrador a incorporar esta opinión en la toma de decisiones.
- (c) Participación en la toma de decisiones. Este es un tipo de participación resolutive y que obliga a la administración a compartir o a delegar el poder en la sociedad civil.

Poder compartido. Generalmente, se realiza a través de mecanismos de conciliación y de asociación. La conciliación obliga a incorporar la opinión de los ciudadanos en las decisiones públicas mediante algún mecanismo de negociación. La asociación supone la toma de decisiones en común en el plano de la definición o ejecución de las políticas públicas. Los derechos ciudadanos a compartir el poder en las decisiones con la administración pueden ser implementados a través de diferentes formas: participación de representantes de la sociedad civil en órganos directivos, comités de planificación y gestión, agencias, corporaciones o asociaciones.

Poder delegado. Consiste en la entrega a la sociedad civil o sus representantes, por parte de la administración, de una o más funciones en cualquiera de las etapas de la provisión de un servicio público, es decir, la planificación y definición de objetivos y prioridades, la gestión y/o la evaluación y el control.

- (d) Evaluación y control. En el caso de la participación fiscalizadora o control ciudadano se asigna a la sociedad civil un rol de corrección, de reorientación de las acciones públicas, así como es un instrumento fundamental para una efectiva rendición de cuentas sobre la gestión pública ante la ciudadanía (accountability). Supone una visión del ciudadano como accionista de los servicios públicos y, por tanto, tiene derechos sobre la administración. Esta participación es fundamental como mecanismo de retroalimentación y revisión continua de las políticas y programas públicos. Cabe destacar que nos estamos refiriendo aquí a mecanismo de control ciudadano de la gestión de los servicios públicos sin desconocer el control que se ejerce en el plano político, a través del parlamento u otros órganos de representación popular o el control de la legalidad que se ejerce por la vía del sistema jurídico o el control interno de la administración por parte de la Contraloría General de la República.

### **3.1.3 Definición de Ciudadano y Derechos de Participación en la Gestión Pública.**

Como señalábamos anteriormente, las distintas definiciones de ciudadano conllevan implícito la asignación de determinados derechos a participar en los distintos ámbitos de la gestión pública.

En el ámbito de la definición de los productos o servicios y sus características, la visión del ciudadano como beneficiario le asigna el derecho a ser informado, a ser consultado sobre el acceso y calidad de los servicios públicos e incluso su ámbito de participación puede extenderse al derecho a emitir su opinión o queja. Bajo este enfoque paternalista, o de estado benefactor, nada asegura que esta opinión sea tomada en consideración por los administradores públicos.



La visión de ciudadano como consumidor – cliente amplía el ámbito de sus derechos a que su opinión sea tomada en cuenta en la definición de los servicios públicos (que producir), su evaluación en cuanto a disponibilidad (para quien) y calidad de servicio (evaluación de desempeño). Esta nueva visión pone a los ciudadanos en el centro de la gestión pública y los transforma en una fuente de legitimidad de sus acciones que complementa o se suma a la fuente tradicional de legitimidad que emana del poder político.

En este nuevo enfoque, el foco de la gestión pública está puesto en los resultados más que en los procesos. Esta nueva visión cambia entonces el balance de poder entre los consumidores y proveedores de estos servicios, como resultado de un cambio de énfasis desde la producción de los servicios (gestión pública centrada en la oferta) hacia una gestión que aspira a satisfacer las demandas de los ciudadanos.

Por otra parte, esta visión de ciudadano consumidor o cliente ha obligado a los servicios públicos a transitar desde un contexto de derechos ciudadanos “implícitos” hacia la explicitación de estos derechos.

**CUADRO 1**  
**DEFINICION DE CIUDADANIA Y DERECHOS ASIGNADOS SOBRE EL**  
**SERVICIO**

Niveles de Participación Definición de Ciudadanía	Información	Consulta	Queja o reclamo	Apelación	Compensación
Beneficiario	X	X	X		
Consumidor-cliente	X	X	X	X	X

La naturaleza de la relación ciudadano-servicio público es distinta a la de cliente-proveedor en la medida que el ciudadano, como contribuyente es el principal o dueño de estos servicios.

Tradicionalmente, en el ámbito de la toma de decisiones, el ciudadano ha sido considerado como ciudadano-electoral, esto es que transfiere sus derechos de principal en el poder político. Este último define las prioridades y asigna las responsabilidades sobre la gestión en los administradores públicos. Es entonces el administrador público quien debe velar por los derechos ciudadanos.

Una visión más completa de ciudadanía reconoce a las personas como usuarios y a la vez como accionistas de los servicios públicos. Bajo esta mirada adquiere especial relevancia la participación ciudadana en los distintos aspectos de la gestión de un servicio público, determinación de prioridades, en la evaluación de la eficiencia de los procesos y en la fiscalización y el control de las políticas o programas públicos.

**CUADRO 2**  
**DEFINICION DE CIUDADANIA Y PARTICIPACION EN LA TOMA DE DECISIONES**

Niveles de Participación Definición de Ciudadanía	Información	Consulta	Poder de resolución	Evaluación y Control
Elector	X	X		
Accionista	X	X	X	X

**4.- MODALIDADES DE PARTICIPACION CIUDADANA. CRITERIOS DE EVALUACION**

Existen diversos instrumentos de participación ciudadana aplicables en los distintos niveles de participación, los cuales pueden ser evaluados de acuerdo a los siguientes criterios.<sup>18</sup>

- (a) Su capacidad de incorporar las demandas de la ciudadanía;
- (b) Como mecanismo de incentivo a la eficiencia y eficacia en la provisión de los servicios públicos;
- (c) Como mecanismo de control ciudadano.

Estos tres criterios corresponden a distintos objetivos exigibles a las diversas modalidades de participación y que tienen su expresión tanto en el ámbito de la definición de los servicios y sus características, bajo una mirada de ciudadano-cliente, como en la toma de decisiones públicas, esto es considerando al ciudadano como accionista de los servicios públicos.

Bajo la mirada de ciudadano-cliente, un instrumento de participación será eficiente en incorporar las demandas ciudadanas si éstas son tomadas en consideración en la definición del producto y sus características. Como ciudadano-accionista esta demanda se extiende no sólo al ámbito de la definición del producto y sus características sino también a la planificación de prioridades y objetivos y a la definición de los procesos.

El segundo criterio, se refiere a en que medida un instrumento de participación opera como incentivo a la eficiencia productiva. Este objetivo corresponde más bien a una mirada de ciudadano accionista que está preocupado de que los procesos sean eficaces, es decir cumplan con los objetivos propuestos y sean eficientes, esto es, alcancen estos objetivos al mínimo costo.

Por último, los instrumentos de participación pueden ser analizados desde la perspectiva de su capacidad de permitir a la ciudadanía ejercer control sobre la administración. Este objetivo, nuevamente, puede ser expresado en dos ámbitos. Como ciudadano-cliente el foco del control estará en el acceso, calidad y oportunidad de servicio, mientras que

---

<sup>18</sup> Una descripción de los principales instrumentos de participación se presenta en el Anexo N° 1.

como ciudadano-accionista agrégase a este objetivo, la capacidad de control sobre la eficiencia y eficacia de los procesos y su probidad y transparencia.

**CUADRO 3**  
**CRITERIOS DE EVALUACION DE LOS INSTRUMENTOS DE PARTICIPACION**

Ambito	En la definición de los servicios Ciudadano-cliente	En la toma de decisiones Ciudadano- accionista
Criterios		
Capacidad de incorporar las demandas ciudadanas	Definición del producto y de sus características	Definición de prioridades y objetivos y planificación de procesos
Incentivo a la eficiencia y eficacia		Capacidad de cumplir los objetivos propuestos (eficacia) Producción de servicios al mínimo costo (eficiencia)
Capacidad de ejercer control ciudadano	Control sobre el acceso, la calidad y la oportunidad del servicio	Control sobre la eficiencia y eficacia de los procesos Control sobre la probidad y transparencia de los procesos

**5.- ANALISIS COMPARADO DE EXPERIENCIAS INTERNACIONALES DE PARTICIPACION EN LA SALUD PRIMARIA**

En las décadas de los ‘80 y ‘90 la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en el marco del desarrollo de la “estrategia de atención primaria de salud” en los países de la Región y para afrontar los problemas de eficiencia y eficacia que inciden en el cumplimiento de las metas de “salud para todos”, propicia la participación social. En particular para la atención primaria integral, la promoción y el desarrollo de la salud, la OPS promueve la constitución de Sistemas Locales de Salud (SILOS) y considera la participación social como una de las condiciones esenciales para que los SILOS logren un desarrollo sostenido.

A partir de estos lineamientos se desarrollan una serie de guías metodológicas acerca de cómo implementar sistemas participativos en la salud primaria, lo cual requiere de un

cambio de concepciones y prácticas. Estas guías sugieren introducir la participación de los diversos actores sociales en todas las fases del proceso de provisión de la salud primaria, en el diagnóstico, la planificación, la ejecución y la evaluación de las acciones. Una síntesis de estas recomendaciones se detalla en los cuadros del Anexo N° 2.

Reconociendo la complejidad del tema y las limitaciones que impone la información disponible sobre participación en salud, el objetivo de este trabajo será analizar, en los capítulos siguientes, los mecanismos existentes para promover la participación en la salud primaria y algunos de los factores críticos para su operación, a través del análisis de distintas experiencias en otros países de la Región y del estudio de la experiencia chilena.

### **5.1 Evaluación de las Experiencias en la Región**

Siguiendo las recomendaciones de la OPS se han llevado a cabo una serie de experiencias de participación en la salud primaria en los países de la Región, cuyos resultados han sido analizados en encuentros regionales y mundiales.<sup>19</sup>

La participación comunitaria dentro de los proyectos y acciones de atención primaria en salud ha sido enfocada según modelos de salud pública, de planificación de la salud, de desarrollo comunitario y de auto ayuda o autosustentación.

