

CIUDADANÍA RURAL EN EL CONSEJO DE SALUD CAÑETE



Síntesis ejecutiva

Nombre	Consejo Salud Rural en la Comuna de Cañete
Comuna	Cañete
Región	VIII Región del Bío Bío
Organización	Servicio de Salud Arauco
Tipo de organización	Servicios Públicos
Tema	Salud
Actores	Población en general- Servicio de Salud - Municipio- Organizaciones sociales
Área	Rural
Nombre y cargo de la persona de contacto	Humberto Toro Vega. Encargado de Participación Social en Salud. Servicio de Salud Arauco
Dirección	Carrera 301. Lebu.
Fono-Fax	41-511860 anexo 290 / 41- 511860 anexo 257
Email	htorovega@hotmail.com

En mayo 2003 se constituyó el Comité de Salud Rural de Cañete y una Mesa de Diálogo, con la participación amplia de la comunidad. En ella están presentes el comité, el servicio de salud y la municipalidad. Esta iniciativa se orienta a:

- Crear mecanismos de participación y fortalecer la capacidad de la ciudadanía para participar en la toma de decisiones y en la elaboración de planes de salud;
- Fortalecer la capacidad del Comité de Salud Rural y de sus integrantes para elaborar y presentar propuestas de mejoramiento de la calidad y atención de la salud rural;
- Incrementar los apoyos y participación de la comunidad para la promoción y autocuidado en salud.

En conjunto, se han elaborado planes de acción para el fortalecimiento ciudadano y un plan estratégico de salud rural. También se logró:

- el mejoramiento de las relaciones entre las postas y la comunidad;
- acuerdo entre el comité, el SSA y el concejo Municipal para fijar prioridades de inversión de salud en las postas de cada una de las localidades;
- la organización del primer Congreso de Participación Social.

Se trata de una experiencia que conecta diversos procesos, uno encabezado por el Servicio de Salud de Arauco y otro, por el municipio y la comunidad organizada; ambos generaron condiciones para que los ciudadanos y las instituciones públicas se coordinaran, asumieran la responsabilidad de las decisiones y planes de salud en la comuna, en la línea de contribuir al mejoramiento de la calidad de la atención de la salud rural.

CIUDADANÍA RURAL EN EL CONSEJO DE SALUD CAÑETE

INICIATIVA IMPULSADA POR EL SERVICIO DE SALUD DE ARAUCO

LORENA CEA¹

1. Antecedentes y Descripción de la Iniciativa

1.1 Contexto

Al sureste de la Octava Región del Bío Bío, en el centro de la provincia de Arauco, se localiza la comuna de Cañete. Su nombre se deriva de su fundador don García de Mendoza, quien la bautizó con el nombre de uno de los títulos nobiliarios de su familia en España: Cañete.

De 766 Km² de superficie y 29.742 habitantes, con un 45,41% de población rural, Cañete se caracteriza por su pujante tradición agrícola-ganadera y por sus vastas atracciones turísticas como Museo Mapuche, Parque Nacional Nahuelbuta, lagos Lanalhue y Lleu-Lleu. Tributario de un gran acervo histórico-cultural, es también un importante centro de servicios para el radio provincial. Su economía está orientada al sector forestal, agropecuario y al turismo.

No obstante, la pobreza en Cañete alcanza a un 37,1% de la población total. En los sectores rurales de la comuna cohabitan tanto la población mapuche como chilena, en condiciones de pobreza y sub empleadas en las áreas forestal, agrícola y de la recolección de orilla de productos del mar. Los niveles educacionales no superan en promedio los 8 años de educación. Las comunidades rurales presentan un alto grado de dispersión geográfica, con problemas de urbanización en que varios sectores presentan serias dificultades para proveerse de sistemas de cloración de agua potable, y sin sistema de recolección de basura. Los niveles de participación, salvo donde hay tradición de organizaciones mapuche, son muy bajos.

La experiencia del Consejo de Salud Rural representa la visibilización de un instrumento que ha sido impulsado y potenciado en gran medida por la Unidad de Promoción y Participación Social (en adelante U.P.P.S.) del Servicio Salud Arauco (en adelante S.S.A.) en conjunto con el Departamento de Salud Municipal.

¹ Asistente Social, Lic. en Trabajo Social, Maestría (c) en Políticas Sociales y Gestión Local (Universidad Arcis), ha trabajado en diversos programas de promoción y desarrollo local. Se ha desempeñado en diversos ámbitos dentro de los que destaca el programa Redes de Innovación-FNSP.

1.2 Descripción del programa

1.2.1 Génesis y Desarrollo histórico de la experiencia

La génesis de la experiencia se puede ubicar en el marco del rediseño institucional impulsado por la dirección del S.S.A., y al mismo tiempo en las condiciones y factores locales derivados de un proceso de intervención desde el Departamento de Salud de la Municipalidad de Cañete, en particular desde la comprometida acción profesional que ve en la organización y en la asociatividad, la única base posible para encontrar canales efectivos de comunicación entre el aparato público y la sociedad civil.

Se trata de la conexión de dos procesos con orientaciones similares, pero direccionalidad distinta. En un caso se trata de un proceso de abajo hacia arriba, gestado en el departamento de salud municipal en conjunto con la comunidad; el otro, de arriba hacia abajo, proveniente del Servicio de Salud Arauco, quien establece una fuerte convicción por generar procesos de participación ciudadana. Esta convergencia no es sólo en orientaciones comunes para generar procesos participativos en el ámbito de la salud, sino también comparten una historia similar, donde se observan transformaciones institucionales y una fuerte identificación con la Reforma de Salud y la búsqueda de mecanismos para su implementación local.

