



Universidad
ARTURO PRAT
del Estado de Chile

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES

Formas de Participación Ciudadana generadas por la implementación del Modelo de Salud Familiar y la Agenda Pro Participación Ciudadana en el Hospital Comunitario Salud Familiar “Dr. Héctor Reyno Gutiérrez” de la comuna de Alto Hospicio, I región de Tarapacá, Chile, período 2007-2010.

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
TRABAJO SOCIAL**

Alumnas:

María Angélica Garcés Pardo.

Camila González Arcos

Deisy Mamani Ticuna

Profesora Guía: Loreto Castillo Collado.

Profesora Lectora: Patricia Varela Gangas.

IQUIQUE – CHILE

2012

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

Dedicatorias:

- ***María Angélica Garcés Pardo.***

Agradezco a:

La compañía desde un principio en esta etapa, a mi amor genuino, mi inspiración más profunda y trascendente...mi hija "Amy", la cual me invita a soñar cada día y sentir que disfrutar de la vida desde la simplicidad, es lo más maravilloso que puede existir. La que con una sonrisa alegra mis días y me motiva a seguir perseverando y esforzándome por un futuro prometedor en familia. La que me enseña a aprender a vivir intensamente y a intentar ser mejor cada día, todo desde su amor inmensurable, su inocencia y su pequeña gran sabiduría.

A mi padre, un gran hombre, al cual admiro desde lo más profundo de mi corazón, gracias por acompañarme de una u otra forma en este proceso; por su apoyo incondicional frente a todas las situaciones que han surgido, por su amor de padre, especial y único, por ser mi soporte fundamental para desarrollar mi proceso como ser humano y como estudiante, sobre todo en esta etapa universitaria.

A mi madre, quien me regaló la vida...que contribuyó de una u otra forma a mi formación como persona, como mujer y madre. Le dedico este término de etapa y le muestro el comienzo de una nueva...para que me contemple gratamente desde el paraíso donde se encuentra y me acompañe en todo siempre.

A mis hermanos, que me inspiran y me entregan motivación, para ser su ejemplo, enseñándome desde su forma de ser, a vivir la vida, con simplicidad con alegría...los admiro por su entereza frente a las adversidades.

A mi compañero, mi apoyo incondicional: "Jorge" quien con su gran amor, ha sido un soporte emocional en mi proceso, gracias por estar ahí siempre, en mis necesidades, en mis alegrías, mis tristezas, mis rabias...en fin en todos mis momentos y el cual espero siga acompañándome en mis próximas etapas.

A mis compañeras que me acompañaron en esta etapa universitaria desde el valor de la amistad. En especial a, Camila y Deisy, por enseñarme desde su experiencia y retroalimentarme desde el aspecto emocional y académico, gracias por los momentos vividos en el transcurso de estos años... serán guardados en el baúl de los recuerdos gratos.

Y en general, incluyo a todas las personas que han contribuido al término de esta etapa de una u otra forma...

- ***Camila González Arcos.***

A mis padres: Que han sido un pilar fundamental en mi vida, entregándome apoyo incondicional frente a todas las etapas con las que me eh tenido que enfrentar. Además porque siempre me tuvieron fe, por sobre todo, mostrándome tanto con palabras como con actos el sentido de perseverancia, y de superación. Además agradecer los valores que me han entregado en la vida, en la cual han sido apoyo para poder filtrar los episodios que me han tocado protagonizar. Gracias a ustedes estoy aquí, gracias a ustedes eh terminado esta etapa, gracias a las herramientas que me han entregado, gracias por permitirme alcanzar esta gran meta, que quiero seguir para poder contribuir a mejorar con un grano de arena este sistema, tal como ustedes me lo han mostrado desde sus actos cotidianos en la vida.

A si también quiero agradecer a mis hermanas, a mi hermana mayor, por mostrarme las etapas que devienen en la vida, y sus consejos de cómo enfrentarme a algunos episodios de la vida. Y a mi hermana menor por dejarme ser su ejemplo, y a la vez aprender de sus fortalezas.

A mis compañeras, a todas aquellas que estuvieron en forma cercana en mi periodo universitario, ya sea las que compartí en Valparaíso como en Iquique, que me mostraron y apoyaron, en mis momentos no solo académicos sino que en todos los ámbitos de la vida, las cuales las valoro como hermanas (o) de la vida, y quiero agradecer en especial, a Carolina y Roxana, gracias chicas por estar ahí, por dejarme compartir esta etapa, tanto universitaria como también de espacios recreativos, en las cuales me permitieron tener mis más bellos recuerdos de este periodo. Y en especial quiero destacar el acompañamiento de este última tarea universitaria que son a mis compañeras y amigas de tesis, a Deisy; gracias por aprender contigo como enfrentar ciertas situaciones de la vida,

por saber escuchar y por saber aconsejar, gracias por mostrarme con ejemplos concretos la predisposición de ayudar y el lado bondadoso que cada uno tiene.

También a María Angélica; la cual me mostro con ejemplos vivos, la mujer resiliente que cada una tiene consigo, gracias por mostrarme con ejemplos la perseverancia y la motivación de ser siempre alguien que puede rendir y cumplir.

Además agradecer, a todas aquellas personas que pasaron a lo largo de mi vida, gracias por permitirme compartir con ustedes, y enseñarme los aspectos que tiene la vida, por ser mi universidad de la vida.

- ***Deisy Mamani Ticuna***

A mi padre, quien ha sido sujeto de admiración, pues es un luchador que me ha enseñado a ser perseverante y fuerte frente a los obstáculos para no rendirme fácilmente.

A mi madre, quien con su cariño y apoyo incondicional ha sido un gran pilar en mi vida y en mi proceso de aprendizaje personal y académico.

A mis hermanos, que me han ayudado a guiar mi camino en la vida, gracias por cuidar de mi desde que era una niña.

A mis amistades, en especial a Camila y Mary, que me entregan alegría y alivianan mi carga emocional, me escuchan y son capaces de mostrarme una visión crítica de las situaciones que vivo.

A mis primas, Yely y Vero que han estado conmigo en todo momento, por su infinita comprensión y compañía las quiero.

Agradecimientos:

A nuestros profesores, los cuales nos transmitieron a través de sus pedagogías conocimientos y transmisión de experiencia de la loable labor de un Trabajador Social. En especial, queremos agradecer a la Profesora Guía Loreto Castillo Collado gracias por su grato acogimiento y sus asertivas orientaciones en el proceso de nuestra vida universitaria. Asimismo agradecer la colaboración de a la profesora lectora Patricia Varela.

A los Dirigentes Sociales y comunidad adscrita al HCSF, en especial a los Dirigentes Sociales, los cuales demostraron predisposición y motivación como seres humanos y desde su experiencia en participación ciudadana, destacando en ello a Don Carlos Venegas y la Sra. Ruth Vilca.

Al Hospital Comunitario de Alto Hospicio “Dr. Héctor Reyno Gutiérrez” por facilitarnos el acceso a insumos informativos, que contribuyeron a nuestra investigación, gracias por permitirnos profundizar en esta bella labor humanitaria y holística.

Al Servicio de Salud de Iquique, por su predisposición a brindarnos material bibliográfico, entre otras instancias colaboradoras de nuestro proceso.

INDICE

TEXTO	413
-------------	-----

DEDICATORIAS

AGRADECIMIENTOS

CAPÍTULO I: PROBLEMATIZACIÓN

Introducción Capítulo I: problematización	10
1.1 Planteamiento del Problema	11
1.2 Antecedentes	18
1.3 Justificación.....	32
1.4 Pregunta de Investigación.....	34
1.5 Objetivos	34

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Introducción Capítulo II: Marco Teórico	35
2.1 Planteamiento Teórico : Teoría General de Sistemas.....	36
2.2 Desde la perspectiva Teoría - Praxis	42
2.3 Conceptualización del Fenómeno	45

CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO

Introducción Capítulo III: Marco Metodológico	50
3.1 Tipo de Investigación	51
3.2 Técnicas.....	52
3.3 Unidad de Análisis.....	54
3.4 Categorización de las variables.....	55
3.5 Plan de Análisis.....	58

CAPITULO IV: ANÁLISIS

4.1 <i>Análisis Documental</i>	60
- Derecho ciudadano a la Información pública	60
- Gestión pública participativa	65
- Fortalecimiento a la sociedad civil	75
- No discriminación y respeto a la diversidad.....	76

4.2 Análisis Cualitativo (Bitácora).....	81
4.3 Análisis de Discurso.....	82
- Instrumento FocusGroup	82
- Percepciones sobre concepto de Participación	85
- Instancias de Participación	90
- Categoría: Derecho Ciudadano a la Información Pública	95
- Categoría: Gestión Pública Participativa.....	104
4.4 Análisis de Contenido.....	119
Instrumento de Entrevista Enfocada	119
➤(Entrevista enfocada a encargada de área de Participación Social)	
- Derecho Ciudadano a la Información Pública	121
Conceptualización.....	121
Mapa Conceptual	125
Interpretación	126
- Gestión Pública Participativa	127
Conceptualización	127
Mapa Conceptual	132
Interpretación	133
- Fortalecimiento de la Sociedad Civil	134
Conceptualización.....	134
Mapa Conceptual	137
Interpretación	137
- No Discriminación y Respeto a la Diversidad	139
Conceptualización.....	139
Mapa Conceptual	146
Interpretación	147
Instrumento de Entrevista Enfocada	148
➤(Entrevista enfocada a miembros del Consejo de Desarrollo)	
- Derecho Ciudadano a la Información Pública	149
Conceptualización.....	149
Mapa Conceptual	153
Interpretación	154
- Gestión Pública Participativa	156
Conceptualización	156

<i>Mapa Conceptual</i>	168
Interpretación	169
- Fortalecimiento de la Sociedad Civil	171
Conceptualización.....	171
<i>Mapa Conceptual</i>	175
Interpretación	176
- No Discriminación y Respeto a la Diversidad	177
Conceptualización.....	177
<i>Mapa Conceptual</i>	180
Interpretación	181

CAPÍTULO V: TRIANGULACIÓN

- Categoría: Derecho Ciudadano a la Información	
Triangulación entre la Agenda Pro Participación Ciudadana y el Eje Derecho Ciudadano a la Información Pública	182
- Categoría: Gestión Pública Participativa	
Triangulación entre la Agenda Pro Participación Ciudadana y el Eje Gestión Pública Participativa	206
- Categoría: Fortalecimiento de la Sociedad Civil	
Triangulación entre la Agenda Pro Participación Ciudadana y el Eje Fortalecimiento de la Sociedad Civil	240
- Categoría: No Discriminación y Respeto a la Diversidad.	
Triangulación entre la Agenda Pro Participación Ciudadana y el Eje No Discriminación y Respeto a la Diversidad	245
- Respuesta a la Pregunta de Investigación.....	255

VI.- Conclusiones	256
--------------------------------	------------

VII.- Aportes al Trabajo Social	262
--	------------

VIII.- Bibliografía	264
----------------------------------	------------

IX.- ANEXOS

- Anexo 1: Revisión Documental	267
- Anexo 2: Transcripción de FocusGroup.....	319

- Anexo 3: Transcripción de entrevista enfocada a encargada del Área de Participación Social HCSF 358
- Anexo 4: Transcripción de entrevista enfocada a miembros del Consejo de Desarrollo 378
- Anexo 5: Registro Fotográfico de Técnica FocusGroup 407
- Anexo 6: Registro Fotográfico de Técnica Entrevista Enfocada a los Dirigentes..... 411
- Anexo 7: Registro de asistencia FocusGroup 412
- Anexo 8: Registro de asistencia Entrevista enfocada Consejo Desarrollo.. 413

Introducción Capítulo I: Problematización

En este apartado se expondrá la Problematización de esta investigación que contextualiza y expresa la evolución del proceso de Salud- Enfermedad en Chile. Principalmente, por medio de la integración de la Reforma del 2004 y la creación de la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión en el 2005, la cual explicita las modificaciones y reorientaciones de las Políticas Públicas al incorporar como sustento y fundamento el Enfoque de Derechos. Asimismo, se presentan los Marcos Orientadores que contemplan esta Ley; que son: *Sistema de Protección Social, Enfoque de Determinantes Sociales, Modelo Comunitario de Salud Familiar y Agenda Pro Participación Ciudadana*. Los que se dirigen a cumplir con la efectividad del enfoque de derechos. También, se determina el requerimiento expreso de la Reforma, que es la participación ciudadana; en base a la Norma General de Participación ciudadana en la Gestión Pública, la que es considerada como un derecho humano, un determinante social y una estrategia política que fortalece una relación horizontal entre la ciudadanía y los equipos de salud.

Por otro lado, se expondrán los antecedentes, los cuales contemplan experiencias de Participación Ciudadana a nivel Global, en Latinoamérica y en Chile. Desde un ámbito más específico, los hallazgos del HCSF.

En base a lo anterior, se generará la pregunta de investigación que será de gran relevancia para responder a las interrogantes científicas que originaron la realización de esta investigación. Asimismo se establecerán los objetivos generales y específicos que sustentan lo que se requiere investigar, que es la participación ciudadana desde el Modelo de Salud Familiar y la Agenda Pro Participación Ciudadana (2006-2010) que se genera en el HCSF, desde la percepción de los actores sociales involucrados en el proceso.

CAPÍTULO I: PROBLEMATIZACIÓN

1.1 Planteamiento del Problema.

- *Antecedentes generales de la relación: salud - enfermedad*

La relación de dependencia del hombre primitivo con respecto a su medio ambiente y su deseo de comprender la realidad, superando las creencias y prácticas socioreligiosas mediante la observación directa de los fenómenos naturales, explican el nacimiento de la primera formulación del proceso salud-enfermedad: la interpretación ambientalista. Según esta explicación, la enfermedad es consecuencia del desequilibrio que se establece entre los factores ambientales (aire y agua, comida y bebida etc.) y los factores naturales que determinan el funcionamiento del cuerpo humano.¹

En cambio la nueva explicación de la enfermedad desde la Salud Pública va más allá de la comprensión de la biología humana, se concibe al hombre como fuente de enfermedad y reconoce la importancia de aquellos aspectos sociales de los problemas de salud que son causados por los estilos de vida², lo que aspira a entender los determinantes sociales de la salud que incluye al desarrollo humano y al bienestar.

Esta mirada biopsicosocial, ha requerido una nueva forma de plantearse la salud respecto a sus intervenciones y tratamientos, lo que se ha legitimado a través de la reformulación de las Políticas Públicas desde las determinadas Reformas en nuestro país.

Por lo que, a través del proceso de modernización del Estado y de las Reformas se ha requerido del fortalecimiento de la participación ciudadana en los asuntos públicos, lo que representaría una condición indispensable para la facilitación de una ciudadanía democrática y una Gestión Pública moderna, lo que permitiría limitar y controlar el poder del Estado, estimulando el compromiso y la solución de las demandas sociales.

- ¹Aparicio V. - Bes C.- Mazarraza L. Merelles A. - Sánchez A. Moreno- Sánchez A. García, "*Salud Pública y Enfermería Comunitaria*", Editorial Mc Graw Hill, 2ª edición Vol. I, Madrid- España, año 2000, pp 5.

- ²Frenk Julio "*La salud pública de la población*" Editorial Ciencia para todos, México, año 2004, pp 54.

Con tal condición, la participación ciudadana en salud debe reflejar una nueva forma de relación del Ministerio de salud con la ciudadanía, basado en el reconocimiento del valor del otro, así como de su conocimiento, para cambiar la óptica asistencialista en salud que tradicionalmente se ha señalado a la forma de relación entre técnicos en salud y ciudadanos.³

- *Reforma de Salud (2004) - Ley N° 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión (2005)*

En Chile la última Reforma de Salud dictaminada en el año 2004, realza la Salud Pública y sus funciones dentro del Sistema de Protección de la Salud en Chile. Estableciendo Mandatos y una Institucionalidad propia, en la Ley N° 19.937⁴ de Autoridad Sanitaria y Gestión, promulgada el 1° de Enero del año 2005.

Por medio de esta Ley, se generan distintas modificaciones y reorientaciones en las Políticas Públicas incorporando como sustento y fundamento el Enfoque de Derechos⁵.

Este enfoque, se orienta a superar la tradicional respuesta de satisfacción de necesidades, ampliando y profundizando la concepción de ciudadanía al promover una nueva relación entre Estado y sociedad civil, en la cual las personas en tanto ciudadanos pasan a ser sujetos titulares de derechos exigibles. Por lo que se establecen aspectos fundamentales de la relación de los ciudadanos con el sistema de salud. Lo que se explicita a través del Proyecto de Derechos y Deberes de las Personas⁶.

En este proyecto se contemplan los siguientes derechos y deberes:

- Derechos: Trato digno, acceso a la información, autonomía del usuario (consentimiento informado), regulación a la investigación clínica, consultas, reclamos y participación de los usuarios.

- ³ Departamento de Promoción de Salud y Participación Ciudadana, División de Políticas Saludables y Promoción de Salud, Ministerio de Salud "Documento de Trabajo 2009, Aportes a la Gestión Pública Participativa en Salud", Chile, año 2009, (pp7)

- ⁴ Artículo N° 25, Ley N° 19.937 "Autoridad Sanitaria y Gestión", promulgada el 1° de Enero del año 2005, Chile.

- ⁵ Op.cit. 3 (pp. 7)

- ⁶ Méndez Claudio- Vanegas Jairo "La participación social en salud: el desafío de Chile", Opinión y análisis, año 2010 pp. 146(En línea) <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n2/a09v27n2.pdf>. Revisada el 09/10/2010 a las 11:06.

- Deberes: Respeto por parte de los usuarios hacia el equipo de salud y la responsabilidad que los ciudadanos asumen al momento de solicitar y recibir atención de salud por parte de una Institución Sanitaria.

Es por ello, que el Estado para el cumplimiento del Enfoque de Derechos requiere cumplir un Rol Facilitador de la participación ciudadana, a través de la capacidad de proponer objetivos sociales, dirigir su materialización, evaluar permanentemente su logro, mantener una información completa, actualizada, transparente acerca de resultados obtenidos y en base a ello corregir imperfecciones, reforzar áreas y modificar instrumentos.⁷

De acuerdo a esto, requiere asumir un rol de Estado Regulador, como la capacidad de ordenar, articular equilibrar en función del bien común.⁸

Lo que conlleva un cambio político, cultural, económico y social. Generando sistematizar las estructuras, delegando responsabilidades a los Sistemas de Salud a nivel local y a sus comunidades determinadas, promoviendo de esta forma los niveles de costo efectividad y la organización de los agentes sociales.

A su vez, en esta Ley, se explicitan los principales cambios que apuntan a la promoción de la salud como una de las estrategias importantes de acción que aporta a los objetivos sanitarios, los que contribuirían a lograr una población más saludable, participativa y consciente de sus derechos y deberes.

Asimismo para el ejercicio de esta ley, se contemplan Marcos Orientadores para que la participación en Políticas Públicas logre efectividad, se refuerce el Enfoque de Derechos y se incorpore la participación ciudadana en la Gestión Pública de Salud; los cuales se denominan:

- 1) **Sistema de Protección Social**⁹ el que integra el Enfoque de Derechos a lo largo del ciclo de vida, sustentado en un nuevo enfoque de Políticas Sociales y de la responsabilidad del Estado.

- ⁷Op.cit. 3 (pp. 15)

- ⁸Op.cit. 3 (pp. 15)

- ⁹Op.cit. 3 (pp. 17)

- 2) **Enfoque de Determinantes Sociales**¹⁰ en salud, que supone habilitar a los ciudadanos y ciudadanas en el ejercicio de poder para decidir sobre los determinantes sociales que condicionan el nivel de salud o de bienestar.
- 3) **Modelo Comunitario de Salud Familiar**, el que busca satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad) y garantizar su estado futuro, ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones.¹¹
- 1) **Agenda Pro Participación Ciudadana**¹² (2006-2010), la que consagra una serie de instrumentos orientados a generar espacios para una Gestión Pública Participativa lo cual ha implicado el establecimiento de un nuevo vínculo entre las autoridades y la ciudadanía, los lineamientos de Política Pública para promover la participación, el ejercicio de los derechos ciudadanos, el asociacionismo y el respeto a la diversidad.

Esta Agenda se integra de cuatro ejes que son los siguientes:

4.1.- Derecho ciudadano a la información pública

En este eje se estipula que el Estado, al reconocer el derecho a la información, se obliga a mantener espacios y sistemas informativos de calidad para las consultas de las personas sobre sus beneficios y oportunidades sociales, para la publicidad y conocimiento ciudadano de los actos o resoluciones de la administración.¹³

4.2.- Gestión Pública Participativa

En este eje se concierne que el Estado, porque reconoce a las personas el derecho a participar en las decisiones de interés público, debe crear o fortalecer,

- ¹⁰Op.cit. 3 (pp. 18)

- ¹¹Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria Departamento de Diseño y Gestión de APS, "Manual de apoyo a la implementación del modelo de atención Integral con enfoque familiar y comunitario en Establecimientos de Atención Primaria" Santiago- Chile, Enero 2008. (p.p 65) (En línea) <http://www.serviciodesaludnuble.cl/recursos/archivos/Manual.pdf> Revisada el 17/04/2011 a las 18:46 hrs.

- ¹²Op.cit. 3 (pp. 16)

- ¹³Ministerio de Salud, Secretaria General de Gobierno, División de Organizaciones Sociales, Ministerio de Salud (MINSAL) "Agenda Pro Participación Ciudadana 2006-2010" Santiago-Chile, Agosto 2008. p.p 11 (En Línea) http://www.dipres.cl/572/articles-42503_doc_pdf.pdf Revisada el 14/04/2011 a las 10:40 am.

en los distintos Ministerios y Servicios, espacios y la diversidad de sus organizaciones para incidir en el diseño, ejecución, seguimiento, evaluación y control social de las Políticas Públicas. La responsabilidad democrática que va asociada a este derecho ciudadano requiere, de las instituciones de Gobierno, apoyar el proceso formativo de líderes comunitarios, de acuerdo a una pedagogía dialógica, con el fin de empoderar a las y los participantes en el conocimiento y gestión de las políticas públicas desde la misma base social.¹⁴

4.3.- Fortalecimiento de la sociedad civil:

En este eje las Políticas Públicas deben incluir iniciativas concretas de fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil, teniendo en cuenta criterios de equidad y descentralización.¹⁵

4.4.- No discriminación y respeto a la diversidad

Este eje se aboca a la perspectiva de género, al reconocimiento de los pueblos indígenas y a una mirada que destaca el valor intercultural de la inclusión democrática.¹⁶

- *Requerimiento expreso de la Reforma: Participación Ciudadana*

Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública (2009)

Para fortalecer la Participación Ciudadana en salud en el año 2009, según Resolución exenta N° 186, se establece una Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública¹⁷ del Sistema Nacional de Servicios de Salud, Chile. Desde esta Norma, la participación ciudadana en salud es un derecho humano, un determinante social y una estrategia política que fortalece una relación horizontal entre la ciudadanía y los equipos de salud mejorando la Gestión Pública a partir de las capacidades que la propia ciudadanía posee y puede llegar a poseer.

- ¹⁴ Op. Cit 13 (p.p 15)

- ¹⁵ Op. Cit 13 (p.p 23)

- ¹⁶ Op. Cit 13 (p.p 27)

- ¹⁷ Departamento de Asesoría Jurídica (Chile), Norma General de Participación ciudadana en la Gestión Pública, Resolución Exenta N° 186, 2009, Santiago, Ley N° 20285. Disponible en http://www.ispch.cl/ley20285/t_activa/participacion_ciudadana/norma_general.pdf. Revisado el 04/05/2011 a las 16:25.

En base a lo anterior, por el contrario, cuando los distintos actores que participan concurren a un proyecto común con distinto poder, la voluntad participativa de los más poderosos los deberá llevar a auto limitarse y ofrecer oportunidades de ejercicio activo de opinión, decisión y responsabilidad de parte de los actores con poder menor¹⁸

Es por ello que deben existir las condiciones para que la participación se materialice, tales como: la voluntad política de parte de las autoridades que ocupan las instancias responsables del aparato estatal y que de parte de los grupos que se incorporan en el proceso exista una actitud positiva respecto de la posibilidad de participar expresada más allá que en un discurso¹⁹

Desde lo anterior, con la existencia de voluntad política se puede generar un proceso de descentralización de funciones, responsabilidades y recursos hacia los niveles más cercanos a la ciudadanía lo que expresaría una vía de renovación organizacional del Estado tradicional.

De esta forma, la descentralización contribuiría a crear condiciones más propicias para la participación de la ciudadanía en las Políticas Públicas, y mayor viabilidad para que efectivamente se pueda generar control social paralelamente a la existencia de esa actitud positiva de inclusión de la sociedad en el ejercicio de la participación.