La participación de la comunidad es inherente al concepto de salud pública como erradicación y control de enfermedades infecto contagiosas, en la medida en que se requiere de la acción de la sociedad involucrada para el logro de resultados en sus distintas iniciativas y proyectos específicos. En este modelo de salud pública,

---

<sup>19</sup> Los principales hallazgos de estos estudios de experiencias se han sistematizado en publicaciones de la OPS. Entre ellas, está la serie de publicaciones “Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud”. 1990, “La Participación Social”, que sistematiza los resultados de 16 casos en 11 países. 1993, “La Participación Social en el Desarrollo de la Salud”, que entrega un marco conceptual revisado y una metodología para la evaluación de las experiencias de participación social en la región. 1995, “La Participación Social en el Desarrollo de la Salud: Experiencias Latinoamericanas”, presenta una síntesis de la revisión de 73 documentos sobre el trabajo teórico o práctico de participación comunitaria, participación social o participación popular en América Latina.

generalmente, los profesionales de la salud adoptan las decisiones, determinan las acciones, administran y controlan los resultados, mientras la población aplica las instrucciones impartidas por ellos, para prevenir o controlar las enfermedades.

La participación de la comunidad en la planificación de salud comprende principalmente el aporte de recursos, trabajo voluntario, tiempo, materiales o financiamiento, para la atención de salud. La comunidad es consultada por el sector, pero se involucra especialmente a los líderes. El plan o los proyectos los elaboran los profesionales de los servicios de salud, quienes estipulan también los insumos requeridos y la estrategia para obtenerlos. La participación consiste básicamente en involucrar a los líderes de la comunidad para que apoyen a los servicios de salud en la obtención de recursos de la comunidad y/o en capacitar como monitores o agentes a miembros de la localidad, quienes se encargan de la recolección de los recursos o ejecución de determinadas actividades involucradas en la ejecución del plan. La participación se establece mediante contratos o convenios que precisan las responsabilidades de cada cual.

Como se deduce de los párrafos anteriores, en estas experiencias la comunidad es beneficiaria de las acciones de salud, receptora de acciones planificadas por los técnicos y a lo más participa en su ejecución aportando recursos y liberando recursos públicos. Distan estas experiencias de mirar al ciudadano como cliente o accionista con derechos para decidir sobre los servicios provistos o sobre la forma en que se entregan estos servicios.

Por otra parte, las políticas participativas se han circunscrito al ámbito de la promoción y prevención de la salud, a la educación para cambios en los estilos de vida y mejoramiento en las condiciones sanitarias y ambientales. El concepto de participación en el desarrollo comunitario se inserta en el esquema de que la promoción o la producción de salud forma parte del desarrollo social y transformación que afectan la vida de la comunidad. La participación ciudadana se promueve entonces en la producción de bienes públicos que generan externalidades y la comunidad pareciera no intervenir en la jerarquización de los problemas de salud que son prioritarios de resolver para la población.

La otra visión de la participación surge del concepto de auto-cuidado de la salud. La salud no es un tema que resuelve el sector salud, sino es una responsabilidad de todos y el papel de la organización comunitaria es el de ayuda mutua para el cuidado de la salud.

Los informes de evaluación de algunos casos ilustran lo que ocurre en la práctica con la participación y sus principales dificultades.

- **Preeminencia de criterios técnicos por sobre preferencias de la población**

Una primera deficiencia que se observa en varias experiencias, es la dificultad de integrar los criterios técnicos con las preferencias y estilos de vida de la población. Coopera a este resultado la sobrevaloración de la profesión médica por parte de la comunidad y el predominio de los sistemas públicos de salud, que se han orientado fundamentalmente por criterios determinados por los profesionales de la salud, centrados en la provisión de los servicios más que en las demandas o preferencias de la población.

Un ejemplo de ello es el Plan de Participación Comunitaria de Costa Rica evaluado en todas las regiones del país, en cada una de las etapas de ejecución y que lleva a la conclusión que se produce una intervención excesiva de los funcionarios de salud en los comités, las condiciones económico-sociales y culturales afectan la participación, hay problemas de información y capacitación del personal de salud, faltan incentivos y responsabilidades de los funcionarios con respecto a la participación. No hay integración entre el consejo técnico básico y los grupos de la comunidad.

Otro caso es el de un centro de atención primaria de salud de Las Villas de Las Piedras en Montevideo, Uruguay en que se señala como obstáculos a la participación, la indefinición de papeles y funciones al interior de la organización. Dependencia entre agentes comunitarios y técnicos. Los agentes de salud adquieren un nuevo status que hace que la comunidad los trate en forma diferente. Las facilidades destacadas son la experiencia previa de la comunidad en organizaciones vecinales, la capacidad de hacer, procesos educativos paralelos al trabajo de organización comunitaria, papel de los técnicos.

- **Participación comunitaria en la ejecución de políticas de prevención y promoción de la salud**

Abundan los ejemplos de políticas participativas en el área de promoción y prevención de la salud, en los cuales los ciudadanos aportan recursos y trabajo en el proceso de producción de estos servicios. Esto indudablemente tiene impactos importantes en el estado de salud de la población. Sin embargo se observa escasa intervención de las personas en la definición de prioridades y modos de ejecución.

Algunos ejemplos en esta línea son la experiencia de Mujer, Educación y Vida en Bolivia, proyecto de capacitación del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública y del Ministerio de Educación dirigido a mujeres para fortalecer la organización comunitaria para la salud. Contiene: autodiagnóstico, capacitación, programación participativa de acciones de prevención; el objetivo es que mujeres y profesores sean promotores de salud y promuevan la formación de UROs, construcción de letrinas, campañas de limpieza, etc.

- **Avanzando hacia un concepto del ciudadano como accionista-cliente de los servicios de salud**

La literatura aporta algunos ejemplos en los cuales la ciudadanía empieza a ejercer un rol más protagónico en la identificación de los problemas y necesidades en salud, en la definición de prioridades y en la evaluación de los procesos de provisión de estos servicios.

Un ejemplo de ello es el fortalecimiento de los comités de participación comunitaria en salud en Municipalidad de Guatavita y de Gambita, Colombia. Plan de construcción de planes integrales municipales. Por medio de la capacitación e investigación se fortalece la comunidad. La alcaldía abre la posibilidad de aceptación y apoyo al diagnóstico y plan formulado por la comunidad y como resultado se ejecuta el plan y se mantiene el trabajo de vigilancia y renovación de compromisos.

Otro ejemplo es el Proyecto Salud, Medioambiente y Lucha Contra la Pobreza. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en cuatro países, Brasil,



Colombia, Perú y República Dominicana. Destacan la participación de la población y organizaciones de base en analizar situaciones de salud, elaborar propuestas y diseñar acciones. Se incrementa la capacidad local de resolución de problemas y necesidades básicas de salud y movilización de recursos involucrando a los municipios y estableciendo convenios con organizaciones locales diversas.

Por último destaca el programa Perfil Comunitario de Salud en La Paz Bolivia el cual consiste en un proceso de investigación y acción participativa con personal de SILOS, representantes de organizaciones de base, alcaldes y líderes de la comunidad. El marco conceptual y la metodología son cualitativos y facilitan la participación popular en el proceso. Un resultado importante fue la articulación entre servicios de salud, autoridad civil y organizaciones comunitarias en la identificación de problemas y necesidades de la población y en la elaboración de planes y programas conjuntos para responder a la situación.

- **En síntesis**

La revisión de las modalidades de participación recogidas en la literatura llevan a la conclusión que el modelo de participación comunitaria, aun cuando a nivel teórico contemple la participación de la población en la toma de decisiones, en la práctica no se logra. La sociedad civil generalmente no interviene en las fases de determinación de los problemas y de las necesidades de salud, ni en la programación y evaluación. La participación comunitaria según estas experiencias, consiste en servicios de atención primaria y de salud pública o comunitaria que tienen un componente de colaboración de algunos miembros de la población para extender los servicios a toda la población, por ejemplo, campañas de vacunación, construcción de letrinas, centros de salud, infraestructura para agua potable. Se capacitan también promotores voluntarios para control de enfermedades, como los casos de fumigación, detección y control de malaria, de dengue y diversas parasitosis.

La educación para la salud también tiene un sentido instrumental para la racionalidad institucional, entrega información sobre prevención de enfermedades a través de cambios de conductas y hábitos, más que desarrollar capacidades de acción decisoria en salud. En el diagnóstico de los problemas de salud, la población actúa generalmente

como informante y participa muy poco en las fases de análisis de las necesidades y problemas de salud.

En el nivel operativo predomina el concepto de participación como colaboración y cooperación de la comunidad en la ejecución de determinadas actividades propias del sector salud o de otros sectores según necesidades, problemas y tipos de problemas identificados desde las instituciones. El sector salud es el que organiza a la comunidad según los objetivos de sus programas. Una práctica común en toda la región es la extensión de servicios de salud mediante la capacitación de promotores de la comunidad. Se asume que éstos, a diferencia de los profesionales de la salud, hablan el mismo lenguaje y conocen el contexto social y cultural donde se realizarán acciones de salud. Sin embargo, estos promotores o agentes de salud, no son representantes de la comunidad, no representan las necesidades e intereses de la población ante los gestores de los servicios de salud, sino más bien actúan como difusores de las instituciones de salud y por tanto en el interés de obtener las metas del sector.

La participación en proyectos es generalmente puntual, se trata de colaboración en acciones que deciden, conocen y controlan las instituciones. Cuando termina la intervención finaliza el proyecto.