En este sentido destacan por un lado las transformaciones a nivel provincial:

- El Servicio fue creado el 10 de enero del año 1997, y se encuentra emplazado en la capital de la provincia, Lebu. A inicios del año 2003, el S.S.A. inicia un proceso de rediseño institucional, a fin de hacer frente a los nuevos desafíos de la política de salud pública, la cual –en el marco de la reforma– busca reposicionar la participación ciudadana como un eje fundamental e íntimamente relacionado con el aumento de la calidad de la salud de las personas, con un mejoramiento de la calidad, equidad, eficacia y eficiencia de las prestaciones de servicios de salud y con una mejor entendimiento de los procesos de reforma de la salud en desarrollo.
- La U.P.P.S., creada por resolución exenta N°177, el 17 de febrero del año 2003, como parte del rediseño antes mencionado, representa la estructura que acoge los particulares desafíos y objetivos del Plan Nacional de Promoción de salud, pero con un especial énfasis en la operacionalización de uno de los cinco objetivos que este plan se propone y que es el de “fortalecer los procesos de participación ciudadana y consolidación de redes sociales”.

Por otro lado, se trata de una vinculación creciente entre comunidad y departamento municipal de salud, quienes tienen experiencia en la vinculación con organizaciones sociales.

En concreto se trata de la reorganización y conformación de los comités rurales, no sólo a niveles formales, sino sustanciales, con componentes de educa-

ción y capacitación. La instalación de este trabajo permite confirmar la nula conexión de la estructura “representativa” del consejo de salud vigente hasta ese momento y la comunidad rural en particular, por lo que claramente la estrategia de acción aún implícita va avanzando hacia la construcción de una nueva mirada del Consejo Rural de Salud y por tanto de una reestructuración del mismo. El consejo logra legitimidad en las instancias municipales, en la relación con el hospital y con la comunidad rural de Cañete.

Es este proceso el que poco a poco irá amalgamando el esfuerzo institucional de la dirección del S.S.A., que a su vez venía ya tejiendo las condiciones institucionales necesarias para configurar la experiencia que se documenta hoy y a su vez venía diseñando las acciones con objetivos coincidentes a los que empujaran la acción del D.A.S. Este actor que reaparece en la escena organizacional de la comuna de Cañete, es la Unidad de Promoción y Participación Social del Servicio de Salud. Es en los primeros meses de este año que esta unidad integrada por cuatro profesionales elabora un plan estratégico que busca una mirada mancomunada de los problemas de salud, de las estrategias necesarias para su abordaje, y el encuentro de actores institucionales (municipio, hospital, S.S.A.) y sociales (consejo rural, red de monitores de salud, organizaciones de la S.C.) desde una perspectiva democrática. También inician la etapa de reorganización y creación de comités y consejos de salud. Este nuevo abordaje, consecuencia del rediseño estratégico del servicio, va insertándose progresivamente en las comunas de Lebu, Curanilahue y Arauco, con proyecciones a corto plazo en otras comunas, entre ellas Contulmo.

En la comuna de Cañete, en un campo de convivencia municipal-servicio, se conjugan las competencias profesionales de un modo complementario y bajo una mirada común. En el marco de este trabajo comunitario de democratización y fortalecimiento de capacidades organizacionales, es que en conjunto, comunidad y estamentos públicos (municipio-S.S.A.) renuevan el reglamento de los comités de salud rural. Entre octubre y diciembre de ese año, el consejo avanza rápidamente en una apropiación de los temas de salud tanto a nivel de sus demandas como de los problemas propios de la gestión de salud, facilitada por una capacitación y educación informada de los mecanismos con los que funciona la institucionalidad de salud. En el plano municipal, por primera vez la autoridad comunal se sienta a escuchar y a dialogar larga y tendidamente con una instancia comunitaria verdaderamente representativa de las localidades rurales para tratar temas propios, en palabras del alcalde:

“...participación ha habido antes, de diversos actores, se trataba de demandas espontáneas en un modelo de relación tradicional, la disposición cultural era a negociar con el tejo pasado. Pero, aquí nos encontramos con una participación responsable, los planteamientos eran pertinentes, viables, se vislumbró entonces la posibilidad de trabajar conjuntamente, de modo progresivo” (refiriéndose a cómo vio los inicios del proceso).

1.2.2 Caracterización

El problema observado, diagnosticado y compartido entre profesionales, funcionarios y comunidad, es la escasa e inadecuada participación en los asuntos que conciernen a las políticas de salud; atención primaria, promoción, atención hospitalaria, necesidades sentidas en salud, recursos requeridos, mecanismos de gestión, entre otros aspectos sensibles para la vida cotidiana de las personas. Tal diagnóstico es fruto de diversos instrumentos entre los que destaca un diagnóstico participativo con los dirigentes de los comités de posta.

La U.P.P.S.² sustenta su plan de trabajo en el marco de un plan estratégico del servicio, por lo tanto, al indagar en esta fuente de información es más pertinente hablar de **estrategias** que de líneas de trabajo; dentro de éstas destacan:

- Reorganización y fomento de la asociatividad en las distintas comunas de la provincia, bajo los conceptos de: rediseño, reconceptualización y reinstrumentación (línea denominada como las tres R).
- Diseñar y entregar planes de capacitación donde se incluyan los saberes de la comunidad para la potenciación de las acciones de salud.
- Convocar y hacer partícipe a la comunidad en la creación de planes comunales de promoción de la salud, tanto en la detección de necesidades como en su ejecución y control.
- Fomentar el liderazgo en los consejos de desarrollo hospitalarios, en los de los consultorios y en los de los comités de las postas.