Lo anterior favorecería al ejercicio de participación sustantiva²⁰, la que surge del encuentro de dos dinámicas, donde las condiciones no son suficientes y debiendo existir la capacidad de participar; es decir, las actitudes y habilidades que los sectores han desarrollado a través de la práctica y la reflexión que aportan a un determinado objetivo y la oportunidad de participar; es decir, el espacio incorporado al diseño de las políticas que permite el ejercicio de la capacidad de participación. Dicha participación es contrapuesta a la participación funcional²¹, la forma tradicional de visualizar la salud desde la óptica asistencialista donde el ejercicio de iniciativa resulta subordinado y con poco contenido de educación

- ¹⁸Op.cit. 3 (pp. 20)

- ¹⁹Op.cit. 3 (pp. 22)

- ²⁰Op.cit. 3 (pp. 22)

- ²¹Op. Cit 3(p.p 22)

ciudadana, indicando que las oportunidades de participar son adecuadas a la lógica técnico – económica.

Mediante el ejercicio de esta participación sustantiva, se irían generando disposiciones, habilidades y capacidades de participación desde la educación ciudadana, la que en la práctica fortalece, perfecciona y enriquece las capacidades incipientes que los grupos han desarrollado en experiencias de solidaridad y cooperación en el curso de su vida cotidiana, lo que generaría como fin intrínseco empoderamiento, control social desde la autonomía de la comunidad.

Por lo que se conformaría una relación de alianza en un marco de respeto mutuo y reconocimiento de intereses, la cual es posible cuando se reconoce la necesidad de establecer relaciones de trabajo en conjunto entre el sector público y la ciudadanía organizada y no organizada y así se van descubriendo y generando beneficios mutuos desde un proceso de diálogo y negociación, oscilando en una relación de conflicto y cooperación.

No obstante, con la creciente heterogeneidad de intereses, perspectivas y obstáculos de los diversos estamentos sociopolíticos, es difícil identificar las necesidades, las demandas de la comunidad y con ello la alianza que debería existir entre sector público y sociedad civil. Por lo que se requiere fortalecer la educación ciudadana, con énfasis en lo informativo. Principalmente, a través de interlocutores representativos que detecten y visibilicen las necesidades del tejido social, los que se puedan transformar a través de este procesos en líderes comunitarios en salud por la disposición de herramientas e instrumentos para participar activamente en el diseño, ejecución, evaluación y seguimiento de las Políticas Públicas.

De acuerdo a lo anterior, se evidencia que la vinculación Estado y ciudadanos debe ser fortalecida, por tanto los desafíos actuales apuntan a legitimizar el rol de la Autoridad Sanitaria con la colaboración de la sociedad civil, lo que implica tender hacia un tipo de participación sustantiva en términos de involucramiento de la ciudadanía en la Gestión, por medio de facilitar espacios de co gestión, integrar el análisis de los factores sociales determinantes de la salud y promover la contraloría social para entregar la oportunidad de fortalecer la función fiscalizadora desde la comunidad y con ello contribuir al ejercicio del control social.

Para lo anterior, es necesario que se incluya al subsistema comunidad a través del subsistema Consejo de Desarrollo, el que es representativo de las demandas de la sociedad ante el sistema HCSF y ante el Suprasistema ejecutor de Políticas Públicas. De esta forma, se van generando inputs de flujos informativos, throughput para la concientización y movilidad social y outputs de empoderamiento y autoorganización desde el subsistema comunidad y Consejo de Desarrollo. De esta forma, los sistemas y subsistemas se van interrelacionando y retroalimentando en pro a mejorar la calidad de vida en salud, por medio de la participación ciudadana y con ello favorecer a la elaboración de Políticas Públicas integrales, por medio de la morfogénesis de los subsistemas y sistema y la morfostasis del Suprasistema.

De acuerdo a lo anterior, desde el foco de investigación se genera la necesidad de conocer y describir las formas de participación ciudadana generadas por la implementación de la Agenda Pro Participación Ciudadana y el Modelo de Salud Familiar a partir de la percepción de los actores sociales involucrados en el proceso de participación ciudadana del HCSF, considerando como parámetros los ejes Derecho Ciudadano a la Información Pública, Gestión Pública Participativa, Fortalecimiento de la Sociedad Civil y No Discriminación y Respeto a la Diversidad para visualizar cómo se implementa la participación ciudadana en el HCSF.

1.2 Antecedentes

- *Experiencias de participación social en salud en el mundo*

En este ítem se presentarán antecedentes históricos de Participación Social en Salud a nivel mundial desde el siglo V a. de C. hasta el siglo XXI, puesto que, las políticas promotoras de la participación social han sido introducidas con antelación en diferentes etapas del desarrollo de los sistemas de salud. Desde antes del siglo V s. de A.C. surgieron las primeras iniciativas de salud pública que integraban la participación de la comunidad de diversas formas y en distintos niveles, por lo que en las distintas épocas históricas se establece una relación entre lo comunitario y lo ciudadano.

Según Maset Pedro, Ramos Elvira y Sánchez Antonio, la participación ciudadana durante la Grecia clásica surge la Medicina Científica Occidental en el siglo IV a.de C. En este período, el diálogo, la colaboración y la igualdad se encuentran presentes en el inicio de los conceptos científicos hipocráticos sobre

la salud y la enfermedad. El médico y el enfermo son por lo general ciudadanos libres, iguales y de diferentes estratos sociales, los que se desenvuelven en un contexto social democrático con predominio del pensamiento epicúreo materialista dialéctico, lo que va a configurar una experiencia social única en esta relación a lo largo de la historia; se enfatiza es hacer comprensible el proceso de enfermedad al contar con la colaboración activa del ciudadano.²²

Siglos más tarde, el nivel científico de la medicina galénica aumenta, lo que unido a la desaparición de la democracia en el Imperio Romano contribuye a la pasividad del paciente. La ciudad crecida en complejidad y sometida a pautas culturales del momento, contempla la aparición de normas, regulaciones e infraestructuras relacionadas con la higiene urbana lo que constituye un hito en la salud pública. Existe una relación vertical con los pacientes, estableciéndose una relación autoritaria, puesto que, el médico conoce los secretos de la naturaleza²³

En la Edad Media, la vida agraria generó retroceso en las pautas culturales y científicas, a niveles semejantes a lo de los pueblos primitivos, jugando el cristianismo un papel de compensación y de aportación conceptual. El espacio urbano se encuentra diferenciado del mundo feudal los que crean sus propios mecanismos participativos y formas específicas de enfrentarse a los problemas sanitarios. Así, se crean las Juntas o Consejos de salud Municipales como órgano político y público responsable de regular y ejecutar actuaciones que tiendan a garantizar la salud de la ciudad. Estas entidades tienen carácter ciudadano y político y sus resoluciones son de obligatorio cumplimiento para todos. Además velan por la salud de la población y asumen competencias para garantizar la capacidad técnica de los médicos extranjeros, a los que se les solicita la realización de una prueba ante un jurado. Así también, es importante destacar, que la gran batalla de estas Juntas son las epidemias, puesto que, se produce una disgregación de las normas sociales, lo que obliga a dotarlas de competencias para garantizar el éxito en este tema²⁴

La participación en el Renacimiento²⁵, se visualiza desde el rol activo ante la enfermedad. Se crean Hospitales que albergan a vagabundos, para evitar un

- ²²Op.cit 1 (pp. 417).

- ²³Op.cit. 1 (pp. 418)

- ²⁴Op.cit. 1 (pp.418)

- ²⁵Op.cit. 1 (pp. 418)

peligro a la población correspondiendo la responsabilidad máxima de su funcionamiento a la ciudadanía.

Luego en la Europa dinámica de los siglos XVII y XVIII²⁶ la vida se torna más compleja y mercantilista, se diversifica la estratificación social, se abren nuevos espacios a la marginación y se inicia una cierta conciencia social crítica sobre la necesidad de la participación ciudadana en los asuntos públicos. En cuanto a las aportaciones a la participación están las referidas a una práctica municipal más diligente que intenta resolver los problemas, el desarrollo de nuevas experiencias de relación entre los profesionales y los artesanos que ofrecen un campo de teorización a la Psiquiatría, Obstetricia, etc. La teorización especializada a que el derecho a la salud va a ser protegido por el nuevo Estado y se establece el sistema público de beneficencia.

Ya en la etapa de la Revolución Industrial²⁷, se inicia una profunda transformación, iniciada por el incremento de la industria, se impulsa el mercado de esclavos y se incrementan los procesos de colonización, existe aumento del racismo y desarrollo de las comunicaciones, además de una explosión de población en las urbes lo que genera efectos devastadores para la salud pública. A causa de lo anterior, los sindicatos se fortalecen y el Parlamento es aceptado como el lugar idóneo para el logro de las conquistas sociales. De esta forma se adaptan esquemas más amplios que abarquen a toda la población en tema de prevención, siendo en Alemania y en Inglaterra donde se producen importantes conquistas como por ejemplo el seguro obligatorio de enfermedad, lo que evidencia el primer signo de lucha y conquista de estos países.

La construcción del Sistema Nacional de Salud del período de la Revolución Industrial, la consolidación del modelo biomédico biologista configura el hospital como el núcleo organizador. Su dinámica era vertical y supra urbana eliminando la participación ciudadana y el protagonismo municipal²⁸

Posteriormente, para concretizar propósitos de participación en salud, se crean instancias encargadas las que son descritas a continuación:

- ²⁶Op.cit. 1 (pp. 419)

- ²⁷Op.cit. 1 (pp. 419)

- ²⁸Op.cit. 1 (pp. 420)

En la década de los cuarenta, la Organización de Naciones Unidas (ONU) comenzó a discutir la posibilidad de crear una instancia que se preocupara específicamente del área de la Salud

A causa de lo anterior, se origina la Organización Mundial de la Salud²⁹ (OMS) la que entra en vigor el 7 de Abril del año 1948, fecha en que se conmemora el día Mundial de la Salud.

La OMS³⁰ es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Además, es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.

Intrínsecamente del marco de la OMS se origina una entidad precursora de la promoción de la participación social en salud, la que se denomina; Organización Panamericana de la Salud³¹ (OPS). Éste es un organismo internacional de salud pública con 100 años de experiencia dedicada a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de América.

La OPS promueve la estrategia de atención primaria en salud, como una manera de extender los servicios de salud a la comunidad y aumentar la eficiencia en el uso de los escasos recursos. Para ello presta cooperación técnica que incluye actividades educativas y de apoyo a la comunicación social, al tiempo que promueve el trabajo con organizaciones no gubernamentales y respalda los programas de prevención de enfermedades transmisibles. Desde esta óptica, se

han generado variadas propuestas para la atención primaria de salud, evidencia de ello es la conformación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), los que constituyen matrices de atención a la salud que surgen como estrategias válidas para maximizar los alcances de la Atención Primaria de Salud (APS).

- ²⁹Organización Mundial de la Salud (OMS) (En línea) Disponible en <http://www.who.int/es/> Revisada el 21/11/2010 a las 20: 46

- ³⁰Op.cit. 1 (pp. 425)

- ³¹Definición extraída de Organización Panamericana de la Salud (OPS) (en línea). <http://new.paho.org/hq/> Revisada el 21/11/2010 a las 9:03.

En paralelo al origen de organizaciones colaboradoras en salud, se comienzan a promover y producir experiencias de participación social en salud con diversos enfoques determinantes a lo largo de la historia en salud, las que se mencionan a continuación:

En la década del cincuenta el enfoque dominante era de naturaleza científica y proponía la introducción o transferencia de nuevas tecnologías para mejorar las condiciones de vida de la población. Por tanto, la participación de las personas dependía de su capacidad de organización y movilización en torno a programas y acciones que habían sido planeadas y decididos en ámbitos tanto políticos como técnicos³²

En el año 1977 se realiza la Asamblea Mundial de la Salud³³, ya que, surge un debate en salud, dirigido a las relaciones con el desarrollo económico y social, ampliándose la discusión hacia la extensión de la cobertura de los servicios, el reconocimiento del derecho a la salud y la responsabilidad de la sociedad para garantizar los cuidados de la salud. Para dar cumplimiento a este planteamiento todos los países del mundo decidieron colectivamente orientar sus esfuerzos en una dirección en común y, en base a una serie de argumentos económicos, sociales y políticos, fijaron la meta enunciada en el célebre lema de la OMS “Salud para todos en el año 2000”, como respuesta a un problema social y político de dimensión mundial, pero más profundo en los países en desarrollo. Era necesario considerar el sistema de salud como parte del desarrollo de un país. Así, se buscaba incorporar los avances científicos de la medicina y la salud pública con unos costos compatibles.

En el año 1978, se realizó la conferencia internacional del Alma Ata³⁴ en la ciudad de Kazajstán (antigua URSS) organizada por la OMS. La declaración allí elaborada instó a los gobiernos a formular políticas, estrategias y planes de acción con objeto de iniciar y mantener la Atención Primaria de Salud como parte de un

Sistema Nacional y en coordinación con otros sectores sociales y económicos, con reorientación hacia su fortalecimiento y desarrollo a nivel local, y

- ³²Op.cit. 1 (pp.58)

- ³³Op.cit. 1 (pp. 58)

- ³⁴Op.cit. 1 (pp. 58)

con un aprovechamiento del potencial de las instituciones sociales de la sociedad civil, neutralizadas hasta entonces por un Estado centralista, autoritario y burocratizado.

Entre los principales principios del Alma Atá³⁵; se consideran los siguientes: primero se reafirma con decisión, que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad, es un derecho fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos. El segundo principio es, la existente desigualdad en el estado de salud de las personas, particularmente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, así como entre los diversos países, es inaceptable política, social y económicamente, implicando una forma común a todos los países.

Posteriormente en el año 1986 se celebró la primera Conferencia Internacional sobre promoción de la Salud, con el subtítulo, “Hacia una nueva salud pública”³⁶ patrocinada por la OMS, el Gobierno de Canadá y la asociación Canadiense de Salud Pública (17-21 de Noviembre de 1986). Participaron países europeos. Para esta asamblea se recogen ideas de la Conferencia de Alma Ata, las que posteriormente se plasmaron en la llamada “Carta de Ottawa”, que hace suya la definición de promoción de la salud y cómo el Alma Ata. Dicha definición pone de relieve que existen unos requisitos (paz, albergue, educación, alimentos, ingresos, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social, equidad) sobre los que debe basarse cualquier acción que fomente la salud.

Subsiguientemente, en el año 1988, con las diversas propuestas de la Conferencia de Ottawa, todo lo referente al establecimiento de la política necesaria para promocionar la salud requería una mayor elaboración y discusión. Por ello se convocó y celebró la II Conferencia Internacional de Promoción de la Salud³⁷ en Adelaida, Australia, bajo el lema “Política sana y estrategias de acción”. En ella se desarrolló lo de Ottawa, con especial énfasis en los puntos específicamente relacionados con los aspectos políticos. El documento titulado

- ³⁵“Declaración del Alma Ata de 1978”. (En línea) Disponible en <http://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2006/12/alma-ata.pdf>. Revisada el 06/10/2011 a las 16:52 hrs.

- ³⁶Op.cit. 1 (pp. 383- 384)

- ³⁷Op.cit. 1 (pp. 385)

“Recomendaciones de Adelaida” define la política que lleva a la salud como la que se preocupa explícitamente por conseguir la salud y la equidad a través de todos los ámbitos y que asumen la responsabilidad del impacto que sus actuaciones puedan tener en la salud. Mediante esta política se pueden crear ambientes físicos y sociales donde las personas puedan llevar una vida saludable y se pueda facilitar la adopción de decisiones más sanas. Se destaca el valor de la salud no sólo como un hecho fundamental del hombre y un elemento de justicia social, sino, como una buena inversión social. La inversión en salud no en servicios sanitarios, producirá beneficios económicos indudables a largo plazo.

A diez años de la I Conferencia celebrada en Ottawa, tuvo lugar, la IV Conferencia Mundial de Promoción de la Salud³⁸ en Yakarta (Indonesia). Su título, nuevos actores para una nueva era conduciendo la promoción de la salud al siglo XXI quiere expresar la sentida necesidad de tener en consideración los principales cambios experimentales en la situación de la población mundial durante el decenio y sus tendencias hacia el futuro.

A mediados del año 2000, se celebró la V Conferencia Mundial de Promoción de la Salud³⁹ celebrada en México. Reunió a participantes de casi cien países, incluidos Ministros, creadores de políticas del sector de salud y de otros, representantes de agencias de desarrollo internacional y nacional, ONG y sector privado. El programa Ministerial culminó con la firma de la Declaración Ministerial de México para la promoción de la salud, manifiesto del compromiso político de este campo. En ella se reconoce la contribución de las estrategias de promoción de la salud al mantenimiento de las actividades de salud a todos los niveles, y se compromete a los países en el diseño de Planes de acción para realizar el progreso señalado en la incorporación de las estrategias de promoción de la salud en la política nacional y local.

Además, desde comienzos del siglo XX en distintos lugares geográficos se han generado nuevas experiencias de participación comunitaria que en la actualidad se podrían ligar a la estrategia de intervención utilizada por el modelo de Salud Familiar en la atención Primaria de Salud. Destacándose dos aspectos relevantes para la operacionalización de la participación social en las décadas posteriores; la descentralización y la participación comunitaria, con fin de forjar

- ³⁸Op.cit. 1 (pp. 387)

- ³⁹Op.cit. 1 (pp. 388)

los cimientos para construir un sistema de salud. Por medio de la descentralización se buscaba aumentar la flexibilidad y el acercamiento de los servicios de salud a la población, que éstos fuesen más receptivos a las necesidades locales y favoreciesen la colaboración con la comunidad, forjándose la participación comunitaria⁴⁰

De acuerdo a lo anterior, la proyección al siglo XXI, de la OMS, es que la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales⁴¹

- *Experiencias de participación social en salud en América Latina.*

Con los antecedentes descritos anteriormente se verifica que han existido indicios de participación social en distintas épocas de la historia en el mundo. No obstante, en Latinoamérica existe carencia de información estadística que avale el tema, por tanto a continuación se presentan extractos de experiencias de participación social referidas por las investigadoras, las cuales son de Cuba, Nicaragua, Brasil y Colombia.

Para comenzar, según Sanabria Giselda en revista de Salud Pública de Cuba, desde el año 1976 en este país se adoptó una organización político-administrativa que favorece la participación de la población en las estructuras de poder; estos son los órganos del poder popular⁴²

Cuba, incorporó la participación en todos los niveles del sistema, por ende, la Participación Social tiene en la instancia local sus más pequeños e importantes núcleos en el Consejo Popular por la Salud. Esta organización posee un respaldo legal que se aprueba en la Asamblea Nacional del Poder Popular, así como un conjunto de regulaciones particulares de cada organismo que favorece a que se cumplan las acciones previstas⁴³

- ⁴⁰ Op.cit. 6 (pp. 147)

- ⁴¹ Op.cit. 1 (p.p 29)

- ⁴² Sanabria Gisela Ramos, "*Participación Social en el campo de la salud*", Revista cubana de salud pública, volumen 30, n° 003, la Habana, Cuba, 2004 (En línea). (pp. 11) Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/214/21430305.pdf> Revisada el 15/11/2010 Revisada el 15/11/2010 a las 10: 11.

- ⁴³ Op.cit. 42 (pp. 16)

Según Sanabria Gisela, puede afirmarse que hay tres elementos que están encaminados a sostener el adecuado funcionamiento de los Consejos de Salud⁴⁴, tomando como referente a Cuba, ellos son: la estructura Político-Administrativa del país con la existencia de Poder Popular como órgano de gobierno; el segundo elemento es la influencia y oportunidad de diferentes tendencias y estrategias

generadas por el Ministerio de Salud Pública, como por ejemplo la carpeta metodológica para el movimiento de Municipios por la Salud y las diversas iniciativas y estrategias programáticas de diferentes organizaciones de las Naciones Unidas, principalmente de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud. Entre esas iniciativas se pueden mencionar: el impulso a la Planificación Estratégica, considerar la participación social como una estrategia de la Promoción de Salud y el propio movimiento de Municipios Saludables y el pilar que sustenta el nivel de participación social alcanzado hasta la fecha, es el propio desarrollo e incremento de diferentes organizaciones no gubernamentales, nacionales e internacionales, que tienen como misión trabajar por la salud de los individuos y el ambiente. Pueden considerarse a estos tres elementos o pilares como los motores impulsores de la participación social en Cuba.

En el caso de Nicaragua, acorde a la reforma de 1995, la participación comunitaria⁴⁵ se entendía como la prestación de recursos de la comunidad a los servicios de salud, en forma de trabajo voluntario (brigadistas y colaboradores voluntarios). También se consideraba participación comunitaria, la colaboración de las parteras empíricas con los servicios de salud, en el sentido de participar en las capacitaciones y producir informes para los servicios sobre las acciones que realizaban. La participación social se entendía como el incremento del papel de los diversos organismos, (municipal y nacional) en los que participaban empresarios, movimientos comunales, sindicatos, ONG, Sociedades Jurídicas, la Iglesia, etc.

- ⁴⁴Op.cit. 42 (pp. 17)

- ⁴⁵Definición extraída de Vázquez – Siqueirab E. – Kruzeb I. - Da Silvac A. – Leiteb I.C “ *Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina*”, España, 2000 (pp. 31). Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/gsv16n1/v16n1a03.pdf>, Revisado el 20/11/2010 a las 19: 22.

En Brasil, en el año 1985 inició un proceso de Reformas Políticas y Administrativas. La Constitución de 1988 estableció una redistribución de poder entre los tres niveles de gobierno: federal o nacional, estatal y municipal. En el ámbito de la salud, la Constitución declara ésta como un derecho de todos los ciudadanos y como una responsabilidad del Estado y establece los principios básicos del sistema de salud, los cuales fueron complementados posteriormente con La Ley Orgánica de Salud que creó el Sistema Único de Salud. Esto significó una reorganización del sector salud y, junto con la ley 8142 de 1990, regula la transferencia de los fondos de salud hacia el nivel municipal, promoviendo, la participación y el control social en la gestión de los servicios de salud.⁴⁶

Asimismo, en Brasil el año 1989 se planteó una crítica a la planificación tradicional que supone que la gestión es un tema de expertos y la ciudadanía es entendida sólo como un beneficiario o un usuario. Esta iniciativa es impulsada por el Partido de los Trabajadores (PT). Se pone en práctica, por primera vez en la ciudad de Porto Alegre, donde están vigentes hasta hoy. Los temas que se discuten y donde la comunidad tiene poder de decisión son salud, educación, vivienda, y urbanización⁴⁷

Respecto a la experiencia de Colombia en su Constitución política de 1991⁴⁸, declara la salud como derecho inalienable de todos los ciudadanos y la seguridad social en salud como un servicio público, que tiene que ser proporcionado bajo la dirección del Estado y siguiendo los principios de solidaridad, eficiencia y universalidad. La Ley 100 (1993), que crea el Sistema de Seguridad Social Integral (SGSSS) introduce la competencia entre aseguradoras (EPS) y proveedores de salud (IPS), así como la participación social en la organización y control de las funciones del sistema, y el Decreto 1757 de 1994, que establece las formas de participación social en la prestación de los servicios de salud. Estas leyes contemplan y definen formas de participación colectiva, que denominan comunitaria e institucional y formas de participación individual o ciudadana y como forma de participación colectiva y comunitaria se crearon los comités de participación comunitaria y las asociaciones de usuarios.

⁴⁶ Op. Cit. 45 (pp. 35)

⁴⁷ Op.cit. 3 (pp. 50)

⁴⁸ Op. Cit. 45 (pp. 36)

En el país mencionado en el párrafo anterior, a inicios de los años setenta, el gobierno de la Unidad Popular enfatizó la transición al socialismo como la vía para impulsar la participación comunitaria. Unos años después, la dictadura militar constituyó un período que privilegió la toma de decisiones a nivel central y en los años noventa, con gobiernos democráticos en el poder, la participación social fue parte de los cambios al sistema principalmente a través de la creación del Plan Nacional de Promoción de la Salud. Se realizan iniciativas a nivel estatal en pos de implementar políticas de participación ciudadana, social y comunitaria. La inclusión de este mecanismo en la gestión pública se esgrime como una estrategia clave en los procesos de democratización y modernización estatal y en la búsqueda de lograr más eficiencia y mejor gobernabilidad⁴⁹

- *Experiencias de participación social en salud en Chile*

En Chile existe reducida información sobre la participación social en salud, por lo cual a continuación se referirán experiencias de participación social y además de la estrategia; modelo de salud familiar. No obstante, estas experiencias, tienen su apogeo desde la década de los noventa con el comienzo de la democracia.

En torno a lo anterior, es importante mencionar que los Hospitales de Baja Complejidad han jugado un rol significativo a lo largo de la historia sanitaria de nuestro país. Surgen en los albores del Sistema Nacional de Salud, como manera de abordar la falta de atención médica en las zonas rurales y/o apartadas y han obtenido validación en las comunidades donde se encuentran insertos, ya que, se promueve el ejercicio de la participación social, al encontrarse más ligados a la comunidad por formar parte de la Red Primaria de atención en salud.