En muchas de las experiencias de participación de los distintos países suele confundirse en términos conceptuales y metodológicos, la participación comunitaria con las acciones de educación para la salud o participación comunitaria con capacitación de voluntarios o promotores de salud de la comunidad. Pero estas acciones de capacitación, no involucran un análisis y tratamiento del tema de la participación de la sociedad en la salud, sino que incluyen ciertas técnicas grupales que se presentan como métodos participativos. Esta capacitación no se propone construir capacidad de análisis, de formulación de propuestas, de toma de decisiones ni de formación de redes y alianzas para la promoción de la salud.

En todos los casos la participación no es un fin destinada a fortalecer la capacidad de desarrollo y autonomía local, es un medio para la obtención de metas de diferente índole, generalmente trazadas por los profesionales de la salud y que están distantes de fortalecer los procesos de construcción de protagonismo efectivo y propio de las

organizaciones sociales. En general, la participación desplegada en las experiencias no surge de un concepto de derechos ciudadanos, sino es más bien instrumental a un modelo de atención de salud definido por el propio sector.

Se tiende a asimilar los términos participación comunitaria y social para referirse a actividades dirigidas a la comunidad en busca de una respuesta o una acción de la comunidad o para una acción de asistencia y colaboración. En Brasil y Bolivia se habla también de participación popular. Un rasgo común es fortalecer valores solidarios de la comunidad. La participación popular tiene una visión más sociopolítica aun cuando no se refiere a la construcción de ciudadanía o al ejercicio de una democracia participativa a partir de una construcción social de salud.

## **5.2 La Experiencia Chilena**

### **5.2.1 El Sistema de Atención de Salud en Chile**

Previo a analizar las experiencias de participación en la salud primaria en Chile y con el objeto de contar con una visión global de la estructura del sistema de salud y de su evolución en el ámbito de la atención primaria, se describirá brevemente, la estructura organizacional del sistema, su financiamiento y los principales elementos del proceso de descentralización de la salud primaria que se llevó a cabo a partir de los años 80.

- **Estructura Organizacional del Sector Salud**

El sistema de salud chileno puede ser caracterizado como uno de tipo mixto, en el cual coexisten dos tipos de seguros: uno público (FONASA) de tipo solidario y de reparto que atiende a 64% de la población chilena y un sistema de seguros privados individuales (ISAPRE) que cubre al 26% de la población.

En el plano de la provisión de servicios existe en Chile un esquema de atención primaria público y descentralizado a nivel local, con baja conexión con el resto del sistema público de salud. Por otra parte, los niveles más complejos de atención son provistos por establecimientos públicos y privados con escasa interrelación y bajo reglas distintas de gestión.

El sistema público de atención de salud está organizado en tres niveles de atención, de acuerdo a la cobertura y complejidad. El nivel primario, de baja complejidad y alta cobertura, está compuesto por los consultorios generales urbanos y rurales, las postas rurales y las estaciones médico-rurales. El nivel secundario incluye a los consultorios de especialidad (adosados a los hospitales) y los hospitales de baja complejidad. El nivel terciario, de baja cobertura y alta complejidad, está integrado por los hospitales más complejos.

El Sistema Nacional de Servicios de Salud comprende 28 Servicios encargados de ejecutar los programas de salud preventivos, de rehabilitación y recuperación en sus respectivas áreas jurisdiccionales y supervisar técnicamente a las instituciones que por convenio han tomado a su cargo el otorgamiento de las prestaciones que corresponden al Servicio. Adicionalmente, deben supervisar técnicamente a los establecimientos de nivel primario que en su mayoría dependen administrativamente de 308 municipios en el país.

- **Descentralización de la Atención Primaria de Salud**

Entre 1981 y 1987 se desarrolló en Chile un proceso tendiente a entregar a los municipios la responsabilidad de la atención ambulatoria de nivel primario. Al final del proceso cerca de un 90% de los establecimientos de este nivel de atención habían sido traspasados. Con esta reforma, el nivel primario de salud, entregado a manos municipales experimentó una expansión de la cobertura, la que se veía frenada por la predominancia de la lógica hospitalaria, cuando ambos niveles de atención se encontraban integrados. Sin embargo la desintegración del sistema público de atención de salud generó algunos costos de eficiencia, entre los que destacan: i) la inequidad en la asignación de los recursos, consecuencia de un sistema de asignación de recursos basado en las atenciones prestadas, que privilegió a las comunas con mayor capacidad inicial; ii) el rechazo de los médicos a participar de un sistema que no se ajusta a su formación, la cual se orienta principalmente a la especialidad y a la atención cerrada y iii) la incapacidad de estructurar una atención en red ante la presencia de prestadores con distinta dependencia, lo que se traduce en un sistema de derivación y contraderivación que duplica atenciones y encarece innecesariamente el sistema.

- **Financiamiento**

Desde la perspectiva del financiamiento para la cobertura del riesgo de enfermedad común, el sistema de salud chileno está esencialmente financiado por dos fuentes: por una parte, el financiamiento de las personas a través de una cotización obligatoria para salud equivalente a un 7% de las remuneraciones, además del co-pago directo que efectúan cuando hacen uso de las prestaciones que les cubre el sistema; por otra parte, mediante el financiamiento que provee el Estado con aporte fiscal, proveniente de los tributos generales de la Nación, recursos que se utilizan fundamentalmente para financiar la red de servicios públicos de salud en sus diferentes niveles, los organismos centrales de política y regulación y los programas de salud pública que implementa el Estado, tanto para los beneficiarios del seguro público de salud como también el privado.

Con relación al riesgo de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, el financiamiento proviene fundamentalmente de una cotización obligatoria de los empleadores, que se expresa en un porcentaje de la planilla de remuneraciones que el empleador destina para financiar un seguro administrado por las mutuales o por el Estado.

Durante los años 80, junto con el proceso de descentralización de la salud primaria, se implementaron mecanismos de asignación de recursos financieros sobre la base de atenciones prestadas (Facturación por atenciones prestadas FAP y Facturación por atenciones prestadas a nivel municipal FAPEM). Estos mecanismos desincentivan el control de costos e incentivan la oferta de cierto tipo de prestaciones, en función de las distorsiones en la fijación de precios. Se estima que estos mecanismos de financiamiento indujeron a privilegiar la atención curativa sobre la preventiva y orientaron el gasto hacia la producción de consultas, desestimulando la oferta de prestaciones más complejas. Otra consecuencia fue la disminución del gasto en mantención de equipos médicos e industriales y en infraestructura observándose un gran deterioro en ambos aspectos. Por último, la desactualización de los aranceles de pago FAPEM y las mayores posibilidades de otorgar un mayor número de prestaciones de los

municipios con mayores recursos generó grandes inequidades en la distribución de recursos en la atención primaria.<sup>20</sup>

La reforma financiera emprendida en los años 90 modificó los mecanismos de asignación de recursos al interior del sector. En la Atención Primaria Municipalizada se estableció un sistema de pago per-cápita, que busca financiar dicha atención según la población inscrita en cada una de las comunas, diferenciando estos pagos según el nivel de pobreza y el carácter urbano o rural de las comunas en que ellos se encuentran insertos. En su etapa de transición, mientras se inscribe la población, los municipios reciben el financiamiento de acuerdo a una población asignada. Asociado a este instrumento de pago, se destaca la flexibilidad programática que permite que cada municipio comprometa con su Servicio de Salud la estrategia programática a desarrollar, manteniendo sólo como elementos comunes un grupo reducido de programas que se consideran obligatorios, como por ejemplo, los programas de vacunación.

### **5.2.2 La Promoción de la Participación en la Atención Primaria de Salud**

A inicios del primer gobierno democrático, el año 1990, el gobierno de Chile define tres ejes para estructurar la política de salud, promoción de la equidad, fortalecimiento del sector público y fomento de la participación. Bajo este último, en el año 1994, el Ministerio de Salud (MINSAL) y directivos de la red de servicios públicos de salud elaboran un marco conceptual y una propuesta operativa para abrir canales de participación en los niveles de gestión central, regional y comunal del sector público de salud. Esta participación en la gestión, según MINSAL, se debe dar en las fases de diagnóstico, de determinación de prioridades, de ejecución, de evaluación y control de la gestión pública de salud, a través de la cooperación, negociación y concertación, así como en la puesta en práctica de soluciones frente a los problemas de situaciones específicas que afectan a cada nivel o localidad.<sup>21</sup>

---

<sup>20</sup> MIDEPLAN (1996), "Balance de seis años de las Políticas Sociales 1990-1996".

<sup>21</sup> Salinas, Judith, 1996. "Participación social en el sistema público de salud en Chile", en: Escuela de Trabajo Social, Pontificia Universidad Católica de Chile, Revista de Trabajo Social, N° 68. Ministerio de Salud, Depto. de Atención Primaria, Unidad de Participación Social, 1996, Aportes para una estrategia de municipios y comunidades saludables en Chile, Documento policopiado.

El año 1995 MINSAL impulsa la incorporación de la estrategia de promoción de la salud en los programas de salud, con el propósito de adecuar sus políticas a las necesidades del nuevo perfil epidemiológico y social del país y, al mismo tiempo, los Servicios de Salud del sistema público se comprometen a crear un Modelo Local de Participación propio e implementar una propuesta operativa para llevar a cabo i) una “gestión participativa”, al interior de cada organización del servicio; ii) una “acción intersectorial”, estableciendo relaciones con otros sectores que inciden en la salud y iii) una “acción comunitaria”, orientada a estructurar una relación con los usuarios y con la comunidad.

Sin embargo, estas recomendaciones del Ministerio de Salud, corresponden a una acción sectorial aislada del contexto nacional y desvinculada de las tareas del municipio. El discurso de estos expertos sectoriales tiene poca consistencia con la realidad del país en la que predomina una política de mercado, hay escasa acción pública en favor de la articulación social y los mecanismos de participación tienen poca fuerza cultural.