A las ya señaladas se agregan por otros actores, estrategias específicas que apuntan al trabajo con el mundo escolar, con grupos organizados para la protección del medio ambiente y otras de difusión y creación de espacios comunicacionales de opinión y debate.

Por su parte, el Servicio de Salud Arauco dispone de un programa de trabajo coherente con la estrategia de este consejo de salud, que contempla más de diez objetivos específicos, de los cuales se mencionarán los más atingentes a la experiencia:

- Hacer más efectiva la participación de la comunidad en consejos de desarrollo y comités de salud.

² La U.P.P.S. genera un plan estratégico con una misión que la debe convertir en “un espacio abierto mediante el cual los miembros de la comunidad, individual y colectivamente, desarrollan la capacidad de asumir mayor responsabilidad para evaluar sus propias necesidades y problemas de salud, planificar y decidir respecto a sus soluciones, creando y manteniendo organizaciones que apoyen estas metas, objetivos y programas de manera progresiva”. La visión entonces, al reflejar esta misión busca “ser una comunidad líder y transformadora de nuestra realidad, que brinde espacios de encuentro, comunicación y fortalecimiento del sentido de pertenencia de sus grupos de base, que nos genere una cultura de convivencia, de diálogo activo y responsable en los procesos de planificación y toma de decisiones para el mejoramiento de la salud individual, familiar y comunitaria”. A partir de aquí se sustenta la estrategia en los principios de participación, educación, comunicación, compromiso, equidad y sostenibilidad. Extraído textualmente del documento interno: Propuesta de trabajo en el tema de “Participación Social” de la U.P.P.S.

- Fortalecer las capacidades de acción ciudadana de las organizaciones para participar y/o crear mecanismos de participación en los planes y decisiones de salud, formando parte de las acciones para mejorar la calidad de vida de la comunidad rural.
- Conocer logros y deficiencias en el trabajo comunitario de las distintas organizaciones sociales de la provincia, a fin de apoyar procesos de organización democrática pertinentes a la realidad.

Estas estrategias pretenden en el conjunto del plan, avanzar progresivamente desde el fortalecimiento de las bases hacia una estrategia de más largo plazo que permita incorporar al Consejo Técnico Administrativo del S.S.A. a representantes comunitarios legitimados, apropiados y empoderados, como consecuencia de los pasos dados en instancias locales.

1.3 Resultados y logros

A nivel de resultados propios de la gestión del Consejo Rural de Salud de Cañete, se pueden mencionar los siguientes:

- Generación de un espacio regular, formal y permanente de diálogo, negociación y decisión entre el Consejo de Salud Rural y la Municipalidad de Cañete, en instancias de discusión con el Concejo municipal y la D.A.S., para tratar los problemas de atención y acceso de la salud primaria. Este espacio permite al Consejo de Salud Rural participar, paulatinamente, en el proceso de toma de decisiones sobre recursos municipales orientados a salud, esto es, sobre las prioridades de inversión de recursos en salud en las postas de cada una de las localidades. Por ejemplo, y en lo concreto, en estos meses el consejo logró que el municipio y el S.S.A. renegociaran sus recursos a fin de propiciar una demanda de las localidades, la contratación de más horas de paramédicos en las postas; y, en el plano de la planificación del presupuesto anual, el consejo de salud sensibilizó e incidió en la decisión del concejo municipal para aumentarlo ostensiblemente de \$5.000.000 en el año 2003 a \$27.000.000 para el presente año.
- Cambios en la gestión hospitalaria general, a partir de propuestas concretas emanadas del consejo rural. Se menciona como ejemplo, los cambios evidenciados en los mecanismos de asignación de horas médicas, donde a partir del diagnóstico que los propios comités de postas, se redefine el rol del auxiliar de posta como gestor de horas médicas. Es así que el hospital compromete 10 consultas diarias, además de las de ronda habitual, a sectores rurales de lunes a viernes sujetos al filtro del auxiliar de posta.
- El consejo rural logra mejorar la coordinación hospital -D.A.S., en materia de tratamiento de hemodiálisis para pacientes rurales, como parte del objetivo de coordinar a ambas instancias de modo permanente.

Se pueden mencionar como resultados a nivel del servicio de salud y su estrategia amplia de incorporación de la participación al mejoramiento de la salud, los siguientes:

- Desarrollo de un foro provincial de trabajo que mancomuna las miradas sobre los problemas de salud primaria y secundaria y sienta las bases de una propuesta de participación social, donde asisten 250 representantes de la red de salud, O.S.C., red de instituciones públicas, autoridades regionales y nacionales y varios medios de comunicación. Este foro es parte de la planificación estratégica diseñada por la U.P.P.S., y le anteceden una serie de talleres y encuentros comunales que brindaron los insumos necesarios para una discusión provincial. Este primer foro buscó esencialmente generar intercambio de los procesos y experiencias de participación en salud en los distintos consejos de desarrollo de las comunas. Se tiene programado un segundo y tercer foro para este año y el siguiente, en la lógica de dar continuidad a los acuerdos y reflexiones.
- La constitución y democratización de los comités de salud rural, con representación efectiva y legitimada por sus asambleas de base, de las siete localidades rurales de la comuna de Cañete: Pocuno, Antiquina, Huentelolén, Lloncao, Pangueco, Llenquehue y Cayucupil, que en conjunto suman una población de 10.974 personas.
- Elaboración de un plan de acción ciudadano, en conjunto con los comités rurales de Cañete, como resultado del proceso de talleres con P.N.L., sobre la base de una metodología participativa que propone acciones viables tras un acertado enfoque de prioridades, donde su objetivo central es el establecimiento de alianzas estratégicas entre el municipio y los comités rurales de Cañete para el mejoramiento de la salud. A su vez, este plan conduce a la firma de una carta compromiso entre el consejo rural y la dirección de salud municipal.