A su vez, se ha impulsado la transformación de los Hospitales de Baja Complejidad en Hospitales de la Familia y la comunidad, siendo el Hospital de Porvenir del Servicio de Salud Magallanes y el Hospital de Curacaví del Servicio de Salud Metropolitano Occidente unos de los primeros en implementar el nuevo modelo de atención, post reforma de salud, 2004. De ellos se realizará mención en párrafos posteriores.

⁴⁹Op. Cit. 42 (pp. 40)

Para comenzar, en el año 1998, en la ciudad de Santiago, como experiencia de la estrategia del Modelo Salud Familiar, se localiza en el sector Metropolitano Sur Oriente, el Centro de Salud Villa O'Higgins. Este centro de salud elaboró un Programa para Familias en Riesgo Biopsicosocial (PRODEFA), el que tuvo como objetivo general otorgar una atención integral a las familias de alto riesgo de salud biopsicosocial en situación de pobreza. Lo anterior produjo cambios organizacionales, lo que permitió cambiar la forma de atención en salud al implementarse un modelo de atención más integral. Esta iniciativa se implementó en un grupo específico de población en extrema pobreza de un determinado radio territorial⁵⁰

El Hospital del Porvenir de Magallanes, denominado Hospital Dr. Marcos Chamorro es un establecimiento tipo 4 siendo un Centro de baja complejidad que atiende las necesidades de salud de la mayoría de los beneficiarios que viven en Tierra del Fuego.⁵¹

En el año 2007 se iniciaron estudios de ingeniería en el Hospital del Porvenir de Magallanes. En el año 2008 se iniciaron las obras de remodelación y ampliación, teniendo como enfoque de intervención la implementación del nuevo modelo de atención, lo que destaca la comprensión de la salud como un bien social común, brindando una respuesta a las crecientes demandas de la población, otorgando igualdad, calidad y calidez.⁵²

En el caso de Ñuble, la reforma de Salud del año 2004 ofrece una oportunidad para la profundización de la participación ciudadana, especialmente desde el año 2007, con la implementación de un Hospital básico de Urgencia cuyo modelo de atención es el de salud familiar.

La implementación de este Hospital Básico ha requerido de condiciones favorables para su desarrollo como la voluntad política, recursos financieros,

- ⁵⁰Hidalgo Carmen- Carrasco Eduardo “*Salud Familiar: Un modelo de atención integral en la Atención Primaria*”, Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago-Chile, 1999. (pp. 31)

- ⁵¹Servicio de Salud de Magallanes, Ministerio de Salud, Chile, <http://www.saludmagallanes.cl/hospiporv.htm>, Revisado el 8/04/2011 a las 15:20.

- ⁵²Servicio de Salud de Magallanes, Ministerio de Salud, Chile, Disponible en <http://www.saludmagallanes.cl/noswe.htm#PORVENIR> Revisado el 8/04/2011 a las 15:18.

recursos técnicos capacitados, mecanismos legales y normativos, sistemas de incentivos, monitoreo y evaluación, siendo sus ejes temáticos los siguientes:⁵³

Autonomía de la sociedad civil: para ejercer sus derechos de representación y decisión ante las propuestas estatales.

-Control Social: entendido como la supervisión pública y evaluación oportuna del diseño, ejecución y resultados de las políticas, programas, proyectos y acciones de salud.

-Participación con pertinencia cultural y territorial: reconociendo la diversidad cultural y social la participación debe asegurar la consideración de las distintas visiones en el diseño e implementación de las políticas de salud.

-Corresponsabilidad en salud: de la ciudadanía en la mantención y cuidado de la salud individual y colectiva así como en el diseño, implementación de

las políticas, programas, proyectos y acciones de salud. Implica el desarrollo de mecanismos de evaluación y seguimiento de procesos y resultados de las actividades de participación ciudadana en salud.

-Transparencia: entendida como la visibilización oportuna y amplia de todas las actividades vinculadas a la función pública. Permite la participación de la ciudadanía de manera informada y con capacidad para la negociación y toma de decisiones en salud sobre la base de conocimiento e información compartida.

-Incidencia en la toma de decisiones: es la inclusión de la ciudadanía en la discusión amplia e informada y participación en el proceso toma de decisiones especialmente en aquellos temas que afectan directa o indirectamente su nivel de bienestar biopsicosocial, desde aspectos de gestión en atención de salud hasta el control colectivo sobre los determinantes sociales de la salud.

- ⁵³ Ministerio de Salud, Servicio de Salud Ñuble, Chile, 2011. Disponible en <http://www.serviciodesaludnuble.cl/index.php?Destino=hlwrmvqmlx&Sub=mlrxzkrxgizkrmr> Revisado el 05/04/2011 a las 9:11.

- Hallazgo Hospital Comunitario de Salud familiar Dr. Héctor Reyno Gutiérrez

La gestión y realización del HCSF en Alto Hospicio comienza en el año 1997, cuando el Estado de Chile decide realizar un Estudio de la Red Asistencial de Salud por Región (ERAR) con el fin de determinar la realidad de salud de todo el territorio Nacional.⁵⁴

Con los antecedentes recopilados se construyó un plan estratégico de inversiones por región, con el fin de entregar recursos a las áreas que lo ameritaban.

En el año 1999 se inicia la *Primera Etapa* de este proyecto basándose en la Nueva Reforma en Salud. El *Análisis Pre-Inversional*, en el cual se determinaría la factibilidad del nuevo establecimiento.⁵⁵

La *Segunda Etapa* se realizó entre los años 2000 y 2002, la que correspondió al *Estudio de Diseños Arquitectónicos y Especialidades concurrentes*.⁵⁶

En el año 2005 se inicia la *Tercera Etapa*, la *Licitación Pública del Proyecto* y se inicia ese mismo año la construcción del HCSF.⁵⁷

Para llevar a cabo el trabajo previo al funcionamiento del HCSF se trabajó con una Comisión Mixta de Gestión Colaborativa entre integrantes del Departamento de Salud de la Comuna de Alto Hospicio e integrantes del Servicio de Salud de Iquique.⁵⁸

Esta comisión abordó 2 líneas de trabajo, la integración Horizontal de la Red Asistencial de Alto Hospicio la que estaba destinada a trabajar la integridad de la red asistencial y articular los establecimientos de la red (Centro de Salud Dr. Pedro Pulgar, HCSF, SAPU, CECOF, etc.) y la integración Vertical de la Red Asistencial que buscaba trabajar la puesta en marcha del Modelo de Gestión y de Atención de Salud Familiar del HCSF.

- ⁵⁴Hospital Comunitario de salud Familiar Alto Hospicio, Diagnóstico de salud HCSF, Dr. Héctor Reyno, Alto Hospicio – Chile , año 2009

- ⁵⁵Op.cit. 54

- ⁵⁶Op.cit. 54

- ⁵⁷Op.cit. 54

- ⁵⁸Op.cit. 54

En Septiembre del año 2007 comienza a funcionar la unidad de emergencia del HCSF.⁵⁹

A nivel Nacional, este Hospital es un Programa Piloto en Salud, con implementación de CESFAM, URGENCIA, Apoyo diagnóstico y Rehabilitación Kinésica y con una política de Salud intercultural.

En cuanto al proceso de participación social del HCSF considerando el eje derecho ciudadano a la información pública destaca la confección de la Carta participativa de Derechos y deberes⁶⁰.

Con respecto al eje de gestión pública participativa se distingue la constitución del Consejo de Desarrollo a partir del 30 de diciembre del 2009.⁶¹

Además se encuentran los Presupuestos Participativos en Salud, implementados a partir del segundo semestre del año 2009. El HCSF se adjudicó dos de cuatro proyectos diseñados, el primero se denominó “Tú primero, te cedo mi lugar” del eje interculturalidad y el segundo se denominó “Aprende de una vez”, del eje participación social.⁶²

Por último en relación al eje no discriminación y respeto a la diversidad en el HCSF existe el programa intercultural el que se implementa a través de dos ejes de acción, las facilitadoras interculturales y el desarrollo de los controles pre-natales con pertinencia cultural a domicilio.⁶³

1.3 Justificación

El Hospital Comunitario “Dr. Héctor Reyno Gutiérrez” es una experiencia piloto en la implementación del Modelo de Salud Familiar a nivel local y pionero a nivel regional, como estrategia de intervención en Salud Primaria en nuestro país.

- ⁵⁹Op.cit. 54

- ⁶⁰Hospital comunitario de Salud Familiar, “Propuestas a construcción de carta de derechos y deberes usuarias externos”, Alto Hospicio – Chile, año 2008.

- ⁶¹Participación Social, Hospital Comunitario de Salud Familiar, “Acta de constitución Consejo de participación social en salud HCSF Dr. Héctor Reyno Gutiérrez”, Alto Hospicio- Chile, año 2009.

- ⁶²Hospital Comunitario de Salud Familiar “Acta numero 11 informe actividad votación pps (proyectos), representantes de organizaciones comunitarias HCSF”, Iquique – Chile, año 2009.

- ⁶³Hospital Comunitario de salud familiar, “Programa intercultural 2010”, Alto Hospicio – Chile, año 2010.

La investigación de esta experiencia piloto, permitirá generar aportes desde un sustento científico, radicado en el aporte principal para investigaciones posteriores que se relacionen con el tema o lo aborden con mayor profundidad.

La información que se obtendrá servirá de insumo para el HCSF aportando al registro del proceso de participación social. Se podrá conocer las formas de participación ciudadanas implicadas en el proceso lo que contribuirá a detectar necesidades emergentes en los grupos organizados y no organizados en cuanto a su nivel de vinculación con la institución de acuerdo al eje Derecho Público a la Información Pública, eje Gestión Pública Participativa, eje Fortalecimiento de la Sociedad Civil y No Discriminación y Respeto a la Diversidad.

De acuerdo a lo anterior, se podría aportar al HCSF a conjeturar acciones con los insumos informativos facilitados, lo que indicaría un replanteamiento de las directrices involucradas en el proceso de participación ciudadano bien reafirmaría aquellas directrices utilizadas por la institución. Tales acciones tendrían énfasis directo en el funcionamiento del Consejo de Desarrollo, ya que es canal transmisor y receptor de flujos informativos entre la comunidad, el HCSF y el sistema ejecutor de la red.

Por consiguiente, se pretende visualizar el impacto generado por la implementación del Modelo de Salud Familiar y de la agenda pro participación ciudadana, considerando cómo se ha ejercido la Gestión Pública desde la percepción de los actores involucrados en el proceso de participación ciudadana del HCSF.

En cuanto al enfoque del Trabajo Social relacionado con el ámbito de la salud, el aporte de la investigación radica en exteriorizar el cambio del rol genérico hacia la práctica actual de un rol promotor. El cual integra procesos de educación social informal, incluyendo al sujeto, la familia y la comunidad como agentes proactivos, especialmente identificando a la comunidad y sus representantes como actores claves de este cambio de paradigma.

Además, se aportará con insumos informativos para los nuevos egresados de la profesión para promover auto sensibilización y sensibilización del equipo multidisciplinario en cuanto al cambio de rol en salud.

1.4 Pregunta de Investigación

¿Cómo se implementa la Participación Ciudadana desde el HCSF?

1.5 Objetivos

Objetivo General

- Conocer y describir las formas de participación ciudadana generadas por la implementación del Modelo de salud familiar y la Agenda Pro Participación Ciudadana en salud a partir de la percepción de los actores sociales involucrados en el proceso de participación ciudadana del HCSF de la Comuna de Alto Hospicio desde el año 2007 al 2010.

Objetivos Específicos

- Identificar y describir los ámbitos de participación ciudadana del eje Derecho Ciudadano a la Información Pública generado por la implementación de la agenda pro participación ciudadana a partir de la percepción de los actores sociales involucrados en el proceso de participación ciudadana del HCSF.
- Identificar y describir los ámbitos de participación ciudadana del eje Gestión Pública Participativa generado por la de la agenda pro participación ciudadana a partir de la percepción de los actores sociales involucrados en el proceso de participación social del HCSF.
- Identificar y describir los ámbitos de participación ciudadana del eje Fortalecimiento de la Sociedad Civil generado por la implementación de la Agenda pro participación ciudadana a partir de la percepción de los actores sociales involucrados en el proceso de participación social del HCSF.
- Identificar y describir los ámbitos de participación social del eje no Discriminación y Respeto a la Diversidad generado por la implementación de la agenda pro participación ciudadana a partir de la percepción de los actores sociales involucrados en el proceso de participación social del HCSF.

Introducción Capítulo II: Marco Teórico.

Para la explicación del fenómeno social objeto de estudio, se ha determinado utilizar la Teoría General de Sistemas basada en el autor Ludwig Von Bertalanffy. Se contextualizará el fenómeno de estudio desde este constructo teórico, analizando la Participación Social inserta en el sistema de salud de Atención Primaria.

En primer lugar, se expondrá el Planteamiento teórico, para contextualizar el fenómeno por medio de conceptos básicos y conceptos relacionados con la línea de análisis.

En segundo lugar, se presentará un análisis de la Teoría-Praxis, a modo de comprender cómo los componentes sistémicos se interrelacionan en el ambiente además de reconocer los elementos que influyen en el proceso de la participación social. Se analizará el fenómeno, desde el Suprasistema Reforma – Políticas Públicas; el Sistema ejecutor Atención Primaria y Hospital Comunitario de Salud Familiar y por último el Subsistema Consejo de Desarrollo y Comunidad.

En tercer lugar, se expondrá una conceptualización de los elementos determinantes para la investigación involucrando parámetros a nivel internacional y nacional en salud a fin de facilitar su entendimiento y relación con la teoría.

Las variables a definir son: Modelo de Salud Familiar, Participación social y participación ciudadana en salud, esta última realizada de acuerdo a una conceptualización teórica y otra referida por las investigadoras.

Las categorías contempladas a definir son los ejes de la Agenda Pro Participación Ciudadana en salud correspondiente a: el Derecho Ciudadano a la Información Pública, la Gestión Pública Participativa, el Fortalecimiento de la Sociedad Civil y la No Discriminación y Respeto a la Diversidad.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Planteamiento Teórico:

- Teoría General de Sistemas

Según Mazzafero Vicente, la teoría General de Sistemas fue enunciada en los años treinta por Ludwig Von Bertalanffy, un biólogo, y su difusión y aceptación se generaron a fines de la segunda guerra mundial.⁶⁴

Según el mismo autor, a la segunda mitad de la década del cincuenta, se define como sistema a la totalidad de elementos en interacción unos con otros o a la unidad que pretende partes interdependientes, en mutua interacción, las cuales operan de acuerdo con ciertas leyes, de tal manera que producen un efecto total o final, que no es la simple suma de las partes que lo componen.⁶⁵

En los sistemas abiertos hay flujos continuos de intercambio de elementos con el medio y ello permite la identificación de sus tres integrantes fundamentales:

- A) el subsistema de entradas o insumos: input.
- B) el subsistema de conversión o proceso.
- C) el subsistema de salida, productos o respuestas: output.⁶⁶

La retroalimentación (Feedback)

La noción de retroalimentación es una parte importante de la teoría de sistema que permite reafirmar la interdependencia y las relaciones entre los distintos niveles de sistema⁶⁷.

Según Miller, la retroalimentación es el concepto que describe las relaciones entre los componentes de un sistema; por lo que una parte del producto – output – regresa a retroalimentar al insumo – input – de tal modo que modifica continuamente las sucesivas respuestas de sistema.⁶⁸

- ⁶⁴ Mazzafero Vicente Enrique 1999 "Medicina y Salud Pública" Editorial Universidad de Buenos Aires, Argentina, año 1999, pp.67.

- ⁶⁵ Op.cit. 64 (pp. 67)

- ⁶⁶ Op.cit. 64 (pp. 67)

- ⁶⁷ Op.cit. 64 (pp. 68)

- ⁶⁸ Op.cit. 64 (pp. 68)

El estado de sistema en cualquier momento viene definido por cinco características:

-Su estabilidad: el modo en que el mismo se mantiene recibiendo Inputs y utilizándolos.

-Su Homeostasis o equilibrio: la facultad para mantener su naturaleza intrínseca a pesar de los cambios que experimenta cuando recibe los Inputs, cuando los utiliza y cuando emite los Outputs.

-Diferenciación: la idea de que con el tiempo los sistemas se hacen mas complejos y con mas diferentes clases de componentes.

-No totalidad: la idea de que todo es más que la suma de las partes.

-Reciprocidad: la idea e que si una parte del sistema cambia, el cambio interactúa con las otras partes haciéndolas también cambiar.⁶⁹

Algunos Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas

Los conceptos fueron extraídos del sitio web de la Universidad de Chile, de la Facultad de Antropología, que cita a distintos autores para la composición de los conceptos.

- **Recursividad:** Proceso que hace referencia a la introducción de los resultados de las operaciones de un sistema en él mismo (retroalimentación).⁷⁰
- **Sinergia:** Todo sistema es sinérgico en tanto el examen de sus partes en forma aislada no puede explicar o predecir su comportamiento. La sinergia es, en consecuencia, un fenómeno que surge de las interacciones entre las partes o componentes de un sistema (conglomerado). Este concepto responde al postulado aristotélico que dice que "el todo no es igual a la suma de sus partes". La totalidad es la conservación del todo en la acción recíproca de las partes componentes (teleología). En términos menos

- ⁶⁹Payne Malcom "Teoría contemporánea de la restauración, una introducción crítica", Edición Paidós Iberica, - España, año 1991 pp.179 "

- ⁷⁰Facultad de ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago Chile (En Línea) Disponible en: <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/03/frprinci.htm> Revisado el 01/06/2011 a las 15:34 Revisado el 01/05/2010 a las 16:35

esencialistas, podría señalarse que la sinergia es la propiedad común a todas aquellas cosas que observamos como sistemas.⁷¹

- **Homeostasis:** Este concepto está especialmente referido a los organismos vivos en tanto sistemas adaptables. Los procesos homeostáticos operan ante variaciones de las condiciones del ambiente, corresponden a las compensaciones internas al sistema que sustituyen, bloquean o complementan estos cambios con el objeto de mantener invariante la estructura sistémica, es decir, hacia la conservación de su forma. La mantención de formas dinámicas o trayectorias se denomina homeorrosis (sistemas cibernéticos).⁷²
- **Circularidad:** Concepto cibernético que nos refiere a los procesos de auto-causación. Cuando A causa B y B causa C, pero C causa A, luego A en lo esencial es auto-causado (retroalimentación, morfostásis, morfogénesis).⁷³
- **Conglomerado:** Cuando la suma de las partes, componentes y atributos en un conjunto es igual al todo, estamos en presencia de una totalidad desprovista de sinergia, es decir, de un conglomerado (Johannsen. 1975:31-33).⁷⁴
- **Equifinalidad:** Se refiere al hecho que un sistema vivo a partir de distintas condiciones iniciales y por distintos caminos llega a un mismo estado final. El fin se refiere a la mantención de un estado de equilibrio fluyente. "Puede alcanzarse el mismo estado final, la misma meta, partiendo de diferentes condiciones iniciales y siguiendo distintos itinerarios en los procesos orgánicos" (von Bertalanffy. 1976:137). El proceso inverso se

⁷¹Op.cit 70

- ⁷²Op.cit 70

- ⁷³Op.cit 70

- ⁷⁴Op.cit 70

denomina multifinalidad, es decir, "condiciones iniciales similares pueden llevar a estados finales diferentes" (Buckley. 1970:98).⁷⁵

- **Función:** Se denomina función al output de un sistema que está dirigido a la mantención del sistema mayor en el que se encuentra inscrito (desde el proceso de circularidad)⁷⁶
- **Organización:** N. Wiener planteó que la organización debía concebirse como "una interdependencia de las distintas partes organizadas, pero una interdependencia que tiene grados. Ciertas interdependencias internas deben ser más importantes que otras, lo cual equivale a decir que la interdependencia interna no es completa" (Buckley. 1970:127). Por lo cual la organización sistémica se refiere al patrón de relaciones que definen los estados posibles (variabilidad) para un sistema determinado.⁷⁷
- **Morfogénesis:** Los sistemas complejos (humanos, sociales y culturales) se caracterizan por sus capacidades para elaborar o modificar sus formas con el objeto de conservarse viables (retroalimentación positiva). Se trata de procesos que apuntan al desarrollo, crecimiento o cambio en la forma, estructura y estado del sistema. Ejemplo de ello son los procesos de diferenciación, la especialización, el aprendizaje y otros. En términos cibernéticos, los procesos causales mutuos (circularidad) que aumentan la desviación son denominados morfogenéticos. Estos procesos activan y potencian la posibilidad de adaptación de los sistemas a ambientes en cambio.⁷⁸
- **Morfostasis:** Son los procesos de intercambio con el ambiente que tienden a preservar o mantener una forma, una organización o un estado dado de un sistema (equilibrio, homeostasis, retroalimentación negativa). Procesos de este tipo son característicos de los sistemas vivos. En una

- ⁷⁵Op.cit 70

- ⁷⁶Op.cit 70

- ⁷⁷Op.cit 70

- ⁷⁸Op.cit 70

perspectiva cibernética, la morfostasis nos remite a los procesos causales mutuos que reducen o controlan las desviaciones.⁷⁹

- **Relación:** Las relaciones internas y externas de los sistemas han tomado diversas denominaciones. Entre otras: efectos recíprocos, interrelaciones, organización, comunicaciones, flujos, prestaciones, asociaciones, intercambios, interdependencias, coherencias, etcétera. Las relaciones entre los elementos de un sistema y su ambiente son de vital importancia para la comprensión del comportamiento de sistemas vivos. Las relaciones pueden ser recíprocas (circularidad) o unidireccionales. Presentadas en un momento del sistema, las relaciones pueden ser observadas como una red estructurada bajo el esquema input/output.⁸⁰

Retroinput: Se refiere a las salidas del sistema que van dirigidas al mismo sistema (retroalimentación). En los sistemas humanos y sociales éstos corresponden a los procesos de autorreflexión.⁸¹

- **Servicio:** Son los outputs de un sistema que van a servir de inputs a otros sistemas o subsistemas equivalentes.⁸²
- **Sistemas Abiertos:** Se trata de sistemas que importan y procesan elementos (energía, materia, información) de sus ambientes y esta es una característica propia de todos los sistemas vivos. Que un sistema sea abierto significa que establece intercambios permanentes con su ambiente, intercambios que determinan su equilibrio, capacidad reproductiva o continuidad, es decir, su viabilidad (entropía negativa, teleología, morfogénesis, equifinalidad).⁸³
- **Sistemas Cerrados:** Un sistema es cerrado cuando ningún elemento de afuera entra y ninguno sale fuera del sistema. Estos alcanzan su estado

- ⁷⁹ Op.cit 70

- ⁸⁰ Op.cit 70

- ⁸¹ Op.cit 70

- ⁸² Op.cit 70

- ⁸³ Op.cit 70

máximo de equilibrio al igualarse con el medio (entropía, equilibrio). En ocasiones el término sistema cerrado es también aplicado a sistemas que se comportan de una manera fija, rítmica o sin variaciones, como sería el caso de los circuitos cerrados.⁸⁴

- **Sistemas Triviales:** Son sistemas con comportamientos altamente predecibles. Responden con un mismo output cuando reciben el input correspondiente, es decir, no modifican su comportamiento con la experiencia.⁸⁵
- **Viabilidad:** Indica una medida de la capacidad de sobrevivencia y adaptación (morfostásis, morfogénesis) de un sistema a un medio en cambio.⁸⁶

Niveles sistémicos

Según Mazzafero Vicente, en cada sistema es posible identificar una clase de unidad, la cual efectúa un proceso separado y distinto. Las estructuras de un sistema que llevan a término un proceso particular forman un subsistema, el cual será identificado por el proceso que realiza. Una vez aceptada la noción de subsistema, el siguiente nivel jerárquico y organizativo, en orden ascendente, estaría conformado por supra sistema. De esta forma, el criterio sistémico nos introduce en el concepto de niveles de sistema.⁸⁷

Además, según el autor se pueden denominar sistemas propiamente dichos a aquellos que se correspondan directamente con el problema en cuestión y que, a la vez constituyen el motivo que da origen al análisis. Son Supra sistemas los que se encuentran en el nivel superior y subsistemas los que se hallan por debajo del nivel de referencia.⁸⁸

- ⁸⁴ Op.cit 70

- ⁸⁵ Op.cit 70

- ⁸⁶ Op.cit 70

- ⁸⁷ Op.cit 64 (pp 68)

- ⁸⁸ Op.cit. 64 (pp 68)

Supra sistema	- Ambiente político, social económico y cultural.	- Reforma en salud - Políticas Públicas
Sistema	- Sistema de Salud.	- Ejecutores de las políticas públicas (Atención primaria) - Hospital Comunitario de Salud familiar
Subsistema	- Sistema de Atención médica.	- Comunidad - Consejo de Desarrollo.

En el Supra sistema se identifica la Reforma de Salud del año 2004 en Chile y la reestructuración de las Políticas Públicas. En el Sistema, se identifica a los ejecutores de las Políticas Públicas; la Atención Primaria de Salud y el HCSF; y desde el Subsistema se encuentra situada la Comunidad y el Consejo de Desarrollo.