#### **5.2.2.1 Iniciativas de Participación del Ministerio de Salud**

El año 1995, el MINSAL pone en marcha tres iniciativas para crear la “red de participación social del sector salud”. La primera, es la constitución de instancias formales de participación en las instituciones del sector y en los establecimientos de provisión de servicios de salud. La segunda, es el apoyo a las organizaciones de salud de la sociedad civil. La tercera, consiste en fortalecer los equipos de Atención Primaria de Salud.

Sin embargo, debe reconocerse que estas iniciativas tuvieron escasa aplicabilidad dado que la principal limitante a las políticas de articulación social en la atención primaria ha sido la permanente postergación en el financiamiento de este nivel de atención, en favor de los niveles secundario y terciario.

- **Creación de Consejos Consultivos y de Desarrollo**
-

Con la primera línea de acción el gobierno buscó institucionalizar la participación en la gestión de salud, a través de la creación de consejos consultivos o consejos de desarrollo, en los organismos administrativos y en los establecimientos de prestación de servicios de salud, respectivamente. Ambos consejos tienen un carácter asesor de las direcciones de las instituciones, asignándoles la función de colaborar en los diagnósticos, formulación de planes y evaluación de la gestión. Se consideraba también que estos consejos, permitirían generar proyectos de promoción y movilizar recursos.

Los consejos de desarrollo asesores de la dirección de los hospitales y consultorios de atención primaria, están constituidos por representantes de usuarios, de organizaciones de la comunidad local y de los trabajadores de la salud. Los consejos consultivos de nivel comunal son asesores del alcalde, los de nivel regional son asesores de la Secretaría Regional Ministerial y el de nivel nacional, es asesor del Ministro de Salud. Los integrantes de estos consejos consultivos son representantes de universidades, ONG, gremios, empresarios, sectores privados y organizaciones sociales. Estos actores sociales están inscritos en espacios en los cuales ya se han definido otras formas de participación que funcionan precariamente, como es el caso de los Consejos Económico Sociales de las municipalidades.

Por otra parte, una evaluación de los resultados de la constitución de los Consejos en establecimientos hospitalarios y consultorios indica, en primer lugar, que estas instancias en general compiten con la estructura municipal. Frente a una realidad municipal administrativamente precaria, el Consejo de Desarrollo aparece como instancia de importante convocatoria que compite y debilita la convocatoria municipal. Con esta medida, una instancia representativa de intereses institucionales ajenos a la comuna, pretende ejercer liderazgo social en un ámbito tan amplio como la problemática sanitaria. Desde esta perspectiva, los Consejos de Desarrollo representan una vuelta atrás en la inserción del sistema de salud en la realidad municipal, centrando además los problemas de salud en un ámbito eminentemente médico.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> MINSAL, 1997, “Evaluación de la Atención Primaria”. División de Salud de las Personas, Departamento de Atención Primaria.



Entre los logros de los Consejos Asesores que destaca el Ministerio de Salud se cuenta la mejoría en información y un mejor trato del usuario, a través de la ampliación del contacto con familiares de hospitalizados, la disminución de tiempos de espera, el mejoramiento de las salas de espera y de los servicios de atención al usuario y la habilitación de accesos para discapacitados. Sin embargo, estos logros no se reflejan claramente en los resultados de las encuestas de opinión pública sobre el sector.

Con todo se reconoce que hay importantes trabas para el desarrollo de la participación en la gestión del sector salud, tales como, el predominio de una forma de gestión centralizada y jerárquica en el sector con un enfoque bio-médico asistencial. La falta de definición de la misión y funciones de los Consejos de Desarrollo y Consultivos, lo que lleva a diferentes significados de la participación. Fallas en la estructura organizativa que provocan la fragmentación y descoordinación en la red de salud y que originan la insatisfacción de la opinión pública respecto del sector salud. Se reconoce que los equipos de salud tienen pocos incentivos para una gestión participativa, presentan resistencia al cambio, al igual que escasa motivación y compromiso.

- **Fortalecimiento de las Organizaciones Sociales**

La línea de apoyo a las organizaciones sociales de salud, se implementó a través del Programa Salud con la Gente, que transfiere recursos a las organizaciones de salud y las incorpora a la red de salud, mediante compromisos de acción que adoptan las organizaciones sociales con los equipos de salud de cada localidad. Las organizaciones sociales están integradas mayoritariamente por usuarios del sistema público de salud, tienen carácter voluntario y se crean principalmente como grupos de autocuidado en enfermedades crónicas o invalidantes, o forman parte de redes de promoción y prevención de salud, entre grupos de monitores, de mujeres, de adultos mayores y otros. Las actividades que realizan estos grupos son generalmente de capacitación y recreativas.

Una evaluación de los resultados de este Programa considera como logros el reconocimiento oficial de un alto número de organizaciones sociales en el país. Se registraron 2.081 organizaciones en directorios regionales de las cuales 468 suscribieron compromisos de acción con los servicios de salud. Esta iniciativa indujo a una

reactivación de las organizaciones sociales de salud y al mejoramiento de la relación entre equipos de salud y organizaciones sociales de salud; a una valoración del papel de trabajadores sociales y profesionales del área psicosocial y a una mayor coordinación entre organizaciones sociales de salud, la red social local y el municipio.

Por otra parte, se valora positivamente ciertas innovaciones introducidas por este Programa con respecto a ampliación de coberturas, actividades de promoción y apoyo a la recuperación y rehabilitación.

Las principales dificultades en el desarrollo de dicho Programa corresponden a problemas en las relaciones entre los distintos actores, a las formas o estilos de gestión, a la debilidad de la sociedad civil y al sistema de valores predominante. Con relación a las tensiones entre actores habría que destacar que los técnicos desconocen el trabajo de las organizaciones sociales y desconfían de su aporte. Los equipos de salud no comprenden suficientemente la lógica del trabajo comunitario ni respetan las autonomías.

Con relación a las organizaciones sociales, se han detectado dificultades con respecto a la capacidad de las organizaciones para responder los informes que solicita el sistema de salud y por otra parte, prevalece una visión medicalizada de la salud.

En referencia a los problemas de gestión, las principales críticas han sido la multiplicidad de funciones de los equipos técnicos, las trabas administrativas para la firma de convenios y la transferencia de recursos, la disociación entre cambios programáticos y financieros, y, tensiones en la coordinación con las organizaciones sociales por rigideces programáticas del sector y gestión burocrática de los establecimientos.

Por último entre los rasgos de la sociedad que implican dificultades para la participación habría que señalar la desarticulación del tejido social y el predominio de valores individuales-competitivos sobre los solidarios y cooperativos.

- **Fortalecimiento de los Equipos de Atención Primaria**

Por último, el gobierno pretendió fortalecer los equipos de atención primaria (APS) a través del diseño y ejecución de proyectos locales participativos e intersectoriales, orientados a la promoción y prevención de la salud. Esta línea de acción se inició en comunas rurales en 1991 y se extendió después al área urbana incorporándose al Programa Nacional de Superación de la Pobreza 1994 - 2000.

En este mismo sentido se diseñaron otras propuestas, como la transformación de los consultorios en centros de salud, los cuales se esperaba que transitaran desde una atención preferentemente curativa a la promoción y construcción de salud. Se propuso también aumentar la capacidad del gobierno local en salud y en las acciones intersectoriales. En esta perspectiva, entró en operación la estrategia de “municipios saludables” de la OPS, que promueve el compromiso activo de los ciudadanos y de las organizaciones sociales de las comunas en procesos dirigidos a mejorar en forma continua las condiciones de salud y de bienestar de todos sus habitantes.

En Chile se desarrollaron dos experiencias de Municipios Saludables, el Proyecto Valdivia Ciudad Saludable (X Región) y la Red de Municipios Saludables de la Provincia de Quillota (V Región).

El proyecto de Valdivia fue diseñado e implementado entre 1993 y 1995 como proyecto de cooperación internacional MINSAL/BID, orientado a mejorar la capacidad resolutive de la red asistencial. Se propuso comprobar la efectividad de la estrategia de promoción de la salud con participación de la gente y de diversos sectores, así como la previsión de enfermedades crónicas no transmisibles, especialmente provocadas por accidentes de tránsito en la comuna. Los principales programas realizados se llevaron a cabo en el campo de las comunicaciones y de la educación escolar, se realizaron también actividades en otros ámbitos como el del entorno laboral y el apoyo desde los servicios de salud y de protección ambiental. Sin embargo, esta iniciativa no tuvo sustentabilidad en el tiempo.

#### **5.2.2.2 Iniciativas de Participación en Salud de los Municipios**

Simultáneamente a las políticas de participación diseñadas por el Ministerio de Salud, los Departamentos de Salud Municipal han desarrollado algunas experiencias de articulación social que se detallan en el Cuadro N° 4.

Generalmente participan en estos proyectos organizaciones funcionales o “temáticas”, constituidas por iniciativa de los equipos de salud local, tales como, clubes de adulto mayor, comités de salud, grupos de monitores, grupos de autocuidado, grupos de mujeres. La mayor parte de los miembros de estas organizaciones son mujeres, recientemente se están incorporando más hombres adultos mayores.

En la mayoría de los programas y proyectos de salud municipal, el diagnóstico lo realiza el equipo técnico, según las políticas del sector salud y las prioridades nacionales. En pocos casos ha habido participación de la comunidad en el diagnóstico y selección del tema así como existe escaso interés de efectuar una evaluación con participación de la comunidad y de los destinatarios del proyecto.