2. Mecanismos de Funcionamiento

2.1 Concepto y operación

2.1.1 Innovación institucional

El marco institucional está dado, para la mayoría de las experiencias de salud, por los contenidos macros que emanan de las políticas de salud vigentes y por los contenidos políticos transversales de los gobiernos de turno. Es así que en este gobierno, el principal eje que atraviesa cualquier política ministerial, incluida salud y la agenda social en general, es *“la participación ciudadana en la gestión pública”*. No obstante, los propios desafíos de la nueva gestión pública contravienen la posibilidad de instruir centralizada y verticalmente la creación de estructuras o instancias que traduzcan, por ejemplo, el eje menciona-

do, a los niveles de acción regional, provincial y comunal. La vía es, y tal cual se señala en el programa de reforma y modernización del Estado, la posibilidad del rediseño de los procesos, y la promoción de buenas prácticas de gestión que deberían alentar a las instancias descentralizadas a generar modelos de gestión ad-hoc a las dinámicas locales y a los requerimientos políticos.

Hechas estas consideraciones, se puede establecer que el marco institucional del Ministerio de Salud que guarda relación con el desarrollo de esta experiencia, está dado por el programa de trabajo que la unidad de participación social contiene. Este alude a la reforma de salud como el nuevo escenario que redefine la relación entre los servicios y los usuarios, la que reposiciona la participación como un elemento clave del proceso. Esto de alguna manera se hace patente con el proyecto de ley de deberes y derechos de las personas en salud y con la Ley de Autoridad Sanitaria, que posibilita la creación de instancias de participación ciudadana. También esta unidad refiere a los tres ámbitos o esferas en las cuales la participación puede hacerse efectiva, una es la de la promoción de salud³, otra es la del control social de la gestión y prestación de servicios de salud y por último, la esfera que dice relación con el conjunto de acciones orientadas a entregar información y comprensión del proceso de reforma en general.

En consecuencia, la única forma posible en que la participación ciudadana, como norte predominante de la nueva gestión en salud, incorpora y genera un marco institucional descentralizado para ello, es a partir de un rediseño institucional. En el caso del S.S.A., es el director del servicio quien impulsa este proceso, en virtud de la urgente necesidad de brindar respuestas organizacionales a los nuevos marcos jurídicos, políticos y normativos. La lectura es que, tanto los desafíos ministeriales de salud en participación, así como el propio instructivo presidencial, no se ajustaban con el modelo de gestión institucional vigente. El asunto es: los servicios de salud no cuentan con un referente técnico-programático para abordar la participación social; es en el departamento de programa de las personas, de los servicios, donde tradicionalmente se aborda el tema de participación pero homologada y casi subsumida en el enfoque de promoción. En un marco así, no hay cabida para diseñar estrategias y ejecutar líneas de acción de fomento de la participación y el empoderamiento ciudadano. Esto es lo que lleva al S.S.A. a crear la Unidad de Promoción y Participación Social en Salud, y también a disponer para aquella un staff profesional y técnico-político (con la consecuente inversión de recursos, poco usual en estas materias) que, bajo la mirada desconfiada de muchos no sólo por el protagonismo que adquiere esta unidad en el servicio, sino por la presencia de perfiles funcionarios no vinculados ni en formación ni en experiencia al área biomédica, diseñan y ejecutan modelos de trabajo comunitario

³ Busca estimular la actuación de las personas, familias, organizaciones y comunidades, en el control social de los determinantes de la salud, la creación de espacios saludables, y en la materialización de los estilos de vida saludables.

de alto impacto que tienen el plus de la experiencia política y gremial, nutrida con metodologías innovadoras para el medio.

2.1.2 *Diseño y Estrategia de desarrollo de la experiencia*

a) En la dimensión macro-provincial: El diseño de la estrategia es el primer paso que permite que esta experiencia sea visible. Este diseño, que en rigor, tal como se ha señalado varias veces, es parte del rediseño interno del **servicio de salud**, crea dispositivos de intervención adecuados a cada realidad, configura un cuadro de mando integral como herramienta de control de gestión, y releva el concepto de capital intangible que debe ser conducido hacia la adaptación de los cambios más que a la compenetración de funciones descontextualizadas; que se acompaña de una fuerte inversión de recursos en capacitación de post-grado para sus directivos y de capacitación en general. En resumen, el diseño global propone una organización balanceada, capaz de hacer frente flexiblemente a los desafíos en este caso, de la necesaria participación ciudadana en la gestión de salud.