2.2 Desde la perspectiva Teoría - Praxis:

Para analizar el problema de investigación desde la Teoría General de Sistemas se desarrollaran desde el cuadro anteriormente expuesto, los componentes sistémicos desde los distintos niveles en que están situados, lo que conlleva un proceso particular, formado por subsistemas jerárquicos y organizados, los cuales constantemente se interrelacionan y retroalimentan.

Con la Reforma del año 2004, se produce en el Suprasistema una morfogénesis, lo que generaría un cambio de paradigma y un Retroinput con la creación de la ley de Autoridad Sanitaria y Gestión promulgada el año 2005, promoviendo un cambio, de un sistema de salud asistencialista de tipo sistema cerrado y trivial a uno promotor de tipo sistema abierto. Se produce una transformación, es decir un cambio político – cultural- económico y social, exponiéndose el Estado como agente regulador y facilitador desde la viabilidad, lo que incide en el desarrollo de la participación sustantiva. Para el cumplimiento de

esta Ley desde el refuerzo del Suprasistema se exponen Marcos Orientadores (Sistema de Protección Social, Determinantes Sociales, Agenda Pro-Participación Ciudadana, Modelo de Salud Familiar). Lo que conlleva una sinergia que se genera desde estos marcos impactando en los niveles sistémicos desde la interrelación que se produce entre los sistemas, subsistemas y Suprasistema, desarrollada principalmente por medio del Modelo de Salud Familiar y de la Agenda de Pro Participación Ciudadana con sus ejes correspondientes que son: Gestión Pública Participativa, Derecho Ciudadano a la Información Pública, Fortalecimiento de la Sociedad Civil y No Discriminación y Respeto a la Diversidad, en los cuales se desarrolla una nueva óptica de trabajo.

El primer eje Derecho Ciudadano a la Información Pública promovería un cambio político – cultural - económico y social, producto de la morfogénesis que se produciría en el sistema HCSF, que se generaría por medio de Inputs informativos, los que entregan herramientas a los subsistemas comunidad y Consejo de Desarrollo, incidiendo que se conserve un sistema viable desde un control social, obteniéndose como resultado una homeostasis, que conlleva equilibrio y empoderamiento en el subsistema comunidad y subsistema Consejo de Desarrollo.

Desde el segundo eje Gestión Pública Participativa se incidiría en el nuevo enfoque de trabajo, desde este nuevo modelo de Gestión, facilitándose espacios de cogestión desde el sistema HCSF para promover la inclusión del subsistema Consejo de Desarrollo y comunidad, en la evaluación del trabajo del sistema HCSF desde los outputs reflejados en aportes desde los subsistemas para la participación en la etapa de Diseño, ejecución, evaluación y seguimiento del Suprasistema, manteniendo un sistema ejecutor estructural por medio de una función lo que produciría una nueva sinergia en el proceso.

Así también, el tercer eje Fortalecimiento de la Sociedad Civil prevería un cambio en el servicio al sistema Hospital y a su vez aportaría en la descentralización y el asociacionismo del subsistema comunidad. Dicho servicio se desarrollaría a través de un sistema abierto que transporta inputs de propuestas y demandas desde las bases, con el fin de mantener una homeostasis entre sistema hospital y Suprasistema, promoviendo que se integren inputs de grupos organizados y no organizados los que desarrollarían como outputs inclusión en el proceso de participación ciudadana.

Por último, desde el cuarto eje No Discriminación y Respeto a la Diversidad, se impactaría en el servicio incidiendo en una morfogénesis, donde se aportaría con inputs que integren a las minorías y los grupos vulnerables, lo que output genera un reconocimiento social de la diversidad, generando viabilidad desde la convivencia de cosmovisiones culturales entre el subsistema comunidad y el sistema HCSF, lo que impactaría como a través de un servicio al Suprasistema.

En general desde todos los ejes, desde el servicio del sistema HCSF se promovería con inputs integración a través del asociacionismo y fortalecimiento del trabajo de los subsistemas, lo que generaría como output empoderamiento y solución de demandas en forma viable.

Asimismo, los parámetros de acción de los marcos, impactarían en la originación de una morfogénesis, lo que incidirían en la equidad desde el Suprasistema, tendiendo como objeto producir outputs para mejorar la eficiencia y eficacia a través de la articulación y evaluación de los mecanismos participativos de los ejes, lo que promovería un cambio en el servicio desde el sistema HCSF a uno de tipo más equitativo, flexible y descentralizado.

Por otro lado, no sólo desde los ejes se visualizaría morfogénesis en el servicio del sistema HCSF, sino también desde el marco orientador Modelo de Salud Familiar, el cual influiría en la retroalimentación, desde el sistema HCSF al Suprasistema y a los subsistemas Consejo de Desarrollo y comunidad, incidiendo la descentralización en salud a nivel local desde los principios de equidad e inclusión. Estas acciones, buscan outputs para generar participación sustantiva, desde la inclusión de las personas, familias y comunidades, por medio de los Manuales de Procesos y Procedimientos del sistema HCSF. Dicha estrategia de intervención generaría sinergia desde una nueva cultura de trabajo, más holística.

Los efectos de esta morfogénesis desde los marcos orientadores, es la retroalimentación que se obtendría del subsistema Consejo de Desarrollo con el subsistema comunidad desde la promoción de una comunidad auto – organizada, ejerciendo control social, lo que también promovería recursividad, puesto que el subsistema Consejo de Desarrollo es un espacio de intercambio de información directa entre el sistema HCSF y el subsistema comunidad. El subsistema Consejo de Desarrollo, recibiría como Input; las demandas en salud desde la cosmovisión

cultural del subsistema comunidad, para trabajar con ello, es decir, con los outputs dirigidos a direccionar o re direccionar estrategias de desarrollo institucional desde los planes anuales de trabajo y evaluación de la Gestión, hecho que produciría un Feedback desde los cuatro ejes y el modelo.

Asimismo, esta morfogénesis desde el subsistema comunidad, incide con las estrategias que son inputs de educación social informal, el cual estaría generando outputs de aprendizajes significativos y empoderamiento, para promover el fortalecimiento del trabajo del sistema HCSF. Por consiguiente, desde esta morfogénesis se estaría produciendo circularidad, dado que potencia el trabajo del sistema HCSF y se empodera el subsistema comunidad, lo que promueve el ejercicio del Control Social fin de lograr el ejercicio de Participación Sustantiva en sistema HCSF y Suprasistema.

En general, desde el servicio que se generaría en el Sistema HCSF, se influencia desde la Reforma con la ejecución de las Políticas Públicas, por medio de marcos orientadores, los que aportarían directamente al enfoque integral a través del ejercicio de la participación sustantiva. Por lo que se desarrollaría una circularidad, la que se desglosa por medio de condiciones estructurales, es decir, funciones a partir del sistema mayor al sistema menor, a través de una equifinalidad, utilizándose distintas formas para desarrollar la participación para contribuir a perfeccionar la calidad de la salud.

2.3 Conceptualización del fenómeno

A continuación se definen los elementos conceptuales de la investigación, los cuales contemplan la variable “Participación ciudadana en Salud” y “Modelo de Salud Familiar”. De la primera variable derivan los cuatro ejes de la agenda pro participación ciudadana los cuales son: Derecho ciudadano a la información pública, Gestión pública participativa, Fortalecimiento de la Sociedad Civil y No discriminación y respeto a la diversidad, los que son utilizados como categorías de esta investigación.

- La variable **Participación social en salud** se definió de acuerdo a la lectura del Alma Ata y la participación ciudadana en salud se definió de acuerdo a la norma general de participación ciudadana del Gobierno de Chile, las cuales son:

- **Participación Social:** Proceso en que los miembros de la comunidad, individual o colectivamente, asumen diferentes niveles de compromisos y responsabilidades. La población identifica sus problemas, formula y ofrece soluciones, crea organizaciones para dar continuidad a los programas y en general contribuye a satisfacer las necesidades de salud de una manera deliberada y democrática.⁸⁹

- **Participación Ciudadana en salud:** Consiste en la concreción de las normas sobre igualdad de oportunidad para la participación en la vida nacional, transparencia de la gestión pública, así como libertad de opinión y derecho de petición, todas ellas consagradas a nivel constitucional⁹⁰. También el gobierno encabezado por la presidenta Michelle Bachelett (2006- 2010) se definió la participación ciudadana en su Agenda Pro Participación Ciudadana 2006 – 2010 ...como la relación activa entre los ciudadanos y las ciudadanas y el Estado, encaminada al ejercicio o ampliación de sus derechos, cuyo componente básico está constituido por la comunicación entre ambos, a través de la circulación de la información y el establecimiento de escucha, consulta y control social de las políticas públicas.⁹¹

A su vez el Gobierno de Chile desde el Ministerio de Salud, hace referencia a dos tipologías de “Participación Ciudadana”; la funcional y la sustantiva:

- **La participación Funcional:** Es entendida como: el ejercicio de iniciativa que resulta muy acotada y muy subordinado, con poco contenido de educación ciudadana. Indica que las oportunidades de participar son las adecuadas a la lógica técnico – económica, la incorporación de recursos y de esfuerzos desde los usuarios va a optimizar la eficiencia y la eficacia del programa respecto de los resultados.⁹²

- **La participación Sustantiva:** Es entendida desde las prácticas sociales (acción social) comprometidas con el desarrollo de las personas. Las personas aparecen como un fin y no como un medio o recurso de un propósito superior.

- ⁸⁹ Op.cit 6 (pp. 145)

- ⁹⁰ Op.cit 17 (pp.1)

- ⁹¹ Op.cit 17 (pp.1)

- ⁹² Op.cit 3 (pp. 22)

La práctica forma a quienes se comprometen y ejercitan como sujetos de esa práctica.⁹³

De acuerdo a las definiciones anteriores y en base a los criterios de las investigadoras se entenderá por **participación ciudadana en salud** para efectos de este estudio y de acuerdo al modelo comunitario de salud familiar como: *“Un proceso en que los miembros de la comunidad, individual o colectivamente, asumen diferentes niveles de compromisos y responsabilidades desde una simetría de relaciones como así también son conscientes de los derechos y deberes asociados a su participación. La población se fortalece y se integra en distintos niveles de gestión, identificando sus problemas, formulando y ofreciendo alternativas de soluciones desde un marco de respeto y no discriminación, contribuyendo en general a satisfacer necesidades de salud de una manera deliberada y democrática”*

- **Modelo de Salud Familiar:** *“De carácter integral, familiar y comunitario. Define la atención de salud como un proceso continuo centrado en el cuidado integral de las familias, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción intersectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud”⁹⁴.*
- **Agenda pro participación ciudadana,** señala que el sector salud se moviliza en torno a estos cuatro ejes, existiendo estrategias diferenciadas para facilitar el acceso a la oferta pública, consultar la opinión de los usuarios para poyar la toma de decisiones⁹⁵.

De acuerdo a la Agenda pro Participación ciudadana del Ministerio de Salud se definen a continuación las categorías de la investigación social:

-
- ⁹³ Op.cit 3 (pp. 22)
 - ⁹⁴ Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria, Departamento de Diseño y Gestión de APS, Ministerio de Salud *“Manual de Apoyo a la implementación del Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario en Establecimientos de Atención Primaria”* Primera edición, Chile Enero, 2008. (pp.3) (En línea) Disponible en <http://www.ssmn.cl/APS%20web/manualsaludfamiliar2008.pdf> Revisado el 16/09/2010 a las 9:11.
 - ⁹⁵ Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, Política de participación Social en Salud, 2008, Documento Preliminar, Chile, 2008. Pp. 9

- **Derecho Ciudadano a la Información Pública:** El reconocimiento del estado del derecho a la información, que obliga a mantener espacios y sistemas informáticos de calidad, para las consultas de las personas sobre sus beneficios y oportunidades sociales, y para la publicidad y conocimiento ciudadano de los actos o resoluciones de la administración⁹⁶

Para definir la categoría gestión pública participativa es necesario definir los conceptos de gestión pública y gestión participativa:

- **Gestión pública:** Organizar el uso de los recursos para el cumplimiento del Estado, donde la participación ciudadana en la gestión pública se refiere al rol del ciudadano en cuanto participe y en cuanto usuario de las decisiones y gestiones asociadas a la implementación de acciones públicas.⁹⁷
- **Gestión participativa:** Significa una forma de gestión con ciertas opciones para la comprensión de la realidad social, es decir, propone una forma sobre cómo se deben desplegar los procesos de desarrollo a los que apuntan los programas y proyectos sociales.⁹⁸
- **Gestión Pública Participativa:** Reconocimiento del Estado a las personas el derecho a participar en las decisiones de interés público, debe crear o fortalecer, en los distintos ministerios y servicios, espacios abiertos a la ciudadanía, que permitan, con el pluralismo y la diversidad de sus organizaciones, incidir en el diseño, ejecución, seguimiento, evaluación y control social de las políticas públicas. La responsabilidad democrática que va asociada a este derecho ciudadano requiere, de las instituciones de Gobierno, apoyar el proceso formativo de líderes comunitarios, de acuerdo a una pedagogía dialógica, con el fin de empoderar a las y los participantes en el conocimiento y la gestión de las políticas públicas desde la misma base social⁹⁹ (agenda pág. 15).

- ⁹⁶ Op. Cit 13. (pp11)

- ⁹⁷ Op.cit 3 (pp. 24)

- ⁹⁸ Op.cit 3(pp. 23)

- ⁹⁹ Op.cit 13 (pp15)

- **Fortalecimiento de la sociedad civil:** Respeto de las instituciones públicas a la autonomía de la sociedad civil en relación al Estado en democracia, tienen que favorecer el derecho ciudadano a formar asociaciones u organizaciones, y apoyar aquellas que trabajan directamente en bien de la comunidad, realizan una labor de voluntariado o son de interés público. Las políticas públicas deben incluir iniciativas concretas de fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil que corresponden a su ámbito programático, teniendo en cuenta criterios de equidad y descentralización ¹⁰⁰

- **No discriminación y respeto a la diversidad:** La calidad participativa de las políticas públicas se halla comprometida con una sociedad libre de discriminaciones arbitrarias, la cual requiere de medidas tendientes a un enfoque de derechos para la inclusión ciudadana. Hay en ello una responsabilidad especial con las personas y grupos vulnerados por motivos de racismo, xenofobia y otras formas de discriminación e intolerancia¹⁰¹... El respeto a la diversidad se afirma una perspectiva de género, en el reconocimiento de los pueblos indígenas y en una mirada que destaca el valor intercultural de la democracia. Esta categoría promueve: el “desarrollo económico, social y cultural”, “igualdad de oportunidad,” y protección a los “pueblos originarios.

- ¹⁰⁰ Op.cit 13 (pp.23)

- ¹⁰¹ Op.cit 3 (pp.27)

Introducción Capítulo III: Marco Metodológico

El presente capítulo, en primer lugar hace alusión al tipo de estudio y metodología de la investigación. Luego señala las técnicas de recopilación de datos especificando el momento en que se ejecutaron y que datos abordaron.

En tercer lugar se señala la unidad de análisis en cuanto a la técnica focus group y entrevista a informante clave.

Por último se vislumbra la categorización de las variables de acuerdo a los cuatro ejes de la agenda pro participación ciudadana y el plan de análisis que corresponde al análisis de discurso y análisis de contenido.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLOGICO

3.1 Tipo de investigación

La presente investigación se abordará a través de un estudio de tipo exploratorio descriptivo. Según el autor Sampieri, Collado y Lucio estos sirven para familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más completa respecto de un contexto particular, investigar nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras o sugerir afirmaciones y postulados.¹⁰²

De igual forma según el autor los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetivos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar.¹⁰³

Se considera pertinente estudiar el fenómeno a través de una investigación exploratoria descriptiva porque el hospital utiliza como estrategia de intervención el modelo de salud familiar, que es implementado de forma piloto a nivel local y pionero a nivel regional, de esta forma conlleva el estudio de un contexto particular.

Esta estrategia potencia el trabajo en red y por consiguiente la interconexión entre los actores locales a través de la participación ciudadana, es por ello que este estudio busca caracterizar las formas de participación ciudadana generadas por la implementación de este modelo y de la agenda participativa a partir de la percepción de los actores sociales involucrados en el proceso.

La metodología a utilizar para abordar la investigación es cualitativa, la que puede definirse según Sampieri, Collado y Lucio como un conjunto de prácticas interpretativas que hacen al mundo visible, lo transforman y convierten en una serie de representaciones en forma de observaciones, anotaciones, grabaciones y documentos. Es naturalista porque estudia a los objetos y seres vivos en sus contextos o ambientes naturales e interpretativos pues intenta

- ¹⁰²Hernández Sampieri Roberto; Fernández Collado Carlos; Baptista Lucio Pilar. *“Metodología de la Investigación”*. México. Editorial, McGraw-Hill Interamericana. 2006. p.p. 101

- ¹⁰³Opt.cit 100. p.p. 102.

encontrar sentido a los fenómenos en términos de los significados que las personas les otorguen.¹⁰⁴

En el caso de esta investigación para identificar y describir las formas de participación social del HCSF se consideraran las percepciones de los actores sociales involucrados en el proceso de participación ciudadana contemplando a sus beneficiarios directos e indirectos. De esta forma desde lo particular se abordarán los significados que dichas personas le otorgan al proceso y desde lo general el contexto para la recolección de datos. La descripción se realizará desde los ejes derecho ciudadano a la información pública, gestión pública participativa, fortalecimiento a la sociedad civil y no discriminación y respeto a la diversidad que son generados por la implementación del modelo de salud familiar en el HCSF, agenda de participación social y los otros marcos orientadores.

En cuanto a las bondades principales que tiene este enfoque según Sampieri, Collado y Lucio se puede señalar que proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa, contextualización del ambiente o entorno, detalles y experiencias únicas. También aporta un punto de vista “fresco, natural y holístico” de los fenómenos así como flexibilidad.¹⁰⁵

3.2 Técnicas:

- *Revisión documental*

La revisión documental consiste en la obtención y análisis de documentos producidos en el curso de la vida cotidiana. Como tal, la revisión documental es una técnica no obstructiva, rica en bosquejar los valores y creencias de los participantes del campo. Registros de reuniones, bitácoras, anuncios, discursos formales de políticas, cartas, etc., son todos usados para desarrollar una comprensión del asentamiento o grupo estudiado.¹⁰⁶

En esta investigación la técnica revisión documental se utilizará para sistematizar la experiencia del foco de estudio la que se aplicara en la primera etapa, puesto que, se requiere realizar un primer catastro informativo sobre las

- ¹⁰⁴Opt.cit 100. p.p. 9.

- ¹⁰⁵Opt.cit 100. p.p. 21

- ¹⁰⁶Escribano Adrian Oscar. “El proceso de investigación social cualitativo”. Editorial, Prometeo libros. Buenos Aires, Argentina. 2007. Pág. 33.

formas de participación ciudadana que han sido desarrolladas en el HCSF. De este modo, luego se podrá analizar información sobre los cuatro ejes de la agenda pro participación ciudadana de salud y el modelo de salud familiar.

Además cabe destacar que la información que se rescate a través del análisis documental permitirá focalizar la aplicación de las otras técnicas en cuanto a los ejes temáticos que están abordarán.

- Entrevista a informantes claves

Uno de los principales procedimientos que se han de utilizar en la fase exploratoria es la consulta a informantes- clave según Ander Egg son personas que poseen información relevante para el estudio e investigación que se piensa realizar. Esto se hace, fundamentalmente, a través de entrevistas semi-estructuradas o bien focalizadas, pudiéndose utilizar también los protocolos. Por medio de alguna de estas técnicas, se hace conocer al informante qué tipo de información se requiere. Esta demanda no tiene que ser ni muy general (para que no divague), ni muy particularizada (con lo cual el informante puede quedar “encerrado” en sus posibles respuestas al abanico de preguntas)¹⁰⁷.

En el caso de la investigación se aplicara una entrevista semiestructurada en la primera etapa a la Trabajadora Social a cargo del área de participación social del HCSF quien se ha desempeñado en estas labores desde que se fundó esta institución. Se considera la principal fuente de información primaria para el foco de estudio y es quién podrá facilitar las fuentes secundarias de información.

Además se aplicará esta técnica después de la revisión documental a una de las facilitadoras interculturales del HCSF, enfermera coordinadora y directora subrogante. Esta última ha participado de las reuniones que se realizan con los miembros del consejo de desarrollo y actividades del área de participación social para registrar datos sobre el proceso de participación social que no han sido sistematizados.

Posteriormente se aplicará una entrevista enfocada, después del primer focus group a la informante clave, trabajadora social del HCSF con objeto de catastrar información que se haya generado a través del proceso de aplicación de esta técnica cualitativa.

- ¹⁰⁷ Ezequiel Ander Egg, “Metodología del Trabajo Social”, Editorial El Ateneo, 2003, Pág. 200.

Se aplicará una segunda entrevista enfocada a los informantes claves dirigentes sociales integrantes del consejo de desarrollo, con el fin de contrastar información específica que se haya generado a través de la aplicación de la entrevista a la encargada del área de participación social.

- Focus Group

Según Hernández Sampieri, Collado y Lucio que cita a algunos autores el Focus Group es entendido como una especie de entrevistas grupales. Estas últimas consisten en reuniones de grupos pequeños o medianos, en las cuales los participantes conversan en torno a uno o varios temas en un ambiente relajado o informal, bajo la conducción de un especialista en dinámicas grupales.¹⁰⁸

En orden temporal el focus group es la tercera técnica que se aplicará en esta investigación.

El objetivo de estas técnicas es identificar y describir las formas de participación ciudadana social a partir de la percepción que tengan los dirigentes sociales integrantes del consejo de desarrollo del HCSF.

3.3 Unidad de análisis.

Para la aplicación de la técnica focus group y entrevista a informante clave se ha determinado convocar a los actores sociales del proceso de participación ciudadana del HCSF.

En cuanto a la técnica Focus group:

1.- Beneficiarios indirectos del proceso de participación social:

1. a -Profesionales del HCSF.

1. b - Partícipes de alguna etapa del proceso de participación social hasta el año 2010.

2.- Beneficiarios directos del proceso de participación social:

2. a -Dirigentes sociales.

- ¹⁰⁸Opt.cit 100. p.p. 605.

2. b -Participes del consejo de desarrollo.

2. c -Perteneientes a organizaciones sociales de los sectores luna, sol, tierra y mar del hospital comunitario de salud familiar.

En cuanto a la técnica entrevista a informante clave:

1 -Participes de alguna etapa del proceso de participación social hasta el año 2010.

2 -Dirigente social participe del consejo de desarrollo o profesional del HCSF.

Se escogió este perfil para aplicar el focus group ya que según el modelo de salud familiar se requiere tener un perfil integrado tanto de los profesionales de la institución y la comunidad representada por el consejo de desarrollo. También por la responsabilidad que tienen todos los actores sociales involucrados en este proceso de participación social ciudadana.

En cuanto al perfil de las personas seleccionadas para realizar las entrevistas a informantes clave se puede señalar que ellos manejan información determinada requerida para la investigación, que no se encontró mediante la técnica la revisión documental.

3.4 Categorización de las Variables.

Se entenderá por Participación ciudadana para efectos de este estudio y de acuerdo al modelo comunitario de salud familiar como un “proceso en que los miembros de la comunidad, individual o colectivamente, asumen diferentes niveles de compromisos y responsabilidades desde una simetría de relaciones como así también son conscientes de los derechos y deberes asociados a su participación. La población se fortalece y se integra en distintos niveles de gestión, identificando sus problemas, formulando y ofreciendo alternativas de soluciones desde un marco de respeto y no discriminación, contribuyendo en general a satisfacer necesidades de salud de una manera deliberada y democrática”.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
Derecho Ciudadano a la información pública	<ul style="list-style-type: none"> -Sistema integral de atención ciudadana. - Portales de información ciudadana. - Mecanismos de satisfacción usuaria. -Dispositivos de información y comunicación de políticas públicas. -Carta de derechos. -Transparencia activa y acceso a información administrativa de los órganos públicos.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
Gestión Pública participativa	<ul style="list-style-type: none"> -Consejos de sociedad Civil: Consejos asesores de SEREMI, Consejos de Vida Chile Comunales, Consejos de participación Social de las direcciones de servicios de Salud, Consejos de Integración de la red asistencial-CIRA. -Comités de usuarios: Consejos de desarrollo. -Diálogos participativos desde el HCSF. -Cuenta pública. -Presupuestos participativos. -Educación ciudadana.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
Fortalecimiento de la Sociedad Civil	<ul style="list-style-type: none"> -Iniciativas para el asociacionismo y el desarrollo social. - Fomento al Voluntariado. - Apoyo institucional a dirigentes sociales.

CATEGORÍA	SUBCATEGORÍA
No discriminación y respeto a la diversidad	<ul style="list-style-type: none"> -Enfoque intercultural. -Planes de mejora del trato.