La comunidad o grupos objetivos a los que se dirigen los proyectos participan principalmente como “beneficiarios” de la educación o capacitación en salud, así como también, como colaboradores en actividades asistenciales y de apoyo a las acciones educativas.

**CUADRO 4. PROYECTOS PARTICIPATIVOS MUNICIPALES**

PROYECTO- COMUNA	EN QUÉ SE PARTICIPA	CÓMO SE PARTICIPA
Educación Sanitaria de la Comunidad. Quillota. 1995.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- lograr autonomía en los consultorios en la ejecución de proyectos según realidad local.</li> <li>- capacitación de monitores</li> <li>- mejores condiciones de saneamiento ambiental</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- en una reunión en el consultorio con participación de la comunidad se determina el diagnóstico.</li> <li>- los monitores ayudan al equipo de salud que hace el trabajo educativo</li> <li>- receptores de mensajes de charlas</li> </ul>
Prevención de IRA en menores (infecciones respiratorias agudas). 1993	Prevención y detección precoz IRA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diversas organizaciones participan en el diagnóstico.</li> <li>- el diseño, ejecución y evaluación es de</li> </ul>
Prevención de Consumo de	Prevención de consumo de	

Alcohol y Drogas.1995. El Bosque.	alcohol y drogas de jóvenes	responsabilidad compartida entre grupos de salud y consultorio - en el proyecto de prevención de alcohol y drogas, la administración de los recursos es responsabilidad de un grupo de salud.
Difusión del PAP. San Joaquín. 1994-1995.	Prevención y capacitación a difusoras	Difusoras son receptoras de capacitación y luego ejecutan campaña de difusión en organizaciones de mujeres, escuelas y ferias.
Programa de prevención de consumo de alcohol y drogas en Santiago. 1995	- Cambio de conducta de jóvenes, de comunidad y de opinión pública, vía programas terapéuticos y campañas de comunicación y difusión. - Compromiso activo de comunidad	- Receptores de la ejecución de campañas de capacitación, difusión y comunicación, receptores de programas terapéuticos.  Participación de organizaciones sociales en diagnóstico  Participación intersectorial en ejecución de campañas, acciones educativas y terapéuticas.

En un análisis efectuado por el Ministerio de Salud de estos proyectos de salud municipal en cinco municipalidades de la Región Metropolitana y una de la V Región - los cuales fueron seleccionaron por ser los que se llevaban a cabo incorporando elementos de participación e intersectorialidad - se puede observar que todos se circunscriben al campo de la prevención de salud en la cual los usuarios tienen un rol más bien pasivo.

Los Directores de salud municipal, al igual que los directivos del Ministerio, han definido como participación de la comunidad aún aquel nivel mínimo de información que entregan los proyectos de salud a la gente y que es condición necesaria para la existencia de una acción de salud preventiva. Se considera igualmente, como participación al hecho de ser receptor(a) de actividades educativas.

Un nivel de participación más activo de parte de la comunidad, en algunos de estos proyectos, consistió en la colaboración en alguna fase de la ejecución de determinados

proyectos de salud. En todos estos proyectos, calificados como participativos, se mantiene la dirección del proyecto y la responsabilidad de la ejecución a cargo exclusivo de los equipos de salud de la municipalidad y del consultorio. No involucran una participación decisiva de la comunidad en el diagnóstico, ni en la planificación.

Entre los factores críticos favorables a la participación en estas experiencias de salud se destaca:

- El diseño local de programas o proyectos en articulación con otros sectores.
- La voluntad política de las autoridades locales de desarrollar programas que respondan a las necesidades o demandas de la comunidad.
- La presencia de equipos de salud y de grupos de trabajo intersectorial que den continuidad al proceso.
- El involucramiento de diferentes establecimientos de la red de salud.
- La existencia de relaciones interpersonales horizontales y de confianza. Relaciones fluidas entre el equipo de trabajo comunitario de los consultorios y comités de salud de la comunidad, o entre equipos de salud del municipio y organizaciones sociales.

Los factores críticos que han actuado como obstáculos para una efectiva participación han sido:

- La falta de acuerdo sobre el concepto de participación y la falta de voluntad política.
- La falta de delimitación de funciones y responsabilidades de cada sector en las experiencias que presuponen intersectorialidad. En general en las experiencias participativas intersectoriales tiende a haber hegemonía y un exceso de institucionalización del sector salud.
- Un modelo burocrático de gestión que dificulta el trabajo transversal.
- El diseño centralizado de los programas no acordes con la realidad local; la comunicación inadecuada para la cultura local; y la falta de sistemas de expresión de opiniones.
- La rotativa de personal en los consultorios y las restricciones financieras.

### **5.2.3 Otros Programas de Sector Salud orientados a la incorporación de las Demandas de los Usuarios**

Mejorar el acceso y la calidad de atención de los usuarios del sistema público ha sido una de las prioridades de los gobiernos de la Concertación. La responsabilización del sector público así como acercar su acción a las necesidades de la ciudadanía se ha intentado por diversas vías.

En este punto se describirán brevemente otros instrumentos desarrollados en el sector de la salud en Chile que intentan incorporar, de alguna forma, las demandas y un mayor control por parte de los usuarios del sistema.

Una mirada de estos programas comprueba que la política chilena en el sector de la salud ha privilegiado la introducción de mecanismos de mercado por sobre la promoción de la participación social. El tema de la satisfacción de las demandas de los usuarios así como la introducción de incentivos a la eficiencia del sistema se ha intentado por la vía de nuevos mecanismos de pago a los proveedores y el establecimiento de contratos que asocian recursos financieros a resultados, descuidando el desarrollo de instrumentos de articulación social que permitan adecuar la oferta pública a las necesidades locales.

- **Los Compromisos de Gestión**

A partir de 1995, como una forma de fortalecer el proceso de descentralización, mejorar la eficiencia en materia de gestión y vincular recursos con objetivos en salud, se establecen en Chile compromisos de gestión entre el nivel central y los Servicios de Salud. Estos compromisos, que contemplan planes de trabajo, metas productivas, mejoras de indicadores específicos, metas presupuestarias, etc., buscan aumentar la autonomía de los Servicios, los que deben asumir una responsabilidad más directa sobre el resultado de su gestión.

Si bien esta herramienta no fue diseñada particularmente para responder al objetivo de incorporar las demandas de la población, el establecimiento de compromisos sobre resultados, de los Servicios de Salud, entre los cuales se incluye una mejor calidad de

atención, es un avance en el proceso de modernización de la gestión, en la medida en que se reconocen algunos derechos ciudadanos y se mira al usuario como cliente.

- **Programa de reducción de Listas de Esperas**

Durante los años 90 se han llevado a cabo una serie de programas que asignan, a los Servicios de Salud, recursos financieros adicionales contra el compromiso de reducir las listas de espera en los hospitales y el tiempo promedio de resolución, en un conjunto de atenciones quirúrgicas. Entre las principales virtudes de esta iniciativa, se cuenta el poner el acento en las necesidades más urgentes de los usuarios, mejorando la calidad y oportunidad de atención.

- **Encuestas de Satisfacción de Usuarios**

Durante los últimos años el tema de la salud permanentemente ha aparecido como una de las áreas de mayor insatisfacción en las encuestas de opinión, esto es, entre los dos problemas prioritarios que la ciudadanía considera que el gobierno debe resolver. Por este motivo, el Ministerio de Salud, o alguna de sus reparticiones, han encargado la elaboración de estudios o de encuestas de satisfacción de usuarios, orientadas a detectar los principales problemas.

A esta fecha existe una vasta disponibilidad de información sobre esta materia, tanto sobre el seguro público como respecto de los distintos niveles de atención. Con esta herramienta, se están dando los primeros pasos para vincular la opinión de los usuarios del sistema con las decisiones que se adoptan en la actividad normal de las instituciones del sector.

Por ejemplo, FONASA, institución financiadora del sistema público, está incorporando en su forma de gestión una cultura de satisfacción del usuario, lo que representa un viraje en la lógica tradicional centrada en los proveedores públicos. Al respecto, a partir de 1996, FONASA está usando instrumentos tales como, encuestas de opinión e instancias de participación social, tales como, un Comité Asesor integrado por representantes de usuarios de FONASA, básicamente líderes de opinión (dirigentes sindicales, sociales y vecinales). Estos instrumentos permiten a FONASA conocer el posicionamiento de la institución ante los usuarios. En líneas generales, las encuestas



ayudan a orientar la acción estratégica del Fondo, permiten recibir información de amplios sectores de la población e identificar categorías de usuarios.

Por su parte, el Comité, constituido por líderes de opinión, permite conocer la información proveniente de los diversos grupos de beneficiarios, haciendo posible validar e interpretar adecuadamente los resultados de las encuestas. Con estos antecedentes se delinean las grandes políticas del Fondo tanto de carácter estratégico como respecto de la calidad de atención.

Otros medios para conocer la opinión de los usuarios, son los servicios de líneas de ayuda telefónica que sirven de retroalimentación para un diseño de política de información a los usuarios y los buzones de sugerencias que han reemplazado los antiguos libros de reclamos y que aportan a la toma de decisiones operativas en algunos puntos de venta y de atención al público.<sup>23</sup>

## **6.- CONCLUSIONES**

Retomando el marco teórico, este documento se centró en un análisis de los mecanismos de participación existentes en la salud primaria en Chile, evaluando estos instrumentos desde una perspectiva de su capacidad de incorporación de las demandas de los ciudadanos, como incentivo a la eficiencia y eficacia en la provisión de servicios y como herramienta de control social.