b) En la dimensión intermedia provincial: La **U.P.P.S.** basa su intervención en un plan estratégico que se traduce en la instalación de procesos reflexivos inicialmente en la comuna de Cañete y luego en las comunas de Curanilahue, Lebu, Arauco y Contulmo en torno a los problemas de calidad, equidad y gestión en salud, que perciben los consejos, los comités, los funcionarios de la salud municipal, los equipos del servicio, y la comunidad representada en organizaciones funcionales y territoriales, así como en torno a los problemas sanitarios y epidemiológicos que enfrentan. Esto desemboca en dos líneas de acción ya ejecutadas:

- El desarrollo de un diagnóstico con uso de metodologías basadas en la programación neurolingüística y que somete a los participantes a ubicarse desde distintas posiciones perceptuales para analizar los problemas. Esta estrategia general se adecua a las dinámicas locales y va definiendo procesos particulares, donde destaca el caso de Cañete por el impacto que tiene en el posterior desarrollo y fortalecimiento del consejo rural (en que la población rural alcanza a casi la mitad de la población total) que llega a incidir en la política de salud local tras su vínculo estratégico con el municipio en coordinación con el servicio de salud. En este sentido, la estrategia de la U.P.P.S. de vinculación con el municipio tiene por condición la democratización y fortalecimiento de los comités o consejos (el caso de Lebu) que se ligan por medio de la atención primaria a las D.A.S., a fin de aportar al proceso democrático de toma de decisiones y acuerdos en política de salud local.
- El desarrollo de un primer foro provincial de salud que trae insumos reflexivos y propuestas para el mejoramiento de la salud y el establecimiento de alianzas estratégicas en red.

c) En la dimensión microlocal de Cañete: Al momento de la articulación de la D.A.S. del municipio de Cañete y la U.P.P.S, se construye una ruta conjunta de trabajo, complementaria y potenciadora de los recursos que de ambas instancias provenían. La estrategia fue desde el inicio abordar la democratización formal y sustantiva de los comités y generar un proceso de reencantamiento, tal como ellos lo denominan, de “enamoramamiento con el cuento de la salud”, a nivel de comités, es decir de la comunidad, incluyendo funcionarios paramédicos cuyas disposiciones culturales mutuas hacían que se vieran como enemigos situados desde dos trincheras opuestas.

La estrategia pasa por una educación-informada, de motivación y acompañamiento, que busca resolver la vieja disputa entre el saber biomédico y el saber popular conjugando a ambos saberes dentro de la perspectiva neurolingüística, la que orientada en principios humanistas enfrenta las percepciones y las representaciones lingüísticas de las personas sobre la base de las experiencias e informaciones que estas traen, en este caso en salud, a fin de reinterpretarlas, re-conocerlas y encaminarlas hacia un protagonismo ciudadano para resolver temas de salud.

2.1.3 Proceso en curso

El servicio de salud, actualmente como parte de su planificación estratégica, formula y revisa continuamente con toda la red asistencial los compromisos de gestión y las metas consignadas en dicho plan y busca brindar excelencia en la gestión de salud por medio de modelos de trabajo en red que propendan a la identificación conjunta de los problemas y sus soluciones con los usuarios de salud.

Actualmente, la U.P.P.S. continúa los procesos de democratización de los consejos y comités de salud de la provincia y está culminando un largo proceso de capacitación de monitores en promoción de la salud, que conducirá a la constitución de estos como organización funcional incorporados a los consejos de desarrollo.

Respecto de la relación de la unidad del servicio con el Consejo Rural de Cañete en particular, y con los consejos democratizados en general, la experiencia se encuentra en una etapa de fortalecimiento de su institucionalización reflejado en las firmas de convenios para el traspaso de fondos a los consejos de salud de la provincia, por un monto de \$500.000. Dichos fondos deberán procurar el fortalecimiento de los consejos, la generación de escuelas de líderes y la capacitación de monitores, entre otros.

Se están también replicando los procesos inductivos y capacitadores en otras comunas de la provincia, para llegar a los resultados de empoderamiento y apropiación de los temas de salud tanto de las O.S.C. como de los funcionarios de la Salud. Este proceso de replicabilidad asume una lectura previa del contexto, de las variables sociopolíticas y espaciales que le definen.

2.1.4 Recursos humanos y materiales implicados en la experiencia

La Unidad de Promoción y Participación Social cuenta con cuatro funcionarios:

- Un enfermero, que coordina las líneas de promoción y participación social de la unidad, Magíster en Salud Pública;
- Una matrona a cargo de la línea de promoción;
- Dos facilitadores, con experiencia política, gremial y social, que traducen la línea de participación social, en dispositivos estratégicos y metodológicos como parte de la promoción (por ejemplo: Red de monitoras en Salud) e independiente de ésta (por ejemplo: democratización y capacitación de los comités de postas).

Además, a nivel de los comités, se cuenta con 7 auxiliares paramédicos que si bien no dependen del servicio, forman parte de la red asistencial que respalda el desarrollo de la experiencia en su doble dimensión: como actor involucrado y como funcionario, permitiendo una coordinación más fluida y facilitadora, a nivel técnico-profesional para el desarrollo de las líneas de trabajo del S.S.A.

A nivel de recursos financieros, la U.P.P.S. maneja en el ítem anual de prestaciones valorizadas (viáticos, movilización, logística, operación de acciones y actividades) un monto aproximado de \$25.000.000. Y a nivel de recursos financieros para el pago de honorarios un ítem anual de \$27.000.000.