3.5.- Plan de análisis

El análisis documental, correspondiente a la primera técnica a ejecutar se realizara a través de las siguientes etapas:¹⁰⁹

- Rastreo e inventario de los documentos identificados.
- Clasificación de los documentos identificados.
- Selección de los documentos más pertinentes para los propósitos de la investigación.
- Lectura en profundidad del contenido de los documentos seleccionados, para extraer elementos de análisis y consignarlos en memos o notas marginales que registren los patrones, tendencias, convergencias y contradicciones que se vayan descubriendo.
- Lectura cruzada y comparativa de los documentos en cuestión, de modo que sea posible construir una síntesis comprensiva total, sobre la realidad humana analizada.

El procesamiento de la información recabada por medio del focus se llevara a cabo a través del análisis de discurso el cual se refiere al “análisis lingüístico hablado o escrito que se produce de modo natural y es coherente en líneas generales se refiere al intento de estudiar la organización del lenguaje por encima de la oración y la frase y en consecuencia de estudiar unidades lingüísticas mayores, como la conversación y el texto escrito. De ello se analiza que el discurso también se relaciona con el uso del lenguaje en contextos sociales y concretamente con la interacción o dialogo entre los hablantes”¹¹⁰.

De esta forma la importancia que tiene este análisis es que se contemplará la interacción social, develando los significados que connoten los actores sociales participantes del focus group. Se abarcara el discurso de los representantes de la institución HCSF y de los miembros del consejo de desarrollo.

- ¹⁰⁹ Sandoval Casilimas Carlos .A. Pág. “Investigación cualitativa”. ARFO editores. Bogotá, Colombia. 2002. Pág. 138.

-¹¹⁰ Iñiguez Rueda Lucpicio. “Análisis del discurso”. Editorial OUC. Barcelona. 2006. Pág. 91

En cuanto a los pasos a seguir para el análisis de la información recopilada a través de esta técnica:

- Segmentación o fragmentación de los datos en secuencias.
- Reducción de los datos de acuerdo a las categorías y subcategorías.
- Análisis de los factores de la interacción social tales como el contexto y la organización temporal de acuerdo a la secuencia destacada.

Con respecto a la técnica entrevista a informante clave se puede señalar que para el análisis de la primera entrevista se utilizarán los registros del diario de campo. Para la segunda entrevista se realizará un análisis de contenido, para recopilar los datos.

Cabe destacar que se utilizará una grabadora de sonidos con previa autorización de los participantes para facilitar el proceso de transcripción de las conversaciones e interacción social que se den en el focus group y la última entrevista a informante clave.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS

4.1 Análisis Documental

(De acuerdo a técnica revisión documental)

Objetivo: Identificar y describir los ámbitos de participación social del eje derecho ciudadano a la información pública generado por la implementación del modelo de salud familiar a partir de la percepción de los actores sociales involucrados en el proceso de participación social del HCSF.		
Categoría: Derecho Ciudadano a la Información Pública	Subcategorías	
	Sistema integral de atención ciudadana	
	Portales de información ciudadana	✓
	Mecanismos de satisfacción usuaria	✓
	Dispositivos de información y comunicación de políticas públicas	
	Cartas de derechos	✓
	Transparencia activa y acceso a información administrativa de los órganos públicos	

Introducción

A partir de la identificación y descripción de los documentos se puede desarrollar un análisis documental de tres subcategorías; Portales de Información, Mecanismos de satisfacción usuaria y Carta de Derechos y Deberes, puesto que de las otras tres subcategorías; Sistema integral de atención ciudadana (SIAC), Dispositivos de Información y comunicación de políticas públicas y Transparencia activa y acceso a información administrativa de los órganos públicos, no se encontró catastro documental.

➤ Síntesis Comprensiva

Cartas de derechos con respecto a esta subcategoría, se identificaron nueve documentos. Desde el documento titulado Ordinario N° 1261 del 3 de septiembre del 2008, convocando a las organizaciones sociales a participar en la reunión de la mesa de participación social, sobre la carta de derechos y deberes, además solicitando avances, para el día 8 de septiembre. El desarrollo de dicha reunión, se acredita desde el Ordinario N° 1369, en el cual se acuerda el compromiso con las instituciones de crear la carta de derechos y deberes, y a su vez se vuelve a convocar para el día 7 de octubre.

Desde el documento titulado “Enfoque de derecho en salud, satisfacción ciudadana y carta de derechos”, el cual no se detalla fecha de emisión, se expresa que el gobierno señala que a partir del 2008, todos los establecimientos deben contar con una carta de derechos y deberes, por lo que el Hospital de Talcahuano expone una propuesta de trabajo de la construcción de la carta que cuenta con tres ítems, el primero enfocado a evitar la cogestión y trato mas cercano, el segundo señala que el encargado del área de participación u OIRS deberá cumplir las normativas y el tercero el presidente del consejo deberá velar por el cumplimiento del programa, a su vez se expone un cronograma con los productos esperados para la construcción de la carta, en 4 meses.

En base al Memorándum N° 0256 , con fecha 22 de septiembre del 2008, se establece una propuesta en el HCSF, similar a la del Hospital de Talcahuano, puesto que las dos primeros ítems tienen un parecido, el primero apela a evitar la cogestión y trato cercano y el segundo refiere que el encargado del área de

participación social deberá velar por cumplir las normativas, en cambio el tercer ítem es distinto puesto que en el HCSF se apela a que las reuniones deberán ser mensuales con los representantes de las organizaciones sociales, en cambio en el Hospital de Talcahuano el presidente del consejo de desarrollo velará por el cumplimiento del programa.

En base a la carta de derechos y deberes de los externos, se catastraron 4 documentos referidos con este tema, de los cuales 3 de los documentos datan con la misma fecha “24 de septiembre del 2009”. El primero con la misma fecha es un manuscrito titulado “Acta de Reunión” que consta de 7 derechos y 7 deberes. Otro de los documento de la misma fecha es titulado Propuesta a construcción de carta de Derechos y Deberes usuarios – externos”, que se compone por algunos de los derechos y deberes del manuscrito anterior, a diferencia que éste que cuenta con 12 derechos y 12 deberes, a si mismo dicho documento consta con los mismos derechos y deberes del documento Oficial titulado “Cartas de derechos y deberes usuarias – Externos Hospital Comunitario Salud Familiar Dr. Héctor Reyno Gutiérrez de Alto Hospicio” con misma fecha. Cabe destacar que la procedencia de los 7 primeros Derechos y desde el segundo al séptimo Deber se obtuvieron del “Acta de Reunión de los derechos y deberes”, por lo que de los otros derechos y deberes restantes, no se identifica su procedencia. Por otro lado, cabe señalar que la diferencia entre el documento de Propuesta y el documento Oficial refiere a los participantes colaboradores en la confección de la carta, en la Propuesta se especifica a los colaboradores que fueron: Unidades vecinales y otras organizaciones sociales HCSF, representantes a reunión: G.C.L., Presidenta J.V. Pioneros del Desierto (sector sol) y D.A.L., Presidenta JV La Pampa (sector Luna), en cambio en la carta oficial no salen especificados los actores, sino se mencionan a grandes rasgos titulándolos como; Las Unidades Vecinales y Otras organizaciones sociales del HCSF. En cuarto documento relacionado con el tema, titulado “Propuestas a construcción de cartas de derecho y deberes usuarios – Internos”, que no detalla fecha, también se identificaron 15 derechos y 14 deberes, sin tener relación directa con el título del documento.

En base al documento anterior “Propuestas a construcción de cartas de derecho y deberes usuarios – internos”, no detalla fecha, señala 31 derechos y 32 deberes, no obstante, se dividen sin ítem, para los Internos y para los Externos, de los cuales 16 derechos y 18 deberes es para los internos, mientras que 15

derechos y 14 deberes es para los externos. No se identificó un documento que acreditara que el anterior, es la carta de derechos y deberes internos oficial.

Con respecto a la subcategoría Portales de Información Ciudadana. En base al documento titulado “Registro Mensual de atención en la OIRS” del 2007 es un formato tipo de trabajo, se puede señalar que se detalla la cantidad de las: informaciones, consultas, sugerencias, felicitaciones, reclamos, competencia técnica, infraestructura, tiempo de espera, procedimientos administrativos, probidad administrativa y AUGE asimismo, se señalan los plazos de respuesta a las solicitudes ciudadanas como son los reclamos respondidos dentro de 20 días de plazo o reclamos resueltos en 180 días. Además cabe destacar que este mismo formato fue utilizado el 2008.

El documento Sistema de Atención Integral OIRS se detalló el número de captura de los: reclamos, sugerencias y felicitaciones, no obstante no se detalla la el número de entrega de información, orientación y respuestas.

El mismo año 2007 se registro un documento titulado Informe de Trabajo, con fecha específica 2 de octubre del 2007, que señalaba la elaboración de un flujograma de los procedimientos mediante un consenso, para la gestión de reclamos, los cuales deben ser difundidos a la comunidad, por la OIRS y los representantes del consejo de desarrollo, por lo que interpreta que se ha integrado un nuevo paso a seguir en torno al flujo de atención al usuario, que avale que se está cumpliendo eficientemente con la labor de la OIRS. También se señala que se trabajó en una pauta de conocimiento de los conceptos básico referidos al funcionamiento legal, técnico y práctico de la OIRS, no obstante no especifica quienes fueron los participantes, solo los señala como asistentes. Este documento “Informe de Trabajo” podría ser una evidencia de la “Hoja de Registro” que era un formato tipo trabajo, puesto que de este documento (Hoja de Registro) pudo haber sido utilizado para idear el contenido del flujograma, para la gestión de reclamos.

En el siguiente año, se utilizó el mismo formato de la Hoja de registro 2007 (utilizando las mismas consultas e informaciones), a su vez también se utilizó el “Ordinario N° 211”, con fecha 8 de marzo del 2008, determinado por el servicio de salud Iquique, el cual entra en vigencia un nuevo formato de registro de atención, que exigía informar al usuario si ha acogido su solicitud en un plazo no superior a 5 días, que apela a facilitar un comprobante acuse de recibo al usuario en un plazo no superior a los 5 días a través de distintos medios como la: “Entrega de

copia o talón de solicitud ciudadana, Llamada telefónica, Envío de Ordinario o comunicación escrita al domicilio u otra modalidad de acuse de recibo que debe especificar como cuál y describir, lo que se debería ser entregado a los usuarios que acudiesen a la OIRS. Por lo que se puede interpretar además, que a través de dicho acuse y desarrollo del Flujograma tienen la intención de mejorar el funcionamiento, sirviendo como mecanismos que ayudan a mejorar la eficiencia en la OIRS.

A su vez desde el REM entre los años 2008 al 2010, se conlleva un catastro consecutivo de: sugerencias, felicitaciones y consultas en el HCSF, solo el 2008 hay reclamos, y en el 2009 y 2010 se distinguen entre reclamos GES y no GES. Por lo que a través de este catastro se identificaron las demandas que tiene la OIRS frente a la comunidad. En base a las sugerencias el 2010 hay una cantidad menor de solicitudes de esta, dado que son 9 en comparación al 2008 hubieron 21 y 2009 hubieron 23, identificándose una menor demanda el último año. Desde las felicitaciones el número no varió significativamente, puesto que el 2008 hubieron 55, el 2009 hubieron 52 y el 2010 hubieron 42. Y por último en base a las consultas se observaron números más altos, el año que tuvo menor consulta fue el 2009, con 2.305, le prosigue en mayor cantidad de demandas el 2008 con 7.428 y el último año casi supera el doble con 13.576. El 2008 se identifica un número considerable con 120 reclamos. Mientras que en los reclamos “No GES” el año 2009 fue de 28 por lo que en el año que le prosigue aumento la demanda ha 115. Y en los reclamos GES el 2009 hubo 202, por lo que en el año que le prosigue esta demanda disminuyó a 11. En general se puede identificar dentro del catastro que la mayor cantidad de demanda fue el último año el 2010 con consultas, por lo que se puede identificar que la comunidad tiene incertidumbres frente al sistema del HCSF. Mientras que lo que hubo menor demanda fueron en las sugerencias dentro de los tres años, y además en menor cantidad el último año, por lo que la comunidad lo que menos ha apelado son a las sugerencias, y en el GES el último año disminuyó notoriamente, identificándose una comunidad con menos problemáticas frente al GES, mientras que en los NO GES el último año aumento considerablemente, identificando a la comunidad con un mayor descontento frente a las enfermedades que no se abordan por el GES.

En base a la subcategoría Mecanismo de Satisfacción Usuario A, se puede identificar desde el “Informe de asistencia a reunión consejo consultivo SSI” que si

bien se estableció un compromiso de desarrollar la encuesta de satisfacción, el HCSF, en ese compromiso el HCSF no participó para desarrollo de la encuesta.

No obstante se identifico una “encuesta de satisfacción usuaria HCSF”, que no figura fecha y no se divide por ítem. Se visualiza el propósito del instrumento, el cual abordó funcionamiento, la calidad de la atención, la infraestructura, entre otras. Además no se identifico documento que develara los resultados de la encuesta.

- Gestión Pública Participativa

Objetivo: Identificar y describir los ámbitos de participación social del eje gestión pública participativa generado por la implementación del modelo de salud familiar a partir de la percepción de los actores sociales involucrados en el proceso de participación social del HCSF.		
Categoría:	Subcategorías	
Gestión Pública participativa	Consejos de Sociedad Civil	✓
	Comité de Usuarios	✓
	Diálogos Participativos	✓
	Cuenta Publica	✓
	Presupuestos participativos	✓
	Educación Ciudadana	✓

Introducción

A partir de la identificación y descripción de los documentos se puede realizar un análisis documental, de todas las subcategorías que contemplan esta categoría, la que se desarrollará a continuación:

➤ Síntesis Comprensiva

Con respecto a la subcategoría Consejos de Sociedad Civil se logró identificar documentos del Comité Vida Chile comunales y del Consejo de Participación social de la dirección del Servicio de Salud. En cuanto al Comité Vida Chile se puede señalar que de acuerdo a “*Pauta de Programación 2008*”, el HCSF no participó en el plan comunal de promoción de salud de ese año. En el siguiente año el HCSF participo del plan comunal de promoción de salud, siendo esto señalado en el “*Programa de Promoción de Salud 2009*”, documento que prioriza los siguientes problemas: baños químicos comunitarios sin mantención y escasos para la cantidad de familias existentes en la toma de los alrededores del ex – vertedero La Pampa y pobladores que habitan en el vertedero municipal, con los consiguientes brotes de enfermedades y refugio de delincuentes. Existencia de lagunas de tratamiento de aguas servidas, cercanas a las poblaciones, problema de resolución particular, proliferación de ratas, guarenes y vectores en varios sectores poblacionales de la comuna, aumento del consumo de drogas en diversos sectores poblacionales, aumento focos delictuales, aumento de trastornos en salud mental, por carencia de fuentes laborales, cesantía y aumento de perros vagos.

De acuerdo a lo anterior el plan busca contribuir a la promoción de la salud a través de los cambios de estilos de vida saludable, para disminuir la aparición de problemas de salud de mayor prevalencia epidemiológica y otras enfermedades derivadas de la obesidad, sedentarismo, tabaquismo, salud mental de la comuna, mediante actividades intersectoriales y de participación comunitaria. Por consiguiente las intervenciones temáticas en la promoción de la salud son definidas como: la alimentación y nutrición, actividad física, tabaco, ambiente sano y seguro, zoonosis y vectores, consumo de alcohol (accidentes, violencia), salud sexual, salud bucal, otros componentes (carnaval de Alto Hospicio, festival de la voz infantil, participación juntas vecinales, anfiteatro Plaza de Armas, aniversario comunal y mejorando el sistema de acceso a la atención de salud).

Considerando la información anterior se puede señalar que en este documento existe una diferencia en cuanto a las intervenciones temáticas en promoción de la salud y la identificación de actividades por área temática. En el primero se mencionan como otros componentes actividades recreativas como carnaval de Alto Hospicio, festival de la voz entre otros y en el segundo se mencionan como otros componentes actividades correspondiente a factores psicosociales.

En cuanto a la conformación del Comité Vida Chile se puede señalar que los participantes del HCSF en el plan de promoción de salud de ese año, son el director de la institución y tres dirigentes vecinales (C.V, G.C y O.G).

Según la pauta de evaluación del plan de promoción de salud del año 2009 se establece que este documento en ese tiempo todavía seguía en ejecución y debía ser entregado el 15 de enero del 2010. No se identifican registros de cuando finaliza esta evaluación y cuando se realiza su entrega.

En el plan está determinado por los indicadores de cumplimiento del plan. Los componentes evaluativos son los siguientes: productos esperados según área temática, actividades, indicador de meta, porcentaje de cumplimiento, medios de verificación, recursos programados, recursos ejecutados, saldo al 31 de diciembre del 2009. Por lo tanto este documento se habría actualizado hasta esa fecha.

Según las áreas temáticas evaluadas a través de este documento se puede interpretar lo siguiente:

En el área temática alimentación y nutrición se describen tres ítem, en el primero se señalan 3 productos esperados, de los cuales destacan dos por contener sus respectivos indicadores de meta y sus porcentaje de cumplimiento. También se identifican los medios de verificación utilizados.

El segundo ítem señala un producto esperado, en el cual se trabaja el indicador de meta y el porcentaje de cumplimiento. También se mencionan sus medios de verificación.

En el tercer ítem se señalan tres productos esperados, en los cuales no se trabajan los indicadores de meta y en todos se señala el porcentaje de cumplimiento de 100%. También se identifican los medios de verificación.

En cuanto a los recursos ejecutados en esta área se puede señalar que estos fueron menores a los recursos programados.

En cuanto al área Actividad física se señala un producto esperado, en el cual se trabaja el indicador de meta y no se señala el porcentaje de cumplimiento por falta de evaluación de la municipalidad. Se mencionan los medios de verificación utilizados y se ejecuta la totalidad de los recursos programados.

El área temática Tabaco está compuesta por tres ítem, en el primer y segundo ítem se identifican tres productos esperados, en los cuales no se trabaja los indicadores de metas y el porcentaje de cumplimiento.

En el tercer ítem se señalan dos productos esperados, en el primero de ellos se realiza el indicador de meta y el porcentaje de cumplimiento, en el segundo no se realiza el indicador de meta por lo tanto su porcentaje de cumplimiento es señalado como 0%.

En esta área temática se realizan los medios de verificación y se ejecuta la totalidad de los recursos programados.

En el área temática ambiente sano y seguro se identifican dos productos esperados, en el primero se realiza el indicador de meta y porcentaje de cumplimiento, en el segundo se realiza el indicador de meta y no se trabaja el porcentaje de cumplimiento. Para estos dos productos esperados se utilizan los mismos medios de verificación. En cuanto a los recursos se puede señalar que se ejecuto la totalidad de los recursos programados.

El área temática zoonosis y vectores está compuesta por dos productos esperados, en los cuales se realizan los indicadores de meta y los porcentajes de cumplimiento. Se identifican los medios de verificación utilizados y se señala que se ejecuta la totalidad de los recursos programados.

El área consumo de alcohol y drogas (accidentes y violencia) está compuesta por tres productos esperados en donde se realizan los indicadores de meta y los porcentajes de cumplimiento. En esta área no se mencionan los medios de verificación utilizados y los recursos ejecutados.

En el área de salud sexual se identifican tres productos esperados, en el primero y en el segundo se realizan los indicadores de meta y los porcentajes de cumplimiento, en el tercero no se realiza el indicador de meta. Para los tres

productos esperados se utilizan los mismos medios de verificación. En cuanto a los recursos ejecutados se puede señalar que estos fueron menores a los programados.

De acuerdo al área temática salud bucal se puede señalar que de los tres productos esperados, en todos se trabaja el indicador de metas y el porcentaje de cumplimiento. En esta área se menciona un medio verificador utilizado y no se señala cuales fueron los recursos ejecutados.

Según el área temática salud mental se puede señalar que de los tres productos esperados, en todos se trabaja el indicador de metas y el porcentaje de cumplimiento. Se especifica cuáles fueron los medios de verificación utilizados y los recursos ejecutados que fueron menores a los programados.

En el área otros componentes se señalan 5 productos esperados, de los cuales en el primero y tercero de ellos se trabaja el indicador de meta y no se trabaja el porcentaje de cumplimiento porque según documento no está determinado por la municipalidad, en el segundo producto esperado el porcentaje de cumplimiento es 0%, porque la actividad no se realizó, mientras que en el último producto esperado ejecutado por el HCSF se realiza el indicador de meta y el porcentaje de cumplimiento.

En esta área no se señala cuales fueron los medios de verificación utilizados y los recursos ejecutados.

Para la formación del comité Vida Chile según “Acta N°1” los representantes de organizaciones sociales comenzaron a trabajar desde el 26 de junio del 2009, quedando conformado el grupo de representantes que iniciará el trabajo. A partir del 02 de Julio del 2009, según “Acta N°2” se exponen los lineamientos estratégicos considerados, propuesta de trabajo y los compromisos desde los representantes comunitarios.

De acuerdo “*acta de constitución consejo de participación social en salud del servicio de salud Iquique*” se puede establecer que cuando se constituye este consejo el 18 de diciembre del 2008, los representantes del HCSF no figuran en la lista de firmas según constancia de acta de constitución por lo que se interpreta que la institución podría no haber participado en la constitución del consejo.

Además a partir del 15 de junio, según “*informe asistencia reunión consejo consultivo SSI*” se analiza la situación actual del consejo consultivo SSI señalándose que a junio del año 2009 no se ha realizado programa de trabajo,

por lo que se acuerda realizar una jornada de trabajo del Consejo Consultivo SSI, para el día 20.06.2009.

El 26 de junio del 2009, según “Acta N°1” se plantea la necesidad de designar un representante en las reuniones del consejo consultivo del SSI, quien deberá asistir a estas actividades fuera de horario laboral. En cuanto a esto no se identifica documentación sobre el desarrollo de este acuerdo.

De acuerdo a los documentos del consejo de desarrollo del HCSF de la subcategoría comité de usuarios se puede señalar que desde diciembre del 2007 se comenzó a realizar un trabajo participativo con los dirigentes de las organizaciones sociales adscritas al HCSF, quienes en esa oportunidad fueron invitados a participar en el análisis de los antecedentes recopilados y el en proceso de sectorización comunitaria.

A esta invitación se suma el trabajo colaborativo que realizaron los dirigentes sociales en el SOME del HCSF, cuya evaluación estuvo fechada para el 26 de agosto del 2008. Además en dicha Acta se menciona una propuesta de resectorización a la poblacional del HCSF.

Otra evidencia acerca de la integración de la comunidad al trabajo del HCSF, es la invitación que esta institución extiende a los dirigentes de la junta vecinal Doña Inés de COLLAHUASI para la creación de su logotipo. En las bases de esta invitación se señala que este es un concurso abierto en el cual puede participar la comunidad inscrita al establecimiento y también los funcionarios y que la elección del ganador habría sido el 05 de septiembre del 2008.

En relación a la constitución del Consejo de Desarrollo se puede señalar que según “Acta N°1” se comenzó a trabajar para su conformación desde el 26 de junio del 2009 realizando comisiones de trabajo. El 28 de octubre del mismo año según “Acta N°11” se sigue señalando la importancia de crear un Consejo Consultivo del establecimiento.

Según “programa de encuentro nacional de consejos de la salud” fechado para el 9 y 10 de octubre en la sede Universidad ARCIS, se puede señalar que los dirigentes del HCSF fueron invitados a esta actividad que establece como objetivo: Constituir una red interregional y nacional de participación ciudadana de organizaciones sociales territoriales, funcionales, sindicales, gremiales e

interculturales, vinculadas a los Consejos de Salud, en defensa de la salud como un derecho y bien público integral, incluyente y solidario y además contempla la participación de 700 dirigentes de Consejos de salud, de organizaciones sociales vinculadas y de los gremios de trabajadores de la salud del país.

En esta actividad participa un dirigente del HCSF el cual en una reunión con fecha 29 de octubre del 2009 expone que se realizaron Trabajos Grupales, divididos en Norte, Centro y Sur. Asistieron en promedio 500 dirigentes de los 700 que se contemplaron en la programación, con el objetivo de elegir a una Directiva Nacional, donde el representante del HCSF fue elegido como Vicepresidente Nacional. También expone 9 problemas identificados a nivel nacional.

De acuerdo al encuentro anterior se generan 15 demandas en materia de salud expresadas en el documento "*resoluciones del segundo Encuentro Nacional de consejos de salud, Universidad ARCIS, Santiago, 9 y 10 de octubre del 2009*". Las demandas abordan temas que se relacionan con las políticas públicas en salud como: la exigencia de detener toda forma de privatización, la no aceptación al lucro con fondos estatales en salud y la adecuación de las políticas, planes y programas a la realidad multicultural y social. A diferencia de los problemas expuestos por el dirigente del HCSF que además se relacionan con temas específicos como mayor fiscalización en servicios higiénicos en áreas públicas y la existencia de quioscos saludables en los colegios.