El diseño de instrumentos de participación asigna en forma implícita distintos tipos de derechos a los ciudadanos. El nivel más precario de participación considera a los ciudadanos como beneficiarios de las políticas de salud y por tanto su inclusión se limita a la consulta no vinculada necesariamente a la gestión del sistema o se incluye

---

<sup>23</sup> Oyarzo, C. (1997) “Uso de las encuestas a los usuarios en el Fondo Nacional de Salud” en Calidad de Servicio y atención al usuario en el sector público, Dirección de Presupuestos Ministerio de Hacienda de Chile.

como recurso en la ejecución de programas, generalmente de promoción o prevención de la salud, bajo las directrices de los profesionales médicos. Un avance en los derechos asignados a los usuarios, los visualiza como cliente del sistema y por tanto interesa su opinión respecto a la priorización de servicios y a su calidad. Por último, cuando el usuario es considerado como cliente-accionista se lo incorpora en decisiones respecto a los procesos y resultados de los servicios de salud.

Si se analizan las recomendaciones de las Agencias Internacionales de Salud, estas instituciones promueven la incorporación de la participación ciudadana a nivel local en todas las etapas de provisión de los servicios de salud: en el diagnóstico, la priorización y planificación de actividades, la ejecución y la evaluación y rediseño del proceso. Los manuales incluso entregan algunos instrumentos para su implementación.

Sin embargo, las experiencias prácticas que se observan tanto en el plano regional como en el país se distancian, en muchos casos, de estas recomendaciones. Se observa que normalmente el ámbito en el que se implementan programas participativos es el de la prevención y promoción de la salud y en la resolución de problemas específicos como el tratamiento de enfermedades crónicas. Existen, en cambio, escasas experiencias en la que los usuarios participen en una priorización más general de los servicios a recibir o en la definición de la canasta básica de prestaciones.

En el caso chileno, a pesar del discurso oficial que asigna una importancia crucial a la incorporación de la ciudadanía en las decisiones públicas, en general existen escasas experiencias de participación social en las políticas públicas. Entre los factores que pueden explicar este fenómeno, habría que señalar un largo período de gobierno militar en el cual se desestructuró la sociedad civil y se promovieron reformas estructurales que asignaron un rol predominante a los mecanismos de mercado.

Si bien, a partir de marzo de 1990 los gobiernos democráticos tienen un discurso en que se privilegia la participación social, en la acción, el desarrollo de mecanismos de articulación social no ha tenido prioridad en la agenda gubernamental.

En lo que respecta al sector de la salud primaria, la ambigüedad frente a la descentralización de este nivel de atención ha llevado a desconocer a los municipios

como interlocutores. Este problema se ha visto agravado por la postergación de la salud primaria frente a las necesidades financieras de los hospitales y un contexto de excesiva centralización en las decisiones. En el caso chileno, la planificación en salud, en general, está fuertemente marcada por consideraciones técnicas (criterios médicos) en función del perfil epidemiológico de la población y se realiza centralizadamente con baja adecuación a las necesidades locales.

Por otra parte, la forma de gestión de los consultorios de salud continúa mirando al usuario como beneficiario del sistema y raras veces como cliente o accionista, por lo cual no se han desarrollado mecanismos sistemáticos que incorporen la opinión de la ciudadanía respecto de la calidad de los servicios o de los procesos.

Se reconoce sin embargo la importancia de incorporar las demandas de los ciudadanos y existe una mayor preocupación por la satisfacción de los usuarios en las instituciones del sector de la salud. Ello ha significado la implementación de algunas experiencias, tales como, la contratación de encuestas de satisfacción de los usuarios en algunas instituciones públicas. Esto representa los primeros pasos hacia una incorporación de la opinión de los usuarios en el accionar normal del sector público de la salud. No obstante lo anterior, la participación ciudadana incorporada al sistema de salud es aún un objetivo lejano a alcanzar.

Adicionalmente, se han creado algunos mecanismos institucionalizados de participación, por ejemplo, la creación de Consejos asesores o consultivos en la atención primaria así como en otras instituciones del sector. Ellos, sin embargo, en general no representan fielmente las demandas ciudadanas, sino más bien son representantes de intereses corporativos, dado que su legitimidad no siempre emana de los usuarios. Por otra parte, estos Consejos tampoco se integran necesariamente a las decisiones de gestión, por tanto son un instrumento débil como incentivo a la eficiencia y eficacia e incluso, de acuerdo a algunas evaluaciones, pueden entorpecer la interrelación necesaria entre autoridades de distintos niveles de gestión.

Respecto del programa de fortalecimiento de organizaciones sociales, se observa una falta de autonomía de los actores sociales, indefinición de roles y responsabilidades y primacía de los criterios de las instituciones y profesionales de la salud. Por otra parte,

estos programas no se insertan al proceso normal de planificación y gestión de los consultorios.

En síntesis, existen en el Sistema de Salud chileno escasos mecanismos de articulación social que incorporen las demandas ciudadanas. Salvo encuestas parciales de satisfacción de los usuarios y programas de promoción y prevención en algunos consultorios del país, orientados más bien a resolver problemas específicos de salud que a incorporar las necesidades de los usuarios.

Por otra parte, no se observa que operen en la práctica mecanismos de participación orientados a la eficiencia y eficacia. Con el objeto de proveer los incentivos a una gestión más eficiente del sistema, se ha intentado avanzar por la vía de la incorporación de mecanismos de mercado, esto es, financiamiento de la atención primaria mediante un sistema per-cápita y el establecimiento de compromisos de gestión con los servicios de salud, en cuyos convenios el principal o representante de los ciudadanos continúa siendo el Ministerio de Salud. Otro programa que opera bajo una lógica de contratos (criterios de mercado), es el programa de reducción de listas de espera, en el cual los usuarios son vistos como clientes pero tienen escasa información y participación.

Por último existen también escasos mecanismos de control social, salvo la incipiente difusión pública de información sobre los servicios estatales y la incorporación de indicadores de gestión y evaluación de algunos programas sociales, en la discusión presupuestaria con el Parlamento.

Puede concluirse entonces que después de dos gobiernos democráticos en el país el logro de una mejor articulación de los distintos instrumentos de coordinación de la vida social: estado, mercado y participación de la sociedad civil, es aun una tarea pendiente en el sector de la salud en Chile.

## BIBLIOGRAFIA

Baño R. (1997) “*Consideraciones acerca de la Participación Ciudadana*” en Revista de FLACSO, julio

Barbosa, S. (1992) “*Salud, ambiente y ciudadanía*”. Revista Interamericana de Planificación, vol.25, n.98, abril-junio, pp. 77-86, Brasil.

Barcelay M., Babok J. Armani, (1992) “*Breaking through boureaucracy. A new wisdom for management in government*”, University of California Press.

Beiner, Ronald, (1995) “*Theorizing Citizenship*”. New York: State University of New York Press.

Campero G. (1997) “*Más allá del individualismo. La buena sociedad y la participación*” en Construyendo Opciones, CIEPLAN-DOLMEN.

Correa E. (1997), “Participación ciudadana y gobernabilidad” en Revista FLACSO, julio

Cortázar R. (1996), “*Hacia una Economía Humana*” en Actualidad y Vigencia de la Democracia Cristiana, Instituto Chileno de Estudios Humanísticos

Cunill Nuria, (1991) “*Participación ciudadana, Dilemas y Perspectivas para la Democratización de los Estados Lationamericanos*” CLAD.

Dahl, Robert A., (1989) “*Democracy and its critics*”, New Haven: Yale University Press, 130.

Foxley, Alejandro, (1997) “*Chile en la nueva etapa: repensando el país desde los ciudadanos*”, Editorial Dolmen.

García Nalda, C. (1993) “*Administración pública para la democracia*”, CLAD.

García Canclini, Néstor, (1995) “*Consumidores y ciudadanos, conflictos multiculturales de la globalización*”. Grijalbo, México.

Haywood, S. y Rodrigues, J. (1993), “*Un nuevo paradigma para la gestión pública*” en Kliksberg B. (compilador) El Rediseño del Estado, Fondo de Cultura Económica.

Heyermann G., B. (1995) “*Percepción de actores del sector público acerca del sistema de salud chileno*”. ( En: El sistema de salud en Chile ante la descentralización política.) N.U, CEPAL, ILPES, OPS, OMS, pp. 179-393, Santiago.

Hirschman, A. O. (1981), “*Exit, Voice and Loyalty*”, Harvard University Press.

Jacobi, Pedro, (1991) “*Os municipios e a participacao: desafios e alternativas*”- pp32-38  
en: Revista de administracao Municipal.-Rio de Janeiro Vol. 38 N°198 (Jan.-mar.).

Jelin Elizabeth, (1993) “*¿Cómo construir ciudadanía? Una visión desde abajo*”.En: European Review of Latin American and Caribbean Studies 55, December.

Kliksberg, B., (Compilador) (1993), “*Pobreza. Un Tema Impostergable. Nuevas Respuestas a Nivel Mundial*”, Fondo de Cultura Económica, PNUD, CLAD.

Kliksberg, B. (1992) “*¿Cómo transformar el Estado? Más allá de los mitos y dogmas*” México.

Lechner, N. (1994) “*La (problemática) invocación de la sociedad civil*”, en: Cuestión de Estado, México.

Luton, Larry S, (1993) “*Citizen-administrator connections: impacts on Public facility-siting decision making*”. pp114-134, en: Administration and society. Newbury Park.- Vol 25 N°1: Sage Publications, (May).

Magendzo S. y Toledo M.I., (1992), “*Planificación Participativa y Salud Comunitaria*”.

MIDEPLAN (1996), “*Balance de seis años de las Políticas Sociales 1990-1996*”.

Millán de Salamín, Judith, (1989) “*La participación ciudadana en la atención de salud: estudio de algunas experiencias nacionales de participación de las comunidades en la atención de salud*” Caracas: CLAD. 164 p

Ministerio de Salud de Chile (1997), “*Evaluación de la Atención Primaria*”. División de Salud de las Personas, Departamento de Atención Primaria.