2.1.5 Actores participantes

Los actores participantes son la casi totalidad de las organizaciones funcionales (formales e informales) y territoriales, de las 7 localidades rurales de la comuna, representadas en el Consejo de Salud Rural. Cada una de estas organizaciones tiene a un representante en la asamblea, y en cada directiva de comité queda muy bien reflejada la variedad organizacional: Grupos de mujeres, agrupaciones mapuche, juntas de vecinos, etc. También participan representantes de las instituciones religiosas y educativas, además de los propios paramédicos, que participan activamente en cada comité y que llevan a uno de ellos a la representación del consejo rural.

2.1.6 Relevancia en la gestión institucional y/o en la agenda local

A nivel institucional, la experiencia y en rigor la gestión del consejo rural, es relevante porque permite retroalimentar la acción de los establecimientos de salud, una prueba de ellos son los cambios efectivos producidos y por producirse, ya incorporados en la agenda de corto y mediano plazo del hospital, y obliga, en palabras de los propios directivos, al cumplimiento de los compromisos y objetivos propuestos. El consejo es en este sentido un referente de control ciudadano para la salud. Del mismo modo el propio servicio de salud, institución que empuja el desarrollo del consejo, recibe como respuesta de la nueva gestión de este, cambios en el plano de negociaciones convencionales

con el municipio para el traspaso de recursos, como efecto de la emergencia de este nuevo actor social.

A nivel local, la experiencia traspasa el ámbito temático de salud, ofreciendo un modelo de trabajo en los asuntos relativos a gestión participativa de recursos municipales transferible a otras áreas. Actualmente, para la región el tema de presupuestos participativos se releva cada vez más como una prioridad política del gobierno regional.

2.2 Espacios y mecanismos de participación

Las alianzas más relevantes son las que se han generado entre el S.S.A., el municipio y el Consejo de Salud Rural, pero no menos importante es la establecida con el hospital de base, desde el cual se ha impulsado la recomposición del Consejo de Desarrollo Hospitalario. Los espacios de participación están dados por:

- El Consejo de Salud Rural de Cañete en sí mismo, como espacio interno de deliberación, consenso y acuerdo de sus miembros, que a su vez actúan a nivel de los comités en la misma lógica de trabajo.
- Las mesas de trabajo donde participa el Consejo de Salud Rural, el Concejo Municipal y D.A.S., en reuniones regulares que buscan bajar los acuerdos y propuestas de las bases (los comités) para discutirlos y canalizarlos, para revisar regularmente los acuerdos previos (control ciudadano), para conocer y opinar en materia de presupuesto.
- El Consejo de Desarrollo Hospitalario de Cañete, el cual inicia una rearticulación de sus actores, apoyado por un proceso de fortalecimiento de la representación urbana, pero que actualmente opera con la representación clara del consejo rural, de la red de monitoras en fase de culminación de su proceso de capacitación y evidentemente de los funcionarios del hospital.
- El foro provincial, cuya primera versión (desarrollada en diciembre del 2003) sienta las bases de un diagnóstico de la participación en salud, y de una línea de propuestas para la incorporación de la sociedad civil en acciones de salud, para la coordinación intersectorial y para los acuerdos de la participación en los consejos de desarrollo comunales, por medio de firmas de compromiso entre autoridades sanitarias y líderes sociales.

Como ya se ha señalado, la incidencia de esta experiencia en política públicas al igual que sus resultados, puede ser leída desde dos niveles:

A nivel de la gestión pública:

- Sienta un precedente o genera un modelo de trabajo para los servicios de salud en materia de gestión participativa para la salud (creación de unidades, disposición de recursos, plan estratégico, destino de recursos para consejos).
- Introduce cambios verificables y objetivos en la gestión hospitalaria y deja canales abiertos para una progresiva injerencia del consejo en decisiones de la gestión global del hospital.

A nivel de asuntos públicos por parte de los ciudadanos:

- Cambios en los planes presupuestarios municipales destinados a salud.
- Cambios en la calidad y acceso en la atención de salud vía propuestas ciudadanas emanadas del consejo rural, y viabilizadas a través del D.A.S.

La consolidación de los vínculos institucionales se respaldan por documentos legales y por los precedentes que dejan las actas de reunión donde se establecen los diversos acuerdos y compromisos. Estos instrumentos van permitiendo el control y el seguimiento de los mismos, y consecuentemente modifican e introducen innovaciones en la gestión de salud.

Sin embargo, los vínculos también hacen su camino por la relación cara a cara que establecen las personas en representación de esa institucionalidad, y quizás eso le otorga un valor adicional al tipo de vínculos, cercanos, confiables y reposados que se establecen en experiencias locales como esta.

El grado de institucionalización -en el caso particular de esta experiencia - no tiene como variable el tiempo, sino más bien, el resultado, y desde ese punto de vista, en una escala de 1 a 5, su grado de institucionalización sería un 3. Respecto de esto, el propio alcalde se atreve a pronosticar que la institucionalización de mecanismos de participación en la comuna son procesos irreversibles, dada la relevancia progresiva que adquiere la ciudadanización de la política como respuesta al desencanto y desarraigo experimentado en estos últimos años por la sociedad civil, por los asuntos públicos.