Considerando las demandas que se generan a partir del encuentro nacional de Consejos de Salud y las problemáticas que expone el dirigente del HCSF que asiste a esta actividad se puede señalar que no existe un punto de encuentro entre esta dos.

Según "*acta de constitución consejo de participación social en salud hospital comunitario de salud familiar*" el 30 de diciembre del 2009 se constituye el consejo de desarrollo además se deja establecido según *resolución exenta N° 0031 que para su funcionamiento se atenderá a su reglamento interno*.

Con respecto a la subcategoría Diálogos participativos desde el HCSF, se puede señalar que no se identifican documentos que se refieran específicamente al desarrollo de este ámbito social en esta institución, no obstante se registra un documento que hace mención a su desarrollo a nivel regional titulado "*Foros de Salud, Desafíos y Propuestas ciudadanas, resultados del proceso Foros*,

construyamos juntos una mejor Salud para todos y todas al 2020". En el anexo "Región de Tarapacá" se señala las fechas de los 4 foros realizados en la región entre el 2009 y 2010. Además se exponen que las propuestas que se enmarcan en: una estrategia de desarrollo integral "interculturalidad", el trabajo infantil que apela a normativas que lo regulen y la incorporación del conocimiento de la medicina ancestral de los pueblos originarios.

De acuerdo a los documentos sobre cuenta pública en el HCSF se puede señalar que no se identifican documentos del desarrollo de este ámbito en la institución no siendo el mismo caso del Servicio de Salud de Iquique en donde un "Ordinario N° 451" del 01 de abril del 2008, expresa una invitación a una mesa de trabajo para una cuenta pública del SSI y además de acuerdo a "acta de reunión con el consejo consultivo del SSI" del 15 de junio del 2009 se señala la inquietud de las organizaciones sociales a trabajar en la cuenta pública, se agrega que el encargado del área de participación social del SSI enviara formato de cuenta pública.

En base a los presupuestos participativos se puede señalar que se identifica mediante cronograma, una resolución afecta N° 150, dictaminada en Abril del 2009 en donde a través de un monto se apela a la conformación de un equipo técnico de Presupuestos Participativos en Salud (PPS).

En Agosto, se debería haber firmado una Carta de Compromiso la que expresaría la disposición y disponibilidad para difundir esta iniciativa y organizar las asambleas territoriales las que integran a representantes sociales ante el Servicio de Salud, se debería haber determinado el proceso de difusión y las Jornadas de Capacitación en Presupuestos Participativos con todos los representantes de los Consejos de Participación en salud de la Provincia. Con respecto a lo anterior se puede señalar que no se obtuvieron registros sobre el proceso mencionado.

El 27 de Agosto del 2009, se realiza asamblea introductoria a los Presupuestos Participativos. Luego se realiza una asamblea el 02 de septiembre del mismo año para establecimiento de ideas de los PPS, las que fueron categorizadas a través de tres ejes temáticos; Participación Social, Interculturalidad y Satisfacción Usuaría. Además se especifica monto designado a Iquique (\$6.000.000) y a Alto Hospicio (\$4.000.000).

El 9 de Septiembre del 2009, se efectúa asamblea para crear los pre-proyectos mediante el establecimiento de prioridades. Se diferencia hasta la fecha un proyecto por cada eje temático siendo los siguientes: Participación Social: “Aprende de una vez”, Interculturalidad: “Tú primero, te cedo mi lugar” y Satisfacción usuaria: “Apoyando a una buena Salud”.

El 28 de Septiembre del mismo mes a través de una exposición final se determinan los 4 proyectos a votación: “Aprende de una vez”, “Tú primero, te cedo mi lugar”, “Guíame” y “Apoyando una buena Salud”. También en esta reunión se designan los siete representantes territoriales, que asistirían a la votación de los proyectos de participación social del HCSF.

Se realizó una “*ficha de presentación*” de los cuatro proyectos mencionados, señalando sus objetivos principales para ser presentados ante la red. Asimismo según “*documento PPS*” se extrae del cronograma que en el mes de Septiembre; posterior a la confección de los Pre- Proyectos se habría realizado difusión de los proyectos factibilizados a votación. El 03 de Octubre del 2009 según “*hoja de registro de asamblea*”, se realiza jornada de votación de los proyectos que integran a la red primaria de Iquique y Alto Hospicio.

Según “*acta de asamblea*” del 28 de octubre del 2009 el HCSF se adjudica dos de cuatro proyectos, que tuvieron mayor votación, estos fueron:

“Tú primero, te cedo mi lugar”, monto: 1.030.000 para implementar una fila de acceso preferencial y jornadas de trabajo.

“Aprende de una Vez”, monto: 1.300.000 para realizar una jornada de trabajo e el material educativo para el usuario.

Según “*documento de PPS*” en el transcurso del mes de Octubre se deberían haber sentado las bases técnicas de proyectos aprobados, la confección de Resoluciones, la presentación de los proyectos al CIRA y la difusión en el Portal de Mercado Público. El 30 de Octubre se debería haber realizado el cierre de licitación y adjudicación y del 02 al 30 Noviembre se deberían haber ejecutado la implementación de los proyectos aprobados y del 01 al 11 de Diciembre se debería haber realizado la etapa de evaluación de los Proyectos. Con respecto a lo anterior no se obtuvieron registros sobre estos procesos.

En cuanto a la etapa de ejecución de los proyectos en el HCSF, se obtienen registros de proyecto “Aprende de una Vez” los que se traducen en el programa de la Jornada ciclo vital infantil, adolescente y adulto los que no detallan fecha de ejecución correspondiente a los documentos anteriores.

La educación ciudadana en el HCSF se determina a través de los documentos de capacitación de los cuales se puede señalar que 8 de 12 documentos tratan sobre capacitación de funcionarios los cuales corresponden a: Un “*Ordinario N° 2952*”, con fecha 03 de septiembre del 2008, en donde se señala el envío de los lineamientos estratégicos para la formulación de los Planes y Programas Anuales de Capacitación 2009 de los servicios de salud, Un “*Memorándum N°198*”, con fecha 26 de septiembre del 2008 en donde se adjuntan al documento los lineamientos estratégicos para la formulación de los planes y programas anuales de capacitación 2009 Servicio de Salud, Un Documento titulado “*Lineamientos estratégicos para la elaborar planes y programas de capacitación 2009, por los servicios de salud*”, no detalla fecha y señala que su propósito es orientador, Un documento titulado “*Formato para elaborar el Plan de Capacitación 2009*”, con fecha 8 de agosto del 2008, Una “*Resolución Exenta N° 993*”, con fecha 27 de noviembre 2009 en donde se señala que debe constituirse un Comité Bi partido de Capacitación (CBC) locales, que tienen dos años de vigencia, Un “*Memorándum N°43*” del HCSF, con fecha 3 de marzo del 2010 en donde se invita a la primera reunión del comité de capacitación del HCSF, PAC 2010, Un Informa General de Capacitación “*curso avanzado de salud familiar*” del HCSF, se expone un curso que está inserto en el Plan Anual de Capacitación del HCSF que tiene como beneficiarios a los funcionarios del HCSF y Un documento titulado “*Programa Funcionarios, curso de gestión en el modelo de atención en salud*”, el que evaluaría las técnicas de registros de información familiar, el sistema de registro de información familiar y los factores de riesgo social familiar.

En cuanto a las capacitaciones de dirigentes de organizaciones sociales se puede señalar que no se identifica documentación de la ejecución de las capacitaciones para estos beneficiarios, mientras que si existen registros de programas de capacitación entre otros.

Se destaca en un “*Acta de la tercera reunión de la mesa de participación provincial*”, con fecha 8 de septiembre 2008 que la dirección del servicio deberá

capacitar a los dirigentes de los consejos de desarrollo. También cabe mencionar que según “*curso virtual*” que cita para los días 1 de junio al 30 de noviembre del 2010 se pretendía capacitar a los actores locales gubernamentales, instituciones, comunitarios y organizaciones sociales.

En un documento denominado “*Capacitación de los dirigentes CPSS*” se expone un programa de capacitación donde se abordan 3 temas: El Fortalecimiento de la organización de los consejos, Democratización de la gestión de los establecimientos en salud y Acciones y propuestas para el consejo, que se divide en dos: Reconocimiento en las instancias oficiales del consejo PSS y de los consejos de desarrollo y La Difusión general del CPSS.

Finalmente se pudo identificar un “*Curso de Lideres para el trabajo comunitario en salud*” en donde se abordan los siguientes temas: Reforma de salud, enfoques, determinantes sociales, promoción de la salud, Liderazgo y fortalecimiento organizaciones sociales y Metodologías Participativas para el trabajo con comunidades.

- *Fortalecimiento a la Sociedad Civil*

Objetivo: Identificar y describir los ámbitos de participación social del eje fortalecimiento de la sociedad civil generado por la implementación del modelo de salud familiar a partir de la percepción de los actores sociales involucrados en el proceso de participación social del HCSF.	
Categoría:	Subcategorías
Fortalecimiento de la Sociedad Civil	Iniciativas para el asociacionismo y el desarrollo social
	Fomento al Voluntariado
	Apoyo institucional a dirigentes sociales
	Infraestructura y apoyo tecnológico

Para esta categoría no se registraron documentos que avalaran el cumplimiento de este eje, por lo que no se pudo desarrollar una identificación, descripción y síntesis comprensiva de las subcategorías.

- No Discriminación y Respeto a la Diversidad

Objetivo: Identificar y describir los ámbitos de participación social del eje no discriminación y respeto a la diversidad generado por la implementación del modelo de salud familiar a partir de la percepción de los actores sociales involucrados en el proceso de participación social del HCSF.		
Categoría:	Subcategorías	
No Discriminación y Respeto a la Diversidad	Enfoque intercultural	✓
	Planes de mejora del trato	✓
	Enfoque de género	

Introducción

A partir de la identificación y descripción de los documentos se puede desarrollar un análisis documental de dos subcategorías; Enfoque intercultural y Planes de mejora del trato, puesto que de la tercera Subcategoría; Enfoque de género, no se encontró catastro documental.

➤ Síntesis Comprensiva

De acuerdo a “*Ordinario N° 752*”, con fecha 28 de Mayo del 2009, se estableció que desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales (ARS), se detectó un nudo crítico en la gestión, el que corresponde a la percepción de los usuarios sobre el trato otorgado por los funcionarios al facilitar prestaciones de salud, por lo que se requirió de la implementación de estrategias de mejora del trato para contribuir a los Planes de Mejoramiento de la Gestión, que de acuerdo a documento de “*Recomendaciones del Plan de Mejora de diseño del Trato*”, con fecha 28 de Mayo del 2009, se establecía que desde el año 1988 el Ministerio de Salud se ha encontrado trabajando en la implementación de la Ley N° 19.553 que incorpora el programa de estos planes, desarrollando sistemas de gestión que

mejoren las prácticas con objeto de llegar de mejor forma a los ciudadanos que reciben los bienes y servicios en salud; por medio de instancias como la OIRS, donde se identifican áreas críticas y por medio de mecanismos e instrumentos de evaluación aplicados por la SRA. Además las orientaciones metodológicas del plan deberían contener al menos una priorización del problema, definición de criterios para la localización del plan, localización del mismo, objetivos a largo, mediano y corto plazo, definición de estrategias, indicadores, formas de evaluación, cronograma de actividades, recursos y responsables.

En cuanto a la entrega del Plan, según “*Ordinario N° 752*” el 30 de Junio se habría entregado el Plan diseñado Participativamente y según documento de “*Recomendaciones del Plan de Mejora de diseño del trato*” el 30 de Septiembre: habría sido evaluado el Plan en ejecución y 30 de Diciembre: habría estado el Plan ejecutado y evaluado. El Ordinario anterior alude a primera fecha estimada para entrega del plan diseñado participativamente, lo que correspondería al primer segmento evaluativo, en documento de recomendaciones se refiere a otros dos segmentos, etapas de las cuales no se registran elementos verificadores. No obstante, se obtuvo un documento titulado “*Pauta de evaluación del trato del HCSF*” realizada por encargado de SOME, sin detalle de fecha, obtenida como registro de intervención del HCSF, en la que se identificaron brechas para el cumplimiento laboral. Las que se abordaron mediante una capacitación de actualización del sistema de referencia y contrarreferencia de la red asistencial, una reunión de trabajo con dirigentes vecinales, la publicación de paneles informativos en OIRS-SOME y la entrega de información por Alto Parlante del estado de Agendas Dentales, participando usuarios internos y externos.

De acuerdo a lo anterior, en comparación a ficha tipo formato para la elaboración del Plan contenida en documento “*Recomendaciones de diseño de plan de mejora del trato*” en documento “*Pauta de evaluación del trato del HCSF*” no se detalla lo siguiente: fecha de creación y ejecución del plan, objetivos a corto, mediano y largo plazo, indicadores, formas de evaluación, recursos contemplados, cronograma. Por el contrario, en ambos documentos se especifica lo siguiente: área crítica, localización del plan, estrategias utilizadas y grado de cumplimiento de la ejecución de los objetivos; los que cabe señalar, no son

descritos en la Pauta, sin embargo, según tabla de evolución contenida en la Pauta se cumplen en un 100% en dirección a resultados y consecuencias.

Como otra arista involucrada en la No discriminación y Respeto a la Diversidad se encuentra la Interculturalidad, área de la que en el año 2007, se obtiene un diseño de proyecto denominado *“Promotores de Salud Familiar, Hospital Comunitario”* especificándose como fecha de inicio del proyecto el mes de Enero y de término Diciembre del mismo año. Se detalla que esta experiencia comienza a gestarse como necesidad a partir de que el nuevo sistema de Salud Occidental y de la distancia comunicacional existente entre el HCSF y los pueblos del interior de la región. Por lo anterior se requiere del apoyo de la comunidad quienes hacen de intermediarios e interlocutores en el área de salud. Por ello se integra el trabajo de las promotoras de salud intercultural, apoyo permanente en las postas de salud, los que reciben capacitación continua, brindan horas de atención a pacientes en determinados sectores, realizan rondas junto al equipo de salud, educaciones, visitas domiciliarias, citaciones a control niño sano, citaciones a pesquisa de PAP, citaciones a control del adulto mayor, recordatorio de retiro de alimentos PNAC Y PACAM. Siendo el objetivo general Dar continuidad del proyecto de trabajo de las Promotoras de Salud Intercultural en la Comuna de Colchane considerando un incentivo monetario para coordinar y motivar al equipo completo que facilite el trabajo entre ambos sistemas de salud en bien de la población de las comunidades. No se visualiza material que aluda a ejecución y evaluación del proyecto.

Del 2008 se obtiene documento denominado *“Funciones de las Asesoras Interculturales”*, funciones que refieren a apoyar de forma general a los funcionarios de la Red de Salud en la cultura indígena de la zona.

Según *“Ordinario N° 01”*, con fecha 06 de Marzo del 2008, se citó a cada establecimiento de la Red Asistencial de la Región de Tarapacá, para asistir a una reunión de trabajo de Planificación anual del Programa Salud Pueblos Indígenas para el día 7 de Marzo del mismo año en dependencias del Servicio de Salud de Iquique. Según timbre de recepción de HCSF, no se asistió a dicha reunión porque documento llega con desfase de horario, posterior a ejecución de reunión. Además, según documento del mismo año denominado *“Planificación de Programas de Salud y Pueblos Indígenas 2008”*, planificación en el que se

integraron como ejes de intervención, la Equidad, la Participación y la Interculturalidad. Los ámbitos integrados en los ejes de acción fueron un Diagnóstico de situación e intervención sanitaria, Mesas de Participación Intercultural en Salud y Transversalización del enfoque intercultural en el modelo de gestión. Planificación de la que no se visualizaron registros sistematizados en torno a su ejecución y evaluación.

Según documento *“REM Facilitadora Intercultural Enero 2008”*, se realizaron 464 adscripciones de familias indígenas, se atendieron 190 consultas, se realizaron 5 operativos por sector y no registraron sugerencias, felicitaciones, reuniones por sector y charlas educativas.

En relación a documento *“Informe Intercultural del 2009”* se obtuvieron antecedentes sobre los objetivos trazados para el área Intercultural. El objetivo general se detalló como: Promover y fortalecer los espacios de acción que generen la interculturalidad en salud en el HCSF. Se señala también que la población adscrita corresponde a 1.837, lo que equivale a un 9,8% del total de la población de ese año, por lo que se interpreta que entre el año 2008 y 2009 se adscriben 1.373 usuarios, según datos obtenidos de año 2008 y 2009. Además se especifica que la población indígena no está exenta a factores de riesgo psicosocial en cuanto a la conformación de familias extensas disgregadas por situaciones de migración, lo que conllevaría a factores de riesgo, según documento generándose un nivel de adaptación complicado por el cambio cultural desarrollado.

Informe intercultural del año 2009, señala solo información de dato estadísticos de la población, no intervención.

Según *“Ordinario N° 1462” de 13 de Octubre del 2009*, se invita a Mesa de Trabajo Provincial en Salud Intercultural para programar Plan de Salud Intercultural del 2010, no se obtienen registros sistematizados de la planificación, ejecución y evaluación correspondiente a este año. En cuanto a esta última reunión asistió Asesora Intercultural.

En relación a la Planificación anual de los Pueblos Indígenas entre los años 2008 a 2010 se pueden comparar los siguientes aspectos. De acuerdo a reunión de planificación del 2008, se obtiene del HCSF documento acerca de la Planificación del Plan no registrándose escritos sobre su etapa de ejecución y evaluación a diferencia del año 2009 en que no se consiguen documentos sobre

la reunión de trabajo anual, planificación, ejecución y evaluación. Respecto al 2010, si bien se identifica asistencia a reunión de planificación anual, no se registra documentación de fase de planificación, ejecución y evaluación correspondiente.

En referencia a "*Programa Intercultural 2010*", se determina que existen 2.113 usuarios indígenas auto identificados, lo que equivale a un 2,5% de la población total, con un respectivo crecimiento de 1,7% en relación al año 2009. Según mismo programa el eje se despliega a través de sus funciones intrínsecas y también por medio de otras actividades relacionadas con el Parto Intercultural desde Enero a Noviembre del mismo año, tales como: 5.046 atenciones diarias en la Oficina de Informaciones de la facilitadora intercultural, 99 visitas domiciliarias de control prenatal- parto intercultural con partera - f. intercultural, asistencia de partera durante trabajo de parto en el Hospital Regional, lo que involucra la participación de Partera de Enero a Julio a dos partos por cada mes; en Agosto un parto; desde Septiembre a Noviembre 3 partos por mes y en Diciembre un parto. Además se registran 5.140 atenciones diarias en mesón rural y para realización de gestión y solicitud de hora y/o acompañamiento se determinan 124 horas y 30 acompañamientos.

De acuerdo a "*Informe Intercultural 2009*" que en comparación a documento de "*Programa Intercultural 2010*" en el primero se detalla información sobre antecedentes generales de la población sectorizada y la población indígena adscrita, datos que también se detallan en segundo documento, además se especifican sus características destacando en relación a la interculturalidad, la existencia de factores de riesgo psicosociales en cuanto a la conformación de familias extensas disgregadas por situaciones de migración a diferencia del segundo en el cual se expresa la necesidad del Gobierno por integrar la Interculturalidad en base a la no discriminación de las minorías, además de actividades expresadas en bases estadísticas sobre la Interculturalidad en cuanto al rol de la Partera relacionado al Parto Intercultural. Además cabe señalar, que no se registra documentación que exprese la implementación de la actividad mencionada anteriormente desde años anteriores al 2010.

Siguiendo la línea del párrafo anterior, en este ámbito se obtiene registro del diseño de un proyecto del año 2009 cuyo tema es la "*Atención de salud con pertinencia cultural a las familias del HCSF, control pre-natal con partera*" el que involucraría la realización de Ecografías a mujeres de comunas rurales de la

provincia del Tamarugal. Las beneficiarias directas habrían sido mujeres en edad reproductiva que están adscritas al HCSF, aquellas que planifican un embarazo, o bien que hubiesen estado cursando su proceso de gestación que se auto-identificaran con alguna etnia. Sobre esta iniciativa no se evidenció material documentado respecto a la ejecución y evaluación.

4.2 Análisis cualitativo (Bitácora)

(De acuerdo a técnica entrevista semiestructurada a informante clave)

- **Mecanismos de Satisfacción usuaria:** Según encargada del área de Participación Social del HCSF la Encuesta de Satisfacción Usuaría habría cumplido con la etapa de aplicación, no así con la difusión de sus resultados y análisis de los resultados en conjunto con los representantes de las organizaciones sociales adscritas a esta Institución.

- **Carta de derechos:** Según Trabajadora Social A. Ch. encargada del área de Participación Social del HCSF no se habría realizado actualización de la carta de derechos debido a que los miembros del Consejo de Desarrollo no lo habrían requerido.

- **Consejos de sociedad Civil – CIRA:** Según Trabajadora Social A. Ch. encargada del área de participación social del HCSF, el Consejo de Desarrollo de la institución participa en el CIRA.

- **Cuenta Pública:** De acuerdo a esta subcategoría, la informante clave, Ex Directora Subrogante del HCSF L. H, señala que no se ha realizado una Cuenta Pública en el HCSF, no obstante si han participado de Cuentas Públicas desarrolladas en el Hospital Regional y que es un tema que está pendiente.

- **Diálogos participativos:** Respecto a esta subcategoría la encargada del área de participación social menciona que los Diálogos participativos se realizaron a fines del 2009 en el HCSF a través de unas cartillas de trabajo y que la documentación sobre el desarrollo de los mismos, se encuentra especificada en el cuadernillo confeccionado a nivel Regional mencionado anteriormente en la técnica Revisión documental.

➤ **Enfoque intercultural:** Según Facilitadora Intercultural M.M. indica que en el año 2007 se realizó atención al público en relación a orientar, informar y

apoyar al usuario y a sus familiares de etnia indígena en el proceso de inserción en la red de atención primaria. No obstante, realizaron mayoritariamente asesoramiento a la OIRS en cuanto a orientación y consultas debido a la implementación del HCSF a mediados de dicho año. Según relato de Facilitadora, no se habrían registrado bases estadísticas en cuanto a la población indígena adscrita o de otras actividades con pertinencia intercultural. En relación al año 2008 según facilitadora, mayoritariamente se realizaba asesoramiento a la OIRS en cuanto a orientación y consultas a la comunidad adscrita, señala también que habría algunos registros sistematizados de atención al público con pertinencia indígena, no obstante, indica que no encuentra todos los registros sistematizados de las actividades realizadas en dicho año, puesto que, las habría suprimido de su sistema computacional operativo, como también agrega que se ejecutaron escasas acciones en dicho año o hubieron programaciones de actividades que no tuvieron continuación. En el año 2009 señala que en general no se habrían realizado actividades de promoción de interculturalidad en el HCSF o desde el mismo hacia las comunidades del interior de la región de Tarapacá, sino a partir del Hospital Ernesto Torres Galdámez (HETG) habrían surgido iniciativas relacionadas a este eje de acción. En relación al año 2010 expresa que se realizó atención al público perteneciente a alguna etnia y además se realizaron funciones de refuerzo en la OIRS. A su vez indica que se incluye la labor de una Partera, que se dedica a la atención de los Partos Interculturales de las mujeres pertenecientes a alguna etnia u otras que deseen adherirse a esta práctica, como al proceso que involucra el estado de gravidez, haciendo referencia a los controles prenatales tanto en dependencias del HCSF, como por medio de Visitas Domiciliarias, además de acompañamiento en el proceso de Parto en el Hospital Regional o en el HCSF en caso de que ocurriese algún tipo de emergencia.

4.3.- Análisis de Discurso

(De acuerdo a técnica Focus Group)

- Instrumento de Focus Group

➤ **Arquetipo**

Para la aplicación de la técnica focus group se ha determinado convocar a dirigentes sociales, participes del Consejo de Desarrollo, pertenecientes a

Organizaciones Sociales de los sectores luna, sol, tierra y mar del Hospital Comunitario de Salud Familiar “Dr. Héctor Reyno Gutiérrez”

➤ **Guía de preguntas**

Preguntas introductorias:

- ¿Qué entienden por participación?
- ¿En qué instancias creen han sido considerados participativamente dentro del área de participación social del HCSF?

I. Categoría: Derecho Ciudadano a la Información Pública

1.- ¿Conocen algún método de evaluación de la gestión del HCSF?

2.- ¿Cómo es el acceso a la información del HCSF?

2.-¿Cómo describen ustedes el proceso de confección de la carta de derechos y deberes en el HCSF?

II. Categoría: Gestión Pública Participativa

3.- ¿Cómo entrega la información institucional el HCSF a los miembros del Consejo de Desarrollo?

4.- ¿De qué manera participa el Consejo de Desarrollo en la toma de decisiones de planificación del HCSF?

5.- ¿Han integrado sus sugerencias en los procedimientos reglamentados para las unidades del HCSF?

6.- ¿Cómo describen su participación en el CIRA?

7.- ¿Qué espacios de consulta se identifican en el HCSF para la comunidad?