Ministerio de Salud de Chile (1994) “*Trabajo Comunitario en Salud. Guía técnica metodológica*”. Ministerio de Salud, Santiago.

Ministerio de Salud de Chile (1995). “*La salud, tarea de todos. Logros, avances y desafíos de la reforma*”. Ministerio de Salud, Santiago.

Ministerio de Planificación (1992). “*Participación de la Comunidad en el Desarrollo Social. Logros y proyecciones*”. Mideplan, Santiago.

Noceti, M. et al. (1990) “*Desarrollo de los SILOS en Uruguay*”. Boletín OPS, año 69, vol. 109, n. 5-6, pp. 556-559, Colombia.

OECD (1995), Development Centre Seminars, “*Participatory Development from Advocacy to Action*”, Edited by Hartmut Schneider and Marie Helene Libercier.

Oficina Sanitaria Panamericana (1990). “*Cali, compromiso de todos. Desarrollo de sistemas locales de salud: una empresa social*”. Ministerio de Salud de Colombia, Boletín OPS, año 69, vol.109, n.5-6, pp.577-579, Colombia.

Oficina Sanitaria Panamericana (1990). “*Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La participación social*”. OPS, Revista Silos 3, Washington.

Oficina Sanitaria Panamericana (1990). “*Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La participación social. Estudios de casos*”. OPS, Revista Silos 7, Washington.

Oficina Sanitaria Panamericana (1992). “*Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. La participación social en el desarrollo de la salud*”. OPS, Revista Silos 26, Washington.

Oficina Sanitaria Panamericana (1995). “*Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La participación social en el desarrollo de la salud: experiencias latinoamericanas*”. OPS, Revista Silos 35, Washington.

OPS, Washington, (1993) “*Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud: la participación social en el desarrollo de la salud*”, OPS.

Orrego, C. (1995), “*Citizen Participation and the Strengthening of Accountability in Chile’s Municipal Governments*”, abril.

Osborne, David y Ted Gaebler (1992) “*Reinventing Government: How the Entrepreneurial Spirit is Transforming the Public Sector*”, Adisson-Wesley Publishing, New York.

Oyarzo, C. (1997), “*Uso de las Encuestas a los Usuarios en el Fondo Nacional de Salud*” en Calidad de Servicio y Atención al Usuario en el Sector Público, Dirección de Presupuestos Ministerio de Hacienda de Chile.

Paganini, J; Chorny, A. (1990) “*Los sistemas locales de salud: desafío para la década de los noventa*”. Boletín OPS, año 69, vol. 109, n. 5-6, pp. 424-448, Colombia.

Pollitt Christoper, (1993) “*Qué es calidad de los servicios públicos*”, en: Kliksberg, Bernardo, compilador, Pobreza: un tema impostergable. Fondo de Cultura Económica, México.

Requena, M. (1995) “*Alianza para la salud: un intento por desarrollar el modelo democrático de salud*”. Cuadernos Médico-Sociales, vol.36, n.1, pp. 33-36, Santiago.

Restrepo Botero, Darío Indalecio, Ochoa, Doris, (1993) “*El estado del arte de la descentralización política y de la oferta pública en participación ciudadana y comunitaria*” Santa Fe de Bogotá, FESCOL; FAUS. 62p.

Revista de estudios de la vida local (1984) “*Elementos de la participación ciudadana*” en:, Año 43 N° 221 pp. 37-46.

Reynolds, J.(1993) “*Assesing communitary health needs and coverage. Module 2: User’s guide*”. Aga Khan Foundation, Washington.

Rodrik G. (1997) “*Globalización y Protección Social*” The Economist.

Salinas, J. (1996) “*Participación social en el sistema público de salud en Chile*”. Revista de Trabajo Social, n.68, pp. 53-61, Chile.

Sánchez Morón, M. (1980) “*La participación del ciudadano en la administración pública*”, Centro de Estudios Constitucionales. Estudios de Administración, 42, Madrid.

Schneider, Ben Ross (1995) “*Democratic consolidations: some broad comparisons and sweeping arguments*”, en: Latin American Research Review 30, 2.

Seligman, Adam B (1992). “*The idea of civil society*”. New Jersey: Princeton University Press.

Sulbrandt, J., (1997) “*Modernización del Estado y ciudadanía en los procesos de democratización. Una perspectiva desde América Latina*”. En: Dirección de Presupuestos Ministerio de Hacienda, Calidad de Servicio y Atención al Usuario en el Sector Público, Dolmen ediciones, Chile.

Sulbrandt, José, (1993) “*La evaluación de los programas sociales, una perspectiva crítica de los modelos usuales*”, en: Kliksberg, Bernardo, compilador, Pobreza: un tema impostergable. Fondo de Cultura Económica, México.

Sulbrandt, J.(1993) “*La concentración social para la reforma del Estado*”, CLAD.

Tealdi, J. (1990) “*SILOS y bioética: racionalidad moral de las decisiones comunitarias*”. Boletín OPS, año 69, vol. 109, n.5-6, pp.462-473, Colombia.

Tendler, J. (1994) “*Trust in a rent-seeking world: health and government in north east Brazil*”. World development, vol.29, n.12, december, pp. 1771-1791, Brasil.

Tomassini, Luciano, (1994) “*La reforma del Estado y las políticas públicas*”, Santiago: Centro de Análisis de Políticas Públicas.

Weinstein, M. (1997), “*Participación Social en Salud. Acciones en Curso*”, Documento FLACSO.

## **ANEXO N° 1**

### **INSTRUMENTOS DE PARTICIPACION CIUDADANA**

- a) Información, capacitación y extensión



Los instrumentos de información, capacitación o extensión son prerequisites para una participación ciudadana efectiva y responsable, más que un instrumento que apunte a recoger las demandas de la gente. Sin embargo algunos instrumentos de marketing suponen cierto grado de consulta de la ciudadanía acerca de una o más características de un producto o servicio.

#### - Publicidad

La publicidad es un mecanismo de información masiva que puede realizarse a través de los medios de comunicación o a través de cartas, cartillas o folletos destinados a un determinado grupo objetivo. Tiene por objeto dar a conocer un producto o servicio y sus características a la vez que informar acerca de sus ventajas y uso. En el sector de la salud este instrumento es eficiente para realizar campañas masivas de prevención de enfermedades y de promoción de prácticas o cuidados que mejoren la salud de la población.

Sin embargo, también este mecanismo puede ser utilizado para informar al público acerca de sus deberes y derechos y la forma en que éste puede hacerlos valer. Con los cambios en el perfil epidemiológico que asignan creciente importancia a enfermedades no transmisibles y asociadas a los estilos de vida de la población, se hace cada vez más urgente sensibilizar a los ciudadanos sobre su responsabilidad frente a su salud. Los medios de publicidad pueden jugar un rol importante en esta tarea.

Por otra parte, los medios de comunicación masiva son un mecanismo eficaz para dar a conocer los derechos de la ciudadanía y por esta vía favorecer el control ciudadano sobre las características del producto (ciudadano – cliente) o sobre aspectos específicos de los procesos, tales como su eficiencia, eficacia o transparencia (ciudadano – accionista). Un ejemplo de ello es el rol que puede jugar la información por parte de los organismos reguladores sobre la calidad de servicios, acceso y cobertura mínima.

#### - Marketing

El marketing se utiliza fundamentalmente para probar o dar a conocer nuevos productos y/o servicios o modalidades de acceso, antes de imponérselas a la ciudadanía. Este instrumento supone algún nivel de consulta al ciudadano.

- Servicios de información

Los servicios públicos generalmente cuentan con sistemas o locales de información. Algunos de ellos han establecido sistemas de información telefónica o computacional gratuitos. Estos sistemas tienen la ventaja de facilitar el acceso masivo a información básica, liberando a su personal de tareas rutinarias y simples para destinarlo a la resolución de problemas más complejos.

- Otros instrumentos de formación

Las charlas, talleres o seminarios de formación son también instrumentos de información, extensión y capacitación. Sin embargo son apropiados para habilitar a la ciudadanía cuando están dirigidos a grupos objetivos reducidos.

- b) Mecanismos de consulta

- Encuestas

Las encuestas permiten recoger y procesar en forma sistemática, la opinión de una gran cantidad de personas que forman parte de una población más o menos heterogénea (una comunidad) o dispersa en un área territorial. Puede realizarse a través de distintos instrumentos, tales como, cuestionarios escritos que se autoadministran, cuestionarios aplicados por encuestadores, comunicaciones telefónicas a una muestra seleccionada o a personas que espontáneamente responden a consultas efectuadas por los medios de comunicación de masas. Según la metodología de diseño y de aplicación de una encuesta, ésta puede ser más o menos representativa de la opinión de un determinado universo, y variará en sus grados de confianza y consistencia.

Las encuestas pueden servir también para una medición continua de determinados indicadores, lo que permite realizar un seguimiento de los resultados de determinadas políticas y evaluar la calidad de la gestión.

- Grupos focales

Los grupos focales reúnen a conjuntos pequeños de ciudadanos que comparten una característica determinada (edad, sexo, grupo étnico, historia clínica, etc.) para discutir acerca de un producto, un servicio o un problema. Permite determinar las percepciones, estados de ánimo y actitudes o predisposiciones a la acción, cuando no hay opiniones o preferencias elaboradas sobre un tema en particular.

- Contacto con el ciudadano

Se establece un sistema de contacto directo con los usuarios de un servicio a través de la “observación participante”, esto es la instalación del personal directivo en áreas de recepción de público, para escuchar y observar a los clientes, así como para preguntar al personal de primera línea en la atención, que han escuchado de los clientes y cómo se podría mejorar el servicio.