Dentro de los efectos de la experiencia en los actores y en la institucionalidad, los más interesantes a examinar son:

- Los que nos hablan de un cambio de paradigma de la relación “Organizaciones de la sociedad civil (O.S.C.) - Estado”, léase del demandante (dirigente social) y el receptor de demandas (ente de salud). Este nuevo paradigma, lejos de lo que se pueda pensar, dista de la cooperación instrumental que suele construirse entre servicios públicos y ciudadanos, donde se presume una relación igualitaria de provecho mutuo, pero no deja de ser una relación clientelista por un lado y paternalista por el otro. Este nuevo paradigma, que aún no es claro ni está consolidado, opera sobre una plataforma cultural distinta, donde se desmonta la forma tradicional de relación con el Estado, donde se abandonan prácticas dirigenciales y donde lo que se busca es la profundización de relaciones informadas, transparentes y de toma de conciencia de co-gestión. En la experiencia del Consejo de Desarrollo de Curanilahue (expresión de replicabilidad del trabajo de la U.P.P.S.), el sacerdote integrante del consejo reflejaba muy bien este efecto cuando señalaba: *“cuando la institucionalidad se impone desde arriba la cosa no prende, pero cuando se construye colectivamente, entonces se generan compromisos”*.
- A nivel de los funcionarios, los efectos son para algunos más explícitos que para otros, pero en definitiva la sensación final se interpreta de igual for-

ma. La experiencia de trabajo conjunto desdobra al funcionario estatal, lo convierte a ratos en actor social del proceso, así como el actor social a ratos se siente parte de la institucionalidad de salud. El efecto de fondo es que esta experiencia entrega destellos, al menos en el plano local, respecto de lo difuso que puede ser el límite entre lo estatal y lo que es considerado como sociedad civil; a medida que el límite es más difuso, ambas esferas son una sola, una esfera de aleación para el consenso de lo público.

2.3 Sostenibilidad

2.3.1 *Debilidades y fortalezas de los procesos, de los actores y sus vínculos*

El análisis de los actores apunta a debilidades no a nivel interno del servicio, sino de la Red asistencial, provincial o regional. Una de ellas es la cultura organizacional que asigna poco valor al trabajo social-organizacional y por ende es proclive a no introducir cambios que modifiquen la inversión en este ámbito.

Como parte de las fortalezas se observa la voluntad y las decisiones institucionales que se están llevando a cabo, que contienen una clara mirada político-estratégica, la voluntad política del municipio y el contingente de recursos humanos con formación social.

2.3.2 *La reacción del medio*

La reacción inicial por parte de estamentos del municipio y del hospital, inicialmente fueron de extrema desconfianza, comprensible a partir de la experiencia de conflicto en que basaban su relación con la representación social encarnada en el consejo existente en la primera etapa. Esta reacción –que no fue de rechazo– transitó hacia una actitud de respaldo y colaboración con el desarrollo de la experiencia. La comunidad rural en general se muestra parte del proceso y por ende queda de manifiesto una actitud no sólo de respaldo sino de co-responsabilidad en el trabajo.

2.3.3 *Oportunidades, amenazas, facilitadores y obstaculizadores de la experiencia y estrategias para abordarlas*

Dentro de las oportunidades, aparecen claramente los instrumentos jurídicos normativos que le dan respaldo formal a la experiencia, tales como el instructivo presidencial y los instructivos emanados del ministerio dentro del marco de la reforma. Además, se consideran como oportunidades, la tradición asociativa de la provincia que ofrece condiciones para la organización y la participación activa de las bases.

Como parte de las amenazas relativas se aprecian el proceso electoral que se aproxima y la no existencia de una línea de financiamiento clara por parte del

ministerio, al trabajo de fomento de la participación ciudadana en la gestión de salud en términos amplios y no acotados a la promoción.

2.3.4 Proyecciones y perspectivas

Las proyecciones de esta experiencia están dadas, por un lado, por el arraigo que tiene en la institucionalidad, como parte del propio rediseño impulsado por la dirección del S.S.A. y por otro, por el efecto, sorprendentemente empoderador, que deja en los “usuarios de la salud”, representados en sus dirigentes, la participación de estos en consejos y comités democratizados. La replicabilidad en curso que conduce la U.P.P.S. con la misma estrategia de alianza interinstitucional e interestamental en las comunas pilotos, da cuenta del potencial expansivo que tiene la perspectiva lúcida de incorporar las particulares dinámicas locales en el proceso de democratización y reencantamiento de los comités y consejos de salud.

En términos de su perspectiva futura, la estrategia de democratización de los consejos de desarrollo en todas las comunas de la provincia, bajo el objetivo de introducir sustantivamente la participación en las decisiones de salud, busca desembocar en una representación democrática y legitimada de la ciudadanía en el Consejo Coordinador de Red Provincial, lo cual se espera concretar a fines de este año.

3. Aprendizajes

3.1 Ciudadanía y Vínculos Estado – Sociedad Civil

El desarrollo de ciudadanía en esta experiencia se ubica en el nivel deliberante. Dentro de este nivel, los estadios de desarrollo pueden ir desde los más emergentes hasta los más evolucionados, donde la práctica de deliberación en todos los asuntos es regular, habitual y está internalizada con mecanismos claros de control. No es el caso de la experiencia del Consejo de Salud Rural, si bien la experiencia muestra indicadores de construcción de una ciudadanía deliberante y allí hace su apuesta, la variable tiempo aquí sí es relevante para el análisis, pues el tiempo va incorporando una práctica democrática ausente por décadas en una forma inherente y natural de relación con lo público. En todo caso, no muchas experiencias impulsadas desde el aparato público pueden dar cuenta de una incorporación deliberante de la ciudadanía en la gestión pública y esta es una de ellas.