8.- ¿Ustedes saben si el HCSF ha realizado diálogos participativos con la comunidad?

9.- ¿Han participado en la etapa de planificación de los presupuestos participativos? Describa su participación

10.- ¿Han participado en la etapa de ejecución de los presupuestos participativos? Describa su participación

11.- ¿Han participado en la etapa de evaluación de los presupuestos participativos? Describa su participación

12.- ¿Han sido capacitados en temas que les permitan conocer aspectos sobre el modelo de salud familiar en participación social?

13.- ¿Han sido capacitados en temas que les permitan conocer aspectos técnicos de gestión, como por ejemplo diseño y evaluación de proyectos?

A través de los datos recopilados mediante la técnica Focus Group, se procederá mediante el análisis de discurso a Identificar y describir los ámbitos de participación social de la agenda pro participación ciudadana desde los ejes del eje Derecho Ciudadano a la Información Pública, Gestión Pública Participativa, Fortalecimiento de la Sociedad Civil y la No Discriminación y Respeto a la Diversidad generados por la implementación del Modelo de Salud Familiar a partir de la percepción de los actores sociales involucrados en el proceso de participación social del HCSF.

El primer Focus Group a analizar se realizó el viernes 25 de febrero del año 2011 en el casino del HCSF desde las 16:30 hasta las 18:45 horas. Los participantes fueron los beneficiarios directos e indirectos involucrados en el proceso de Participación Social del HCSF. (Ver anexo N°...)

Se utilizaron preguntas como guía introductoria; una referida al concepto de participación y otra dirigida a las instancias en que los actores sociales se han considerado partícipes en el área de participación social del HCSF. Dichas preguntas se han implementado para efectos de esta investigación, puesto que, tienen relación con los ejes mencionados en el primer párrafo y son las siguientes:

- ¿Qué entienden por participación?
- ¿En qué instancias creen han sido considerados participativamente dentro del área de participación social del HCSF?

Cabe señalar que las preguntas introductorias serán analizadas a modo general; según relato, secuencia e interacción social de los participantes.

- ***Percepciones sobre el concepto de Participación***

Los actores sociales involucrados en el proceso de Participación ciudadana del HCSF y partícipes del primer Focus Group han manifestado diversas concepciones y asociaciones acerca de Participación, las que serán desarrolladas a continuación según relato de cada miembro partícipe de acuerdo a la secuencia de la actividad.

La Participación según uno de los miembros se entiende como estar presente en la necesidad en algo que un tercero desea conocer y por aprendizaje individual.

Un actor social asocia la participación al concepto de participación ciudadana entendida según relato como: *“...participación ciudadana con la comunidad ese es el concepto amplio que yo tengo ser partícipe de algo cierto en, en dentro de un contexto digamos de comunidad ser parte integrante digamos integrante digamos de un sector y como dice ella también participar en el sentido de estar presente en todo digamos en todos digamos los temas más importantes con respecto a la salud...”* Participación que refiere origen dentro de un contexto comunitario y sectorizado de acuerdo a segmentación de población del HCSF y a su vez, al involucramiento de la comunidad en temas eventuales en el área de salud. Además hace énfasis a la participación, como la inclusión de la comunidad en el proceso de toma de decisiones, forjar ideas para un objetivo en común, existiendo voluntad e interés individual por incluirse en este accionar, que muchas veces tiene como obstáculo a la comunidad, según relato *“...participar en algo tener esa chispa esa magia que muchas veces también es apagada por la misma comunidad...”*

Según otro asistente, la participación refiere a la transmisión de experiencia y adquisición de conocimientos acerca de los requerimientos de la comunidad alternando vías de solución.

Otro participante, manifiesta que la participación se entiende como el quehacer cotidiano, como un proceso natural en el que existe una gama de formas de expresión, ya que en la actualidad se han suscitado espacios de acción para la promoción de la misma en distintos ámbitos, no sólo en el área de salud. Participación que según relato se entiende como: *“... en el sentido de, de formar parte en el quehacer diario ser protagonistas tener algo que decir como decía la señora M.R tener algo que decir frente a la contingencia (estornudo) ehh no dejar que la vida pase por el lado de uno y pase sino que uno ser parte de ella entonces por eso yo le decía como es un proceso para mi yo lo encuentro natural en el sentido yo vengo participando desde el colegio...”* Además cabe mencionar que el actor social señala que antes la participación era de tipo funcional; según relato *“...eso es bueno tomar en cuenta ósea la opinión de la gente siempre antes las cosas venían desde arriba impuestas....”*

Por último, cabe mencionar otro miembro sugiere que en el HCSF participa la comunidad y el personal, lo que expresaría indicadores de conocimiento de la (s) problemática (s) de los usuarios y de cada sector de la comunidad, a diferencia de la participación que se genera en otro Establecimiento de Salud de la comuna del que éste miembro es partícipe. Además menciona que los Dirigentes cumplen un rol relevante, puesto que, son transmisores de inquietudes, necesidades y de aspectos contingenciales de la comunidad. Dicha comparación alude a la participación de tipo sustantiva que se genera en el HCSF, que de acuerdo a su relato se manifiesta de la siguiente forma *“...aquí es la participación incluso del personal que allá se ve poco, el interés de saber la problemática del sector de las personas que se atienden lo que allá no está pasando...”* *“...yo las veces que he participado veo que está integrado el personal que es distinto el servicio...”*

A continuación se puede señalar en cuanto a los relatos de los participantes, la interacción social de los mismos y la secuencia temporal de respuestas:

Al inicio del desarrollo de las respuestas suscritas por los miembros se comienza previamente con un momento de silencio. Luego comienza un participante sugerido por uno de los moderadores a fin de promover la interacción de los miembros. En este primer turno de habla el participante que comienza no es interrumpido por los demás interactuantes y expresa su respuesta con claridad, refiriéndose al tema como algo significativo.

R.V: “...En conjunto, uno no participa porque si, uno siempre hay un objetivo, entonces como se dice participación es este como se dice es estar presente de Rep. y hay un buque forma gana un ente este como se llama en la necesidad, o en algo que ustedes desean saber o nosotros también participar tratar de averiguar más de un tema o escuchar más cierto...”

El siguiente hablante expresa su idea sin interrupciones, destacando su propio concepto de participación, el que asocia a participación ciudadana, el cual refiere a modo a modo general, además de integrar una acotación de otro miembro al avance de su respuesta. Además trata el tema como algo relevante.

M.R: “...Es que como nosotros trabajamos cercanamente a la

comunidad o sea realmente cuando hablamos de participación siempre por lo menos yo mi concepto lo llevo a participación ciudadana con la comunidad ese es el concepto amplio que yo tengo ser partícipe de algo cierto en, en dentro de un contexto digamos de comunidad ser parte integrante digamos integrante digamos de un sector y como dice ella también participar en el sentido de estar presente en todo digamos en todos digamos los temas más importantes con respecto a la salud...” “...En la toma de decisiones en poder que se yo poder eh plasmar las ideas realmente participar en las ideas em ya de un objetivo como se dice...”

Posteriormente se produce un momento de silencio al término de la respuesta del interactuante anterior, instante en el que uno de los moderadores promueve la interacción de los miembros al integrar a los participantes que no han expresado respuesta a tal pregunta, a causa de aquello uno de los miembros expresa su respuesta apuntando al tema como algo significativo.

J.M: “...Yo entiendo por tomar parte en la solución de problemas también entiendo por aprender por entregar la experiencia que uno tiene conocer lo que requieren las personas del sector y tratar de darles soluciones eso...”

El participante en su turno de habla se ríe para señalar su experiencia personal en cuanto a la participación realizando un énfasis sobre ello. En un comienzo concuerda con la idea de otro participante. El interactuante trata el tema del que habla en un principio como algo natural. Al proseguir con su respuesta se ríe en un principio al señalar de antemano que no relacionará la participación con el ámbito político, refiriéndose a esto de modo improvisado y cómico. En el desarrollo de su turno de habla se ve interrumpido por un participante que se integra en ese instante a la actividad, no obstante logra culminar la formulación de su respuesta, la que es manifestada de forma espontánea durante su turno de habla.

C.V: “...Yo lo veo en el sentido de, de formar parte en el quehacer diario ser protagonistas tener algo que decir como decía la señora Marta tener algo que decir frente a la contingencia (estornudo) ehh no dejar que la vida pase por el lado de uno y pase sino que uno ser parte de ella entonces por eso yo le decía como es un proceso para mi yo lo encuentro natural en el sentido yo vengo participando desde el colegio desde la básica que se llama

ahora de cuando yo estudiaba era primaria cuando yo cuando íbamos con una piedra y un martillo de cincel a la escuela (Carcajada) eh entonces de allá que uno viene participando cierto del colegio después en el barrio con los jóvenes organizando clubes deportivos centros culturales eh haciendo cosas después eh eh de adulto adquiriendo compromisos con la familia en el sentido de centros de padres, catequesis...” “...Claro ha sido parte o sea no sentirse fuera y en todos los procesos de la vida y de la historia cierto eso he no quiero entrar en el plano político cierto pero uno (carcajadas) participa en muchas cosas eso no solamente en los compromisos vecinal familiar estudiantil como ustedes ven cierto hay una gran gama eh y es un poco el sentir que tiene nos expresamos de muchas formas, las formas como nosotros vemos el participar ahora eh...Buenas tardes (llega un miembro del consejo de desarrollo)...como uno lo venía haciendo en forma espontánea y siendo parte de lo que estaba haciendo lo bueno que se produjo fue cuando se abrieron los espacios y se invitó a la comunidad o sea a los dirigentes a la participación ciudadana que esto se viene viendo no solamente en salud sino que en todos los ámbitos entonces eso es bueno tomar en cuenta ósea la opinión de la gente siempre antes las cosas venían desde arriba impuestas....”

En este turno de habla el participante interrumpe al interactuante anterior. Su turno en un principio se ve interrumpido debido a lo cual se genera un momento de silencio con la llegada de un miembro en el desarrollo de su respuesta. El participante se refiere a la participación desde un principio de un modo idealista y luego cuando se refiere a la respuesta de la comunidad en cuanto a la voluntad e iniciativa de participar trata el tema como algo preocupante.

M.R: “...Yo creo que también participación en mi opinión también es querer participar también existe la voluntad y el ánimo de ser porque no todo en la vida las personas tienen interés de participar ósea hay personas que ay no, no, no me gusta no esto no muchas veces entonces la palabra no va con un interés personal de poder estar presente de aquí de allá es más bien un interés de bien adentro porque hay veces en realidad que a la gente le pasa la vida por de lao y pasan ahí nunca se preocupan del vecino no se preocupa de nadie del entorno no está ni ahí y tener las ganas ¡po! las ganas como se dice de participar en algo tener esa chispa esa magia que muchas veces también es apagada por la misma comunidad ...”

En la iniciación del turno el hablante se había integrado posterior al comienzo de la actividad, por lo que es incluido por los moderadores y sus pares. Saluda previamente y expresa su respuesta de la primera pregunta en el transcurso de la segunda pregunta, produciéndose un desfase en la secuencia. En su turno de habla realiza una distinción entre el HCSF y otra institución en la que participa destacando el modo de trabajo de la primera y el modo de trabajo que realiza el otro establecimiento. Se observa que el participante transmite el mensaje como algo comparativo y significativo desde el accionar del HCSF, haciendo énfasis en las características integradoras que transmite el HCSF en cuanto a la comunidad, personal y Dirigentes Sociales

D.F: "...Aquí es la participación incluso del personal que allá se ve poco, el interés de saber la problemática del sector de las personas que se atienden lo que allá no está pasando es una lucha como nos cambian de Director tenemos que empezar a ordenar al Director o guiarlo para lograr lo que nosotros queremos y eso no pasa acá y yo las veces que he participado veo que está integrado el personal que es distinto el servicio...en cambio acá yo veo el interés a saber y a aceptar las críticas eh eso es bueno porque eh cuando uno trae la voz de la población porque nosotros los Dirigentes somos eso somos la voz de la población entonces tenemos que transmitir las inquietudes las necesidades y lo que está pasando..."

- *Instancias de Participación Ciudadana*

De acuerdo a las instancias de participación en la que los miembros se han considerado involucrados dentro del área de Participación Social del HCSF se identifican según relatos las siguientes:

Se identifica según un participante la etapa de planificación del establecimiento en donde los dirigentes habrían trabajado en la sectorización territorial, para la determinación del nombre o logotipo del HCSF. También el mismo alude que de acuerdo a esta etapa se ha promovido la educación ciudadana en cuanto a las diversas prestaciones que facilita el HCSF. Además realiza un énfasis en el que la participación se transforma en un distintivo, haciendo referencia a que la comunidad se manifiesta consolidada al pertenecer

al HCSF de acuerdo a los flujos de información que se han desarrollado entre el establecimiento y la comunidad, lo que conlleva la integración de la comunidad en el proceso desde la implementación del HCSF.

Otro participante, menciona la etapa de planificación del HCSF, desde la participación de los actores sociales involucrados en el proceso, aludiendo a la reciprocidad y simetría de relaciones establecidas entre el establecimiento y los representantes de organizaciones sociales que son los entendidos directos de las problemáticas de la comunidad. Que según relato del miembro se expresa de la siguiente forma: *“...nos tuvieron en cuenta para participar, yo creo que también eh también tuvieron respeto al escucharnos las ideas, porque nosotros como dirigentes sabemos la problemática que sucede en esta comunidad, entonces la gente que iba desarrollarse acá era nueva, entonces yo creo que era compartido porque solos yo creo que claro lo hubieran podido hacer pero se hubieran demorado entonces con nosotros que conocemos el lugar la gente, los motivos...”*

Otro de los miembros se refiere al igual que el participante anterior a la etapa de planificación, en donde algunos de los dirigentes realizaron funciones inductivas hacia la comunidad en base a los requerimientos de la fase de implementación del HCSF, haciendo énfasis en el conocimiento de la comunidad de las prestaciones del Hospital a través un trabajo informativo. También reconoce como otra instancia participativa el proceso de los Proyectos de Presupuestos Participativos en Salud del 2009, en donde asocia el trabajo colaborativo realizado entre los Representantes de la comunidad y el HCSF. Por último refiere al momento en que posiblemente el establecimiento cambiaría de dependencia jerárquica desde el Servicio de Salud a la Municipalidad de la comuna, situación en la que se involucraron desde una contraposición y en la que se consideraron según señala el participante involucrados participativamente desde el sistema.

En cuanto a la secuencia temporal e interacción social de los participantes en el desarrollo de esta pregunta se puede señalar lo siguiente:

El participante formula su respuesta inmediatamente después de realizada la pregunta. Las instancias de integración son referidas a la etapa de planificación del HCSF, desde su implementación, refiriendo el tema como algo efectivo y realizando un énfasis en el segundo turno de habla al señalar que el proceso participativo fue “lindo” y “maravilloso”.

M.R: "...Cuando se inició también la parte que fuimos partícipes en un principio nos tomaron en cuenta desde principio para elaborar el proyecto del Hospital Comunitario..."

M.1: "Ahh ya"

M.R: "...El nombre, como nos íbamos a dividir por sectores, fue muy lindo, muy maravilloso esa parte porque nos tomaron en cuenta a nosotros a los dirigentes como para plasmar esa parte desde un comienzo nos tomaron en cuenta a nosotros..."

El participante trata el tema del que habla como algo simétrico y estratégico en cuanto al trabajo proporcional que se habría generado entre la comunidad y el HCSF. Luego del primer turno de habla se concibe un momento de silencio, en donde uno de los moderadores complementa lo expresado por el hablante, el que luego reafirma el desarrollo de su respuesta.

R.V: "Aparte de eso que nos dieron eh como se puede decir aparte de eso que nos llamaron, nos tuvieron en cuenta para participar, yo creo que también eh también tuvieron respeto al escucharnos las ideas, porque nosotros como dirigentes sabemos la problemática que sucede en esta comunidad, entonces la gente que iba desarrollarse acá era nueva, entonces yo creo que era compartido porque solos yo creo que claro lo hubieran podido hacer pero se hubieran demorado entonces con nosotros que conocemos el lugar, la gente, los motivos entonces parece que es así..."

M.1: "Se fueron como las ideas plasmando"

R.V: "Exacto eh la idea las personas que nos había citado mas nosotros con la ayuda ambos hemos logrado eso no solamente nosotros ellos también porque parece que mutuamente nos necesitamos"

La participante realiza una acotación respecto de las impresiones de la comunidad en torno al proceso de participación. Transmite el mensaje como algo efectivo e innovador desde la integración realizada por el HCSF con la comunidad adscrita.

M.R: "...Quería acotar algo, resulta que el hecho que nosotros podamos ser partícipes bueno en general la comunidad de cierta manera es como un plus para la comunidad se sienten fortalecidos como decía ay yo se siente como orgullosos de pertenecer al Hospital porque son escuchados porque son tomado en cuenta entonces ellos se sienten como más arriba dicen chuta contamos con este Hospital, se siente como más fortalecida la comunidad como que si recibe información de una forma u otra reciben porque se ha invitado a la comunidad muchas veces a la comunidad a las reuniones y hay muchas veces que no llegan por muchas razones pero si se trata de llegar la información a la comunidad y eso lo hacen ser fuerte a ellos decir si puedo reclamar si con propiedad decir mi pensamiento que no fui atendida bien y ellos lo transmiten a nosotros..."

Al iniciar la secuencia el participante focaliza la respuesta haciendo mención a las instancias de participación social y rescatando el aporte de los hablantes anteriores acerca de la integración por parte del HCSF en la etapa de planificación. En el segundo turno de habla el mismo participante realiza un énfasis al señalar que la comunidad ha sido incluida en dicho proceso. El interactuante refiere como instancia participativa la formulación de los presupuestos participativos. Lo trata como algo positivo que contempló las iniciativas de la comunidad. Además se refiere al momento en que se barajó la posibilidad de cambio del HCSF a dependencias del Municipio como algo substancial en el que los dirigentes se hicieron partícipes para expresar su posición inversa respecto del tema. Cabe señalar que en general el hablante expresa su respuesta con claridad y luego de su primer turno de habla otro participante reafirma el desarrollo de su idea.

C.V: “Ahora en esa pregunta dos digamos juntando lo que decía la señora Marta y la señora Ruth y Daniel eh uno se siente parte del proceso eso es bueno cuando lo comienzan a tomar en cuenta porque ya se siente parte del proceso era bien clara la señora Marta cuando decía el haber trabajado desde el inicio creando las diferentes áreas sol luna mar tierra eh viendo cómo iba a funcionar en qué condiciones se iba a atender a la gente eh como iba a ser la entrega de horas eh tenemos el caso de algunas dirigentes que vinieron a participar en la entrega de los números”

R.V: Si participamos en eso para ver la realidad.

C.V: “Se participó en eso entonces eso es integrar a la comunidad eso es tomarla en cuenta no solamente decirles nosotros somos buenitos vengan para acá y hasta ahí no más, una segunda instancia fue también cuando eh el año ante pasado eh se presentó la posibilidad de los Presupuestos Participativos con los que trabajamos con ustedes cierto donde eh todo fue saliendo de parte nuestra en un trabajo en conjunto con el Hospital eh las necesidades que habían nosotros queríamos poco menos que hacer un castillo grande cierto y ver todo el asunto pero de a poquito fuimos aterrizando y viendo las posibilidades que teníamos, entonces eso bueno porque todo nació de parte nuestra, cuando el Hospital estuvo en peligro de pasar al Municipio también nosotros como comunidad también nos hicimos presentes estuvimos diciendo nosotros como comunidad de la Pampa no queríamos que el Hospital pasará, ósea perder lo que teníamos por lo que nosotros habíamos trabajado, entonces esas son formas como se llama señora Marta cuando a uno lo toman en cuenta lo toman en serio no cierto uno se siente grato uno se siente bien porque uno es parte del proceso...”

El hablante manifiesta como última acotación la relevancia de la educación ciudadana. Manifiesta su comentario como algo esencial para la comunidad y semejante en cuanto al proceso de participación ejercido. Para finalizar su comentario le solicita apoyo indirecto a otro participante.

M.R: “...Es que también desde un principio a esta parte se ha ido educando a la comunidad, porque si bien es cierto esto es como un proceso de educación también se le ha comunicado a ellos que si ellos vienen a pedir una hora están todos los canales abiertos todas las posibilidades de cómo pedir una hora eh la hora esa preferencial te acuerdas (le comenta a la señora R.V)...”

- **Categoría: Derecho Ciudadano a la Información Pública**

(Análisis por secuencias)

- *Mecanismos de evaluación de Satisfacción usuaria*

Desde el discurso de los actores sociales del proceso de participación social, se puede señalar que en la primera secuencia estos identifican dentro de los métodos de evaluación para la gestión; que son considerados en la etapa de planificación del HCSF, “El Comité de Reclamos del Buen Trato” el que se describe que está integrado por funcionarios del HCSF y la comunidad, en tanto pretende evaluar e investigar las formas de mejorar el sistema.

En la segunda secuencia, otro de los métodos de evaluación para la gestión que identificaron en la etapa de planificación del HCSF es “La entrega de Números” desde el apoyo de los miembros del Consejo de Desarrollo en la facilitación de números de atención a los usuarios, señalando que es una herramienta verificadora del funcionamiento del sistema.

- *Interacción social:*

En primera instancia un participante en su turno de habla es interrumpido por otro interactuante y luego es complementada su respuesta por otro hablante. En segunda instancia el mismo participante se expresa en forma irónica frente a su respuesta lo cual genera que los demás hablantes se rían, y por último finaliza la respuesta en forma directa. Se puede señalar que durante esta secuencia los participantes tratan el tema del que hablan como algo de interés.

M.1: Ya con respecto vamos a hablar ahora de temas más específicos de acuerdo al proceso de participación social acá en el Hospital en los mecanismos de satisfacción usuaria específicamente en los modos de evaluación vamos a preguntarle si es que ustedes conocen algún medio de evaluación algún método de evaluación de la gestión del Hospital que han ejecutado para evaluar la atención, el trabajo del Hospital etc.

M.R: Si si hicimos algo me acuerdo que fue...

M.1: Como por ejemplo la encuesta de satisfacción usuaria, si algún método de evaluación...

C.V: Sí, porque se creó el comité el cómo se llama...

M.R: El Comité de Gestión de Reclamos del buen trato al usuario.

C.V: Y ese está integrado cierto por un personal del Hospital y la comunidad el cual se ven los reclamos lo reclamos la bueno todavía no ha habido felicitaciones parece (carcajadas generales) tú vas evaluando y se va buscando las formas de ir mejorando el asunto dentro de las posibilidades pero se está trabajando en eso (INTERRUPCION DE M.R. MURMULLA) ahora es más el 1 de Marzo tenemos la reunión.

En cuanto a los turnos de habla se puede identificar una respuesta que fue interrumpida, por lo que fue mediada por la moderadora. Luego al final esta respuesta fue complementada por uno de los hablantes. Se puede señalar que en general los participantes tratan el tema del que hablan como algo de interés.

M.1: Qué otras evaluaciones (se escucha un ruido de celular de fondo)

M.R: Cuando vinieron las mismas mamás fueron...(interrumpida por otro participante)

J.M: Yo creo que...

M.1: Escuchemos la respuesta de la señora M.R.

M.R: Fueron a venir vinieron las mismas números te acuerdas esa es una forma también de evaluar el trabajo que se está realizando la entrega de números también esa es una herramienta se utilizó para saber si está funcionando bien

R.V: Si está funcionando bien el número de pacientes que iban a atender aquí en el Hospital la atención

En cuanto a la segunda secuencia, respecto a la cobertura de información del HCSF a la comunidad, un dirigente señala que la información de los procesos y procedimientos del HCSF no es suficiente, agrega que la falta de información influye en la atención que se le brinda a la comunidad. Además el mismo señala que el fin es que el Hospital cumpla con las expectativas y necesidades de la comunidad en este ámbito.

En cuanto a la interacción social se puede señalar que el interactuante trata el tema del que habla como algo importante. Con respecto a los turnos de habla se observa que el comienza y termina la secuencia de conversación sin interrupciones de otros hablantes.

D.F: Ha espera un poco para completar lo que está diciendo, cuando yo

digo la lucha de un Hospital verdadero, es también por ese tema el Hospital debería cubrir toda la comuna de hospicio y sus alrededores, lo que no está cumpliendo este, ahora nosotros necesitamos especialidades un montón de cosas independiente el acceso al hospital, el, la información de lo que está cubriendo ahora en este momento no es suficiente en este momento falta un poco hacer la información de que realmente está cubriendo el Hospital porque la gente solamente porque la palabra Hospital abarca mucho, y acude y pierde mucho más tiempo de venir de bajar a Iquique a ser atendido.

M.R.: Y puede ver.

D.F: Claro, ahí hay minutos que se pierden, y es complicado a veces cruzar lo que es el casco antiguo para este lado por el tema de la carretera. Falta un poco más de información y a la vez trabajar con el fin de que el hospital que se nos está prometiendo ahora cumpla con la expectativa de lo que nosotros como comunidad necesita.