- Entrevistas

Las entrevistas se realizan a determinadas personas, líderes o informantes calificados, para conocer con mayor profundidad las motivaciones, actitudes y expectativas de la gente frente a determinados problemas, así como a las medidas de solución.

- Buzones de sugerencia

Las sugerencias de los ciudadanos se pueden recoger a través las preguntas abiertas que se incluyen en encuestas a clientes. Pueden establecerse buzones específicos de

sugerencias en determinados lugares de un establecimiento. También, se pueden abrir casillas de sugerencias en los impresos que emplean los clientes para acceder o pagar por un servicio.

- Correo electrónico

Se establecen casillas electrónicas para que los ciudadanos puedan comunicarse directamente con distintas unidades o departamentos de una entidad pública. Se espera que los miembros del equipo respondan, dentro de un plazo dado, cualquier consulta. Los ciudadanos pueden conectarse a través de su propio computador o a través de terminales públicos ubicados en distintos puntos de la ciudad.

- Audiencias públicas

Este es un sistema de decisión que se aplica fundamentalmente a la toma de decisiones. Generalmente se asocia a la participación política pero puede ser utilizado en el proceso de determinación de prioridades de la administración de un servicio público bajo gestión local. El mecanismo consiste en un sistema de audiencias durante un período determinado para recoger opiniones y sugerencias de los ciudadanos frente a determinadas medidas (planes o programas, normas regulatorias, etc.).

- Consejos de ciudadanos

Este mecanismo de participación permite un contacto permanente entre el servicio y los ciudadanos y obtener retroalimentación de los usuarios particularmente respecto a iniciativas nuevas.

- Creación de órganos asesores o consultivos

Son órganos conformados por representantes de distintos sectores y/o agrupaciones de la ciudadanía, o por personas expertas, que emiten una opinión o un juicio fundado acerca de las consecuencias de una decisión determinada. También pueden plantear soluciones alternativas.

c) Mecanismos de queja o reclamo

- Buzones de queja y oficinas de reclamo

Son sistemas de registro de las quejas y respuestas a preguntas sobre la calidad de atención al usuario, se usan para mejorar la velocidad de respuesta de la entidad pública a las necesidades de los ciudadanos.

- Defensor del pueblo (Ombudsmen)

Este mecanismo de participación originario de la tradición escandinava es un sistema de defensa de los derechos del consumidor frente a la administración pública. Se establece un mediador a quien las personas pueden recurrir para hacer las denuncias y éste las presenta a las instancias y departamentos responsables del daño, para la adopción de medidas de reparación pertinentes.

d) Mecanismos que establecen garantías sobre el producto o servicio

- Compromisos o carta ciudadana

La carta ciudadana es un sistema de compromisos explícitos de los servicios públicos con los usuarios, que se implementó en el Reino Unido a raíz de las reformas a la administración pública a fines de los ochenta. Este mecanismo ha evolucionado desde compromisos nominales para una evaluación y control ciudadano del desempeño de los servicios públicos hacia estándares cuyo incumplimiento por parte de la administración otorga a los usuarios derechos de compensación.

- Establecimiento de convenios o contratos

Los convenios o contratos son mecanismos primarios a través de los cuales se establecen y regulan las relaciones de intercambio. Un contrato puede definirse como

un acuerdo voluntario entre las partes, mediante el cual se establecen compromisos de comportamiento futuro legalmente exigibles. Los convenios o contratos consisten en la descripción de tareas, derechos y obligaciones de cada una de las partes y generalmente definen criterios para la evaluación de su cumplimiento.

Los mecanismos de participación antes descritos se orientan fundamentalmente a recoger las demandas ciudadanas y establecer control sobre los servicios públicos desde una perspectiva de ciudadano - cliente. Bajo una mirada más amplia, de ciudadano – accionista, habría que agregar a los instrumentos anteriores, los mecanismos de participación que suponen poder compartido o delegado sobre las decisiones y los instrumentos de fiscalización y control.

e) Poder compartido o delegado

- Participación en órgano directivo

Este es un tipo de participación resolutive en la conducción de una organización que se implementa incorporando a los ciudadanos a las estructuras existentes a través de su presencia, en tanto usuario o representante de intereses especiales, en el órgano de dirección de la organización.

- Participación en la ejecución

Otra modalidad de participación en la toma de decisiones es la creación de órganos especiales de intervención de los ciudadanos en la ejecución de actividades. Esta modalidad de participación tiene generalmente fines consultivos (acercar la solución a las necesidades del usuario) o de fiscalización de las decisiones y del uso de los recursos.

- Participación en el financiamiento

Este es un mecanismo de participación que se asimila a la participación de mercado. Esta modalidad de participación se utiliza generalmente en el financiamiento de los servicios públicos (co-pago) y/o en la ejecución de inversiones públicas de uso comunitario o a nivel local (co-financiamiento de la inversión). La participación en el financiamiento tiene por objeto, en primer lugar, contar con un instrumento que permita jerarquizar los servicios y/o inversiones de acuerdo a las “preferencias reveladas” por la ciudadanía a través de su voluntad de co-financiamiento. Un segundo objetivo de este instrumento es generar un mayor control por parte de la ciudadanía del uso de los recursos públicos.

Este mecanismo de expresión de prioridades, sin embargo, puede discriminar contra los sectores de menores recursos que no pueden realizar un aporte financiero. Los mecanismos de mercado para el financiamiento de los servicios sociales tienen además una serie de limitaciones, como se señala en el Capítulo 2 de este documento.

f) Instrumentos de fiscalización y control

- Informes a los ciudadanos

El derecho ciudadano a ser informado sobre las decisiones públicas puede implementarse a través de diversos mecanismos tales como, publicación de resultados en la prensa escrita, o canales de comunicación electrónicos, informes, memorias y/o balances anuales a disposición de la ciudadanía en los propios servicios o bibliotecas públicas, hasta su distribución a los principales organismos comunitarios, gremiales o sociales.

- Contratación de auditorías o inspección

Un mecanismo de fiscalización asociado a decisiones o programas específicos es el derecho a contratación de auditorías o inspección por parte de la ciudadanía. Este derecho generalmente es ejercido en forma indirecta, ya sea a través de representantes de la ciudadanía (concejal) u organismos de control facultados para estos efectos, por ejemplo las contralorías o superintendencias.

## ANEXO N° 2

### PARTICIPACION EN LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD. LINEAMIENTOS Y ORIENTACIONES PARA LA ACCION

#### CUADRO N° 1 MODALIDADES DE PARTICIPACION EN LA ATENCION PRIMARIA

ACCION (Tipo de prestación)	MODALIDAD	INSTRUMENTOS	ACTORES	FACTORES CRITICOS
Promoción y prevención	Difusión masiva de información	Afiches, cartillas, medios de comunicación social, reuniones o asambleas.	Equipo de salud, usuarios de los servicios, comunidad en general, líderes de la comunidad.	Interés de las personas, acceso a canales de información, capacidad de comunicar necesidades.
Promoción y prevención	Educación comunitaria	Reuniones, talleres, seminarios, cursos y jornadas.	Equipos de salud, familias, monitores, grupos organizados según necesidades, organizaciones sociales.	Reconocimiento de necesidades y problemas de salud, disposición favorable a cambiar los estilos de vida, equipos idóneos en actividades educativas.
Resolución de problemas de salud específicos	Proyectos Locales de Salud y Promoción de la Organización	Creación de comités de trabajo, formación de grupos de autoayuda, diseño e implementación de proyectos de desarrollo local.	Equipos de salud, líderes comunitarios, organizaciones sociales, usuarios con problemas específicos de salud como por ejemplo enfermedades crónicas.	Percepción de la existencia de problemas comunes, capacidad de organización, presencia de líderes comunitarios, capacidad para movilizar recursos y habilidades de ejecución y evaluación de proyectos.

Fuente: Ministerio de Salud, 1994, “Trabajo Comunitario en Salud. Guía Técnica Metodológica”.



**CUADRO N° 2**  
**GUIA PARA UNA PLANIFICACION PARTICIPATIVA EN LA SALUD**

ETAPA	ACTIVIDADES	INSTRUMENTOS	ACTORES
Diagnóstico y Priorización	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición del universo</li> <li>- Formación de comisiones de trabajo</li> <li>- Recolección de la información</li> <li>- Definición de categorías de análisis</li> <li>- Elaboración de resultados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fuentes secundarias de información</li> <li>- Entrevistas</li> <li>- Observación</li> <li>- Encuestas</li> <li>- Trabajo en grupos o grupos focales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipo médico</li> <li>- Representantes de la comunidad o de grupos específicos</li> </ul>
Planificación de actividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selección de las actividades</li> <li>- Programación de actividades</li> <li>- Identificación de recursos necesarios</li> <li>- Asignación de responsabilidades</li> <li>- Diseño de instrumentos de control</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Selección de procedimientos de mayor costo-efectividad</li> <li>- Carta Gantt</li> <li>- Elaboración de presupuestos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipo médico</li> <li>- Representantes de la comunidad o de grupos específicos</li> </ul>
Ejecución, implementación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ejecución de las actividades según programación</li> <li>- Asignación de recursos</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitores</li> <li>- Grupos de autocuidado</li> <li>- Profesionales de la salud</li> </ul>
Evaluación y rediseño	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Determinación de etapas a evaluar</li> <li>- Aplicación de técnicas</li> <li>- Rediseño de actividades</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informantes claves</li> <li>- Encuestas</li> <li>- Observación directa</li> <li>- Grupos focales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipo médico</li> <li>- Representantes de la comunidad o de grupos específicos</li> </ul>

Fuente: Magendzo S. y Toledo M.I., 1992, “Planificación Participativa y Salud Comunitaria”