3.2 Innovación

La innovación, desde la perspectiva institucional, está en la creación de una unidad (de Promoción y Participación Social) que destina profesionales de conformación interdisciplinaria para la operacionalización del objetivo de participación en salud que forma parte del Plan Nacional de Promoción de Salud y

que monta un plan estratégico, que incluye la democratización de los comités y consejos de las comunas de la provincia e instala dispositivos de capacitación y acompañamiento con enfoques no tradicionales de análisis de los problemas.

Se releva también como innovador, la perspectiva que atraviesa a las estrategias de intervención y que se acuña desde la dirección del servicio, respecto de que la salud debe transformarse en un actor social para vincularse con el municipio y virtualmente participar de las decisiones locales. La convencional relación de supervisión que los servicios establecen con los municipios en materia de salud primaria, donde el primero entrega lineamientos técnico-metodológicos y traspasa recursos y el segundo los administra en conjunto con los del presupuesto Municipal, no son suficientes para el desarrollo de una interlocución permanente. El municipio, en su calidad de actor político, tiende a no examinar los contenidos sociales de los diversos sectores que aglutina en su institucionalidad, salud, educación, vivienda, etc.; por lo tanto, el contenido innovador de esta experiencia, en este sentido, es la construcción de un actor social en salud al interior del municipio: el Consejo de Salud Rural de Cañete. Indirectamente entonces, ambos estamentos públicos se inciden mutuamente por medio de este actor social.

3.3 Factores claves para el desarrollo de la experiencia

Factores claves que incidieron en su gestación:

- La decisión de la dirección del S.S.A. de emprender un rediseño estratégico del servicio.
- La voluntad política del municipio, del alcalde, del concejo, del D.A.S. y de la DIDECO por abrirse a nuevos espacios de co-construcción de una política local de salud.
- La tradición asociativa de la provincia en general, con matices y énfasis según las comunas que propiciaron el desarrollo de un foro masivo y representativo que sienta las bases de propuestas y reflexiones para la construcción de estrategias provinciales de participación en salud.

Los factores claves para su continuidad son:

- Continuidad en el proceso de fortalecimiento, democratización y reencantamiento de los comités de salud.
- Profundización de las metodologías innovadoras (para no asignarles resultados mágicos por el solo hecho de su aplicación) y adecuación a los escenarios comunales.
- Urge una sistematización y una mirada integral de todo el proceso para establecer las conexiones necesarias entre lo macro, lo intermedio y lo micro. El potencial de aprendizaje va en relación directa con este último punto, a fin de reconstruir el proceso y explicar ponderadamente los factores que propiciaron el desencadenamiento de las etapas, de los cruces institu-

cionales, de las condiciones que se requirieron para su visibilización y posterior impacto local.

4. Conclusiones

Al concluir, conviene subrayar una vez más que la experiencia del Consejo de Salud Rural de Cañete resulta del desencadenamiento de condiciones, alianzas, innovaciones, voluntades e inteligencias, todas favorables, que no suelen darse habitualmente entre actores institucionales y sociales, y por ese motivo la experiencia no permite una lectura lineal ni causal, ni unidimensional.

La explicación de los avances que Cañete nos muestra hoy en materia de salud, la encontramos desde distintos afluentes parciales que desembocan a un todo, pero donde todos coinciden que el presente y el futuro se representa en la emergencia de una ciudadanía activa que canaliza el consejo rural.

El aporte más relevante e innovador de la experiencia, es la generación de un proceso conceptual y metodológicamente emanado desde una institución pública descentralizada de salud, como es el Servicio Salud de Arauco, cuya apuesta innovadora fue la de crear una instancia, en este caso la Unidad de Promoción y Participación Social, e incorporar en ella los recursos técnicos, humanos y financieros necesarios para instalar dispositivos de intervención estratégicos y con enfoques situacionales que desataran de manera efectiva y eficaz modelos reconceptualizados de comités y consejos de salud en la provincia. Este modelo en definitiva, ha tenido como consecuencia la democratización y la gestión participativa competente de un consejo de salud rural en la comuna de Cañete, y que constituye la experiencia que el servicio nos muestra como un ejemplo visibilizado y con indicadores claros de impacto. Se suma a lo anterior, las auspiciosas proyecciones de la experiencia avalados por un modelo que permite su replicabilidad y que es capaz de transferir aprendizajes, donde Curanilahue es hoy un buen ejemplo de ello.

Para finalizar, se sintetiza la experiencia a través de un análisis de sus Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas:

Fortalezas

- La voluntad de la dirección y las decisiones institucionales que se están llevando a cabo, que contienen una clara mirada político-estratégica acerca de cómo abordar la participación en la gestión de la salud.
- La voluntad política del municipio, que se pondera más como fortaleza que como oportunidad, ya que se les reconoce como un actor directamente involucrado y parte del proceso de trabajo. De hecho, en la práctica una miembro del Consejo es la representante de las paramédicas de postas, y estas son funcionarias municipales.
- Contingente de recursos humanos con formación social.

Debilidades

- La cultura organizacional asigna poco valor al trabajo social-organizacional y, por ende, es proclive a no introducir cambios que modifiquen la inversión en este ámbito.

Oportunidades

- La no existencia de una línea de financiamiento clara por parte del ministerio, al trabajo de fomento de la participación ciudadana en la gestión de salud en términos amplios y no acotados a la promoción.

Amenazas

- Los instrumentos jurídicos normativos que le dan respaldo formal a la experiencia, tales como instructivo presidencial y los instructivos emanados del ministerio dentro del marco de la reforma.
- La tradición asociativa de la provincia que ofrece condiciones para la organización y la participación activa de las bases.