- *Cartas de derechos*

Los miembros del Focus Group, señalaron en la primera secuencia que la confección de la Carta de Derechos fue participativa en el HCSF, se habrían integrado todas las ideas.

En la segunda secuencia señalaron que participaron e integraron a todos los sectores (Sol, Mar, Tierra y Luna) que componen el HCSF.

En la tercera secuencia señalaron que el proceso de la confección se desarrollo a través de dos sesiones, con todos los sectores integrando el criterio de vulnerabilidad social.

En la cuarta secuencia, señalaron que se desarrolló en el 2009 el proceso bajo dos perspectivas antagónicas, un hablante relata que fue una experiencia traumática, otro que se tramó de forma inadecuada, y un tercero que no se concretaron todos los puntos que ellos habían contemplado. No obstante, bajo la otra perspectiva la confección de la carta fue participativa, ya que se integraron los derechos y deberes, escenario que no se ha desarrollado en otros Hospitales.

En cuanto a la interacción social se pueden identificar las características de la acción dentro de las secuencias y los turnos de habla:

En cuanto a los turno de habla se puede identificar que las respuestas se fueron complementando entre los miembros del Focus Group. Desde esta

secuencia los hablantes en su turno de habla demuestran interés en el tema, responden en forma grupal e inmediata. Se puede señalar que en general los participantes tratan el tema del que hablan como algo importante.

M.1.: Ya, específicamente el tema de difusión de derechos del Hospital, me gustaría preguntarle sobre la carta de derechos y deberes sobre su confección, como trabajaron... ¿cómo pueden ustedes describir el proceso de confección de la carta?

M.R.: Participativa, con todos los dirigentes los directores del hospital, personal del Hospital.

C.V.: Lo hicimos aquí mismo, teníamos puesto ahí los paleógrafos y ahí fuimos anotando la...

M.R.: Plasmando todas las ideas.

En cuanto a los turnos de habla la participante responde en forma inmediata y además trató el tema del que habla como algo de interés.

M.2: ¿La carta de derechos la trabajaron por sectores?

R.V.: No... ¡Todos los sectores sol tierra mar lunar todos! ¡Todos!

El participante R.V. en su turno de habla alza la voz y responde en medio de de interrupciones y/o complementaciones de la respuesta, por lo que los interactuantes tratan el tema como algo significativo.

M.1: ¿Cómo fue ese proceso de la carta participativa, fue rápida, como trabajo, como puede describir el trabajo?

R.V.: El trabajo fue en dos sesiones, (M.R: sí) siempre proyectándonos para futuro, de acuerdo a los dirigentes de diferentes sector, porque acá vinieron de sol, mar, tierra y luna, entonces se nos dio prioridad por ejemplo mar sol tierra luna así y después en conjunto eh ya este pudo plasmar la carta, así como estamos conversando con usted igual, (M.R: tomando en cuenta) todos participábamos.

M.R.: Tomando en cuenta un poco la vulnerabilidad de los sectores también.

R.V.: Si.

M.1: Fue un.

M.R.: Un criterio que uso.

La acción de dos de los hablantes que se visualiza en primera instancia se manifiesta con evasión, puesto que en sus turnos de habla evitan responder a través de pausas y risas. Luego cuatro de los hablantes, en sus turnos de habla se interrumpían y/o complementaban su respuesta. Además por lo que dijo y como lo dijo A.P.; se puede observar que toma un rol pesimista al responder. Por lo que los interactuantes tratan el tema del que hablan como algo difícil de abordar.

M.1: ¿Que recuerda usted de la carta participativa don Carlos?

C.V.: Eh ya...

M.1: Eh (risas) cortito.

M.R.: (risas)

M.1: No, pero para conocer el proceso ¿cómo lo vivieron usted?

C.V.: Yo les deje una.

A.P.: Fue traumática.

M.R.: Fue el 2009.

R.V.: Fue el 2009 po ahora tamos al 2011.

Varias voces.

M.R.: En esa mis carta se tramo mal los..

A.P.: No se concretó nada de lo que nosotros queríamos.

M.R.: Los derechos del ciudadano porque como se dice entrecomilla, la gente viene acá y pide cosas imposibles. y se van ahí, usted sabe que hospicio ahora se ha ido como apaciguando un poco (A.P: se hizo, como hacerlo, los dirigentes más que nada apaciguo algo) pero cuando empezó este hospital y punto, yo vengo a este hospital aquí, eran como que no se hubieran salido de una jaula, y eran así como al final se iban a los combos, porque así era la gente de mal educa, entonces también, en ese sentido se tomó en cuenta el derecho de los ciudadanos, tomando en cuenta por los problemas que paso el hospital, porque yo, nunca o sea si igual eh participado en otras co... en otro hospital, nunca se había tomado en cuenta desde los deberes que tienen los ciudadanos

Un dirigente señala que la falta de información a la comunidad sobre la atención que el HCSF debe brindar, puede traer consecuencias graves para la comunidad, también agrega que es responsabilidad del HCSF y no de los dirigentes dar respuesta a la comunidad, termina la idea agregando que existe falta de difusión audiovisual. Ante esto la representante del HCSF añade que antes de que comenzara el funcionamiento del Hospital se invitaba a la comunidad a las reuniones del área.

En cuanto a la interacción social se puede señalar que en general los participantes en su turno de habla discrepan con los otros hablantes en particular con la representante del HCSF, también se puede agregar que los actores sociales tratan el tema del que hablan como algo de carácter preocupante y urgente. Con respecto a los turnos de habla se puede señalar que estos se interrumpen durante toda la secuencia.

M.R.: Pero caballero lo que pasa aquí sucede algo muy puntual, que se está jugando con la vida humana, de cierta manera porque acá supuestamente vino una persona porque ella tenía el concepto de hospital y lamentablemente no pudieron darle la atención adecuada y murió el bebe, perdió la vida entonces eso para mí es gravísimo, realmente entonces de que estamos hablando, o sea como dicen no podemos seguir cubriendo lo que pasa acá, falta más información a la comunidad, decir que es lo que realmente esto y hasta donde cubre, porque a nadie le gustaría perder la vida de un hijo.

A.P.: Eso, nosotros lo sabíamos de antes.

M.R.: No es que usted lo sabe, pero no todo el mundo porque ignoran, ignoran, ahora el hospital tiene un trabajo arduo en el sentido de que ellos como Hospital tienen que hablar ellos a la comunidad poner la cara y decir esto es lo que hacemos, no corresponde a los dirigentes.

L.H.: Señora Marta, usted testigo de que eso se ha hecho.

M.R.: Se pero yo estoy hablando de nosotros, pero ustedes como Hospital

L.H.: No estoy hablando de ustedes, estoy hablando de que cuando todavía ni siquiera empezaba el funcionamiento las reuniones eran ampliadas en que se invito a la comunidad.

M.R.: Creo que falta más difusión radial, televisiva, porque la gente todavía a este tiempo sigue ignorando se confunde.

- Tercera secuencia

En esta secuencia un miembro del Consejo de Desarrollo señala que la información tiene que reforzarse constantemente a la comunidad, posteriormente dos dirigentes y la representante del HCSF señala que la responsabilidad en este proceso es compartida.

Con respecto a la interacción social se puede señalar que en un comienzo la representante del HCSF discrepa de la idea que expone el participante anterior, luego los participantes anteriores coinciden en la idea que exponen. También se puede agregar que los actores sociales tratan el tema del que habla como algo importante. Con respecto a los turnos de habla se puede señalar que en un comienzo estos se interrumpen y luego se respetan.

D.F.: Ya, (Luz: es que por eso), partimos en el punto de que la información no se humanizo, entonces hay que hacer constantemente un repaso.

L.H.: No, no, no es que además, ustedes están viéndolo que desde el punto de vista de que la responsabilidad completa.

D.F.: No, no, no, no, no, es compartida.

M.R.: Es compartida.

L.H.: Es compartida entonces tienen que a ver un interés por parte de la población, a mi me parece extraño, que se esté diciendo cuando ya vamos a cumplir cuatro años de funcionamiento que hayan personas que no sepan que prestaciones da este establecimiento.

- Cuarta secuencia

Un miembro del Consejo de Desarrollo señala que ha existido participación de colegios, jardines, tercera edad y profesores ya que son los que se pueden agrupar con mayor facilidad, no obstante, la comunidad manifiesta desconocimiento frente a los temas que según relato serían los agentes sociales más significativos en la participación. También señala que en cuanto a la difusión de información la responsabilidad es compartida, agrega que el desinterés de la comunidad tiene una causa que se desconoce, complementa su idea señalando que los dirigentes realizaron difusión de información a la comunidad sobre las prestaciones del HCSF. Por último tres actores sociales señalan que se deben utilizar medios de comunicación masivos como la radio y diarios locales. Uno de ellos enfatiza que el compromiso de los dirigentes por su comuna no es el mismo que el de la comunidad.

Con respecto a la interacción social se puede señalar que en un turno de habla un miembro del Consejo de Desarrollo aclara una idea a un representante del HCSF. En general los actores sociales tratan el tema del que hablan como algo significativo. En relación a los turnos de habla se puede señalar que en una

ocasión un hablante interrumpió a su compañero anterior y posteriormente las respuestas se fueron complementando.

M.R: Yo voy a acotar un poquito, resulta que por lo que yo vi, ósea acá hubo participación en estos temas, pero participaron colegios, jardines, tercera edad, que son más fáciles de agrupar, profesores, pero las replicas, ahí es donde está el tema, yo no sé si esto fue replicado a los demás, porque la masa, como decir la pobla, la pobla realmente está en una no total ignorancia, pero la pobla si hay un dejar de estar de ellos, un dejar de que no se si no quieren escuchar, no quieren entender o no entienden a eso me refería yo a que mucho de ese tipo de gente tiene una ignorancia y un desconocimiento me entiende a la masa que es la mayoría acá en Alto Hospicio, pero si se ha replicado en los colegios porque vinieron gente de colegios de jardines vinieron persona de tercera edad vinieron dirigentes, vinieron muchas personas, pero realmente la masa, la que realmente tiene que participar, la que tiene que manifestar sus problemas es la que realmente no participa.

C.V: Lamentablemente.

M.R: Como hacerlo es ahí el gran problema y dilema.

C.V: El año pasado además hicimos un..... (Es interrumpido por M.R).

M.R: No es porque yo me vaya en contra del Hospital es todo entendible la señora debe estar molesta conmigo, lo que pasa realmente es que cuando yo me apasiono voy a tomar esto y voy a tener que ir a todas partes para darlo a la luz, en realidad no le echo la culpa al Hospital porque en realidad es un trabajo de ambas partes, pero algo faltó acá que esta pobla no, no, porque nosotros igual fuimos a replicar como dirigentes, fuimos a las 620 casas para informar de todo el tema del Hospital pero no sé que faltó acá algo.

R.V: Las otras juntas de vecinos.

L.H: Alomejor hay que verlo hay que utilizar medios de comunicación más masivos.

R.V: por la radio yo creo.

M.R: Eso es lo que yo le hablaba

L.H: Por ABC motivos debe ser así porque no todos son iguales por ejemplo las personas que están aquí son más apasionados, les gusta más impregnarse de las cosas de su comuna, no toda la gente es así, por ejemplo la señora juanita ve aquí que hay un establecimiento y viene de repente le da lo mismo no se apasiona tanto como ustedes, que haya o no haya un matron una cosa así. Por esto alomejor hay que idear un sistema de comunicación más masivo como lo es la radio y los diarios locales para difundir.

Para finalizar el análisis de esta categoría se procederá a analizar el siguiente fragmento.

A.P: Yo creo que el problema no es tanto, si el problema radica más en la parte política en la que entrega mala la información, si nosotros nos recordamos cuando se inició este hospital básico comunitario entre comillas, las autoridades, fueron las máximas autoridades, fue el presidente para abajo, dijeron que aquí se iba a construir un hospital, entonces aquí hasta los funcionarios vinieron engañados a trabajar porque ellos dijeron se abrieron las postulaciones para el hospital de Alto Hospicio y llegaron acá y al final que fueron engañados hasta por los sueldos porque los sueldos no eran de hospital sino que eran de consultorio básico. Entonces ahí vinieron muchas personas que dejaron sus trabajos allá en Iquique, renunciaron para venirse a trabajar acá llegaron acá y se dieron cuenta que realmente no era un hospital po! Que tenía muchas falencias, entonces partamos que la comunicación fue desde arriba hacia abajo y ahí la población quedo estigmatizada con un problema hacia el gobierno po! Entonces que eran unos mentirosos entonces y abocaron toda esa rabia en contra de los funcionarios que trabajaban acá por eso que hubieron muchos problemas de mal trabajo con los pacientes, entonces así ellos desahogaron toda esa rabia en los profesionales, todas las mentiras que les dijeron, hubo una vez en que tuvieron que venir carabineros porque funcionarios de urgencia fueron agredidos por el mismo problema entonces.

El actor social señala que la entrega errónea de la información radica en las directrices políticas, agrega que sus representantes desde el comienzo del funcionamiento del HCSF no entregaron la información adecuada a los funcionarios acerca de la atención que ofrecía la institución que según señala el dirigente correspondía a la de un consultorio básico.

También el dirigente manifiesta que la entrega de información fue impositiva y a partir de esto se generaron consecuencias como el sentimiento de estigmatización de la población hacia el gobierno la cual derivó en el trato agresivo por parte de la comunidad hacia los profesionales.

En cuanto a la interacción social se puede señalar que el actor social trata el tema del que habla como algo importante en el proceso de participación social.

- **Categoría: Gestión Pública Participativa**

Subcategoría Consejos de la Sociedad civil:

- Comités de Usuarios – Consejo de Desarrollo

Desde la primera secuencia, respecto a la difusión de información institucional, dos miembros del Consejo de Desarrollo señalaron que a la comunidad se les ha entregado libros, folletos y trípticos, al Consejo de Desarrollo se le ha expuesto a través de un medio audiovisual, se ha entregado material, tales como: documentos, carpetas, el trabajo que ellos habían desarrollado, un mapa con la sectorización del hospital y un CD. Además ellos señalaron que la Asistente Social les ha facilitado asesoría profesional.

- Interacción social:

En primera instancia dos de los interactuantes, respetan sus turnos de habla sin ser interrumpidos, no obstante, en segunda instancia todos los hablantes querían responder a la vez, interrumpiéndose constantemente, pero luego en tercera instancia se reordenan respetando a los dos primeros interactuantes, los cuales se van complementando. En general el tema se trata como algo relevante.

M.1: Entonces fue positivo el (M.R: si) el proceso. Ya, con respecto a la información que entrega el hospital a ustedes como consejo de desarrollo. ¿Como consideran ustedes esa entrega de información, como la ven, le entregan información institucional del proceso del consejo de desarrollo, le entregan eh (R.V.: herramientas) libros?

M.1: libros, documental.

R.V.: Si, las primero veces, los primeros meses nos entregaban folleto, también nos pasaban.

M.R.: trípticos

M.1: pero específicamente del consejo de desarrollo, ¿le han entregado información?

M.R.: eh un data show, en una oportunidad.

R.V.: y después un...si y como se llama eso, si como se dice eso señorita (M.1.: un documental), un cd también.

Voces Varias.

R.V.: Si me eh olvidado, nos entregaron un cd también y nos entregaron una carpeta donde estaba todo el funcionamiento incluso el mapa del..

M.1: *¿De loa sectores?*

R.V.: *Si de los sectores.*

M.2: *y el trabajo que han elaborado en el consejo de desarrollo igual.*

R.V.: *También.*

M.1: *Han ido entregando los documentos.*

R.V.: *También si la señorita Amelia Challapa fue las que nos ha, estuvo asesorando, ¿Amelia Challapa o Amelia?.*

M.R.: *Challapa.*

R.V.: *Challapa ella la señorita Amelia, fue la que nos iba como asesorando, dando las cosas cada mes que nosotros gradualmente veníamos acá, y en ese tiempo había más gente que lo de ahora estamos fallando más menos desde noviembre del año pasado porque siempre había entre quince veinte en una época había todo esto señorita.*

Además, un dirigente señala que un obstáculo para la difusión de información del Consejo de Desarrollo a la comunidad es la baja participación de esta en las actividades que organiza el HCSF como por ejemplo para las campañas de vacunación, informativos, ciclos vitales. Señala que a pesar del trabajo que realizan los dirigentes para las convocatorias la comunidad no logra enganchar. Otra dirigente señala que es necesario realizar una publicidad engañosa para aumentar la convocatoria.

- Interacción social

Cabe señalar que uno de los participantes sonrío mientras se refiere a las acciones que deberían realizar los dirigentes para aumentar las convocatorias de las actividades del HCSF. Se puede señalar que en este momento el interactuante trata el tema del que habla como algo irónico. Con respecto a los otros participantes se observa que tratan el tema del que hablan como algo serio para el proceso de participación social. En general, los participantes respetan los turnos de habla y complementan la información y respuestas expuestas en la secuencia de conversación.

C.V: *Ahora en cuanto a lo que es difusión nosotros estamos en contacto también en lo que es medio locales para comenzar a difundir algunas cosas y eso es en lo que topamos con la*

R.V: *Directora*

C.V: *No, no como vamos a topar con la directora (todos se ríen) no, con la incomprensión de la comunidad nuestra, ósea de las personas que están*

detrás de nosotros, por ejemplo, el año pasado se hizo una campaña de vacunación para niños cierto, en una reunión con la directora de salud acá dijo que no se ha completado la vacunación entonces es necesario que en Hospicio se haga una vacunación masiva pero ya vamos a ir con ambulancias, con profesionales, ustedes se comprometen, ya listo, yo movilice a mi población, le avise a Pedro Juan y Diego. Partió Don Jaime en la Santa Teresa , la señora Gloria allá en la autoconstrucción, Enrique por allá en el casco antiguo, oiga si Enrique reunió a 12 personas es mucho, si a Jaime le llegaron 15 personas es mucho y con la población que tiene la Santa Teresa y la señora Gloria 5 personas que yo aquí juntando los Volcanes, Domanasan, Norte grande, Gendecora, y los bloques, ósea 5 juntas de vecinos y llegaron 20 personas a vacunarse, entonces por mucho que uno deje como se dice comúnmente las patas en la calle avisando a una persona y a otra, no logran enganchar.

M.R: hay que hacer publicidad engañosa decir que se va regalar un saco de papa y van todas. (Se ríe)

C.V: Hicimos el año pasado un informativo que trajimos a gente de FONASA creo que fue o del servicio de salud. (Mira a los otros dirigentes).

M.R: De la intendencia.

C.V: Para el asunto de las prestaciones GES cierto, en qué consistía el auge, como se accedía, cuáles eran los tramites y todo eso, no llego nadie.

R.V: Tampoco uno invitaba....

C.V: Cuando estábamos haciendo los ciclos vitales estos, como bien decía la M.R. vinieron de colegios vinieron al infantil al adolescente, y al adulto fue justo y el adulto mayor que paso ahí, fue cuando hubo un paro, entonces a veces hay imponderables que nos impiden funcionar.

Dentro de la segunda secuencia, los actores sociales visualizan que han sido integrados en la etapa de planificación, permitiéndoles conocer el funcionamiento del hospital y generar aportes, como a través de la creación de un área para la tercera edad. Asimismo, cabe destacar que en el proceso se han realizado adscripciones al Hospital y se ha trabajado en conjunto con la Institución, por lo que se visualiza al HCSF como integrador. Además, otro hablante señala que éste ha manifestado disposición en acoger sus demandas, propuestas, inquietudes, capacitaciones y orientaciones.

- Interacción social

Los participantes en su turno de habla prestan silencio ante la pregunta, tratando el tema como algo de interés. En el turno de habla, la respuesta es complementada entre tres de los hablantes sin interrupciones.

M.2: Claro, siguiendo la línea que usted dice, sobre también lo que decía mi compañera sobre la gestión institucional del hospital la información., usted de qué manera cree que participa como consejo de desarrollo en la toma del Hospital, como ha sido en ese proceso en la fase de planificación, se han sentido integrados como han vivido ese proceso, sienten que han trabajado a la par con el Hospital?.

M.R.: Si tamos integrado.

R.V: Si tamos integrando (M.R.: en ese sentido estamos integrados) estamos integrado porque desde el inicio nos integraron a nosotros, o sea nosotros incluso nosotros participamos para ver cómo era el movimiento del Hospital. Entregándonos esto, ayudando a los abuelitos, incluso creamos un área que es para la tercera edad, se acuerda con usted? pero eso fue después.

C.V.: Eso fue la inversión.

R.V.: Sipo, si con el dinero que nos ganamos en el proyecto, ¿Se acuerda que eso fue el año pasado? porque usted nos está preguntando lo que sucedió el 2009, tamos un poco esto

M.2: Claro.

R.V.: pero si hubo participación de nosotros si siempre, claro algunos se anotaban, otros se descartaban y después iba, como se dice tejiendo y haciendo no, acordando las cosas

M.2: claro, es trabajar más que nada con el hospital.

R.V.: si señorita, todo, alguna falencia...

C.V.: en ese aspecto, claro, es ese aspecto, siempre la dirección del Hospital ha estado dispuesto (R.V: informarnos) en nuestras propuestas, en nuestras inquietudes, cuando nosotros hemos necesitado algunas capacitaciones u orientaciones en algunos aspecto, hemos organizado, ¡pero! hemos fallando en la convocatoria final.

En la tercera secuencia, se pueden identificar respuestas opuestas, dado que uno de los hablantes señala que sus sugerencias no han sido integradas en los procedimientos para las unidades del HCSF, y otro hablante señala lo contrario especificando que sus sugerencias han sido integradas a través del proyecto ejecutado denominado “Fila Preferencial” y a través del “mejoramiento de la atención” desde la óptica de las sugerencias que han sido abordadas a

través de conversaciones con la ex Directora Subrogante, lo que ha promovido consensos en relación a posibles soluciones de problemáticas emergentes.

-Interacción social

Uno de los interactuantes en su turno de habla alza la voz para responder, puesto que otro de los hablantes pretendía también hacerlo. En base al tema entre dos de los interactuantes tratan esta respuesta como algo contradictorio y controversial, puesto que las respuestas son opuestas.

M.2: Por eso les pregunto en esas instancias encuentran que han sido consideradas sus sugerencias al respecto?

A.P.: En ese aspecto yo encuentro que no.

M.2: Por ejemplo en cuanto a urgencia?

AP: Eh Eh...

C.V: En cuanto a convertir esto a como se dijo anteriormente eso ya es otro tema pero en cuanto a cómo funciona el hospital, (A.P.: Pero) cercano a la comunidad en cuanto a la entrega de horas, crear la fila preferencial, ir mejorando la atención en algunos aspectos se ha conversado harto con ella cuando estaba de directora los problemas que habían en urgencia y fue buscando ella la forma de cómo solucionarlos y así un montón de cosas ahora en cuanto a lo que es difusión nosotros estamos en contacto también en lo que es medio locales para comenzar a difundir algunas cosas y eso es en lo que topamos con la ..

En la cuarta secuencia un miembro del Consejo de Desarrollo, señala que no participa el total de los dirigentes de las Juntas de Vecinos en las reuniones del área de participación, argumenta que es responsabilidad de los dirigentes asistir a las reuniones ya que es un trabajo en conjunto en donde todos tienen que aportar, agrega que también es responsabilidad de ellos entregar la información a la población e invitar a otros socios a escuchar las reuniones. Otra dirigente señala que hay dos tipos de reuniones unas mensuales y otras extra programáticas, enfatiza que en estas últimas no asisten todos los dirigentes, otro dirigente añade que se realiza un trabajo sectorizado de algunos temas.

- Interacción social.

Se puede señalar que los interactuantes tratan el tema del que hablan como algo importante en donde dos participantes van complementando la idea del primer hablante y respetan el turno de habla de este.

A.P: Siempre, normalmente la mayoría de los dirigentes normalmente somos los que estamos siempre son cuatro o cinco que vienen, no vienen todos, por lo que vienen a reclamar, es responsabilidad de nosotros mismos, si es responsabilidad de nosotros mismos porque es un trabajo digamos en conjunto, porque todos tienen que dar la mano acá, pero normalmente, somos 100 juntas de vecinos y siempre vienen seis, siete o diez, no son el total, que todos en parte somos responsables de hacer nuestras reuniones, y de entregar la información o como también dicen que invitan a que traigamos oyentes de nuestros socios de nuestro, a escuchar la charla pero tampoco no vienen.

M.R.: Hay reuniones que son extra programáticas que no vienen todos por las razones, pero hay reuniones que si están apuntadas mensualmente ahí.

C.V.: Hay temas que se están trabajando sectorizados. Aquí el servicio es sectorizado.

Respecto a la sexta secuencia, según el relato de uno de los miembros del Consejo de Desarrollo, la comunidad usuaria del HCSF pertenece a diversas culturas y países, además de no tener un sentido de cohesión, lo que se constituye en un obstáculo para el trabajo de los dirigentes.

- Interacción social

Se puede señalar que el interactuante trata el tema del que habla como algo preocupante y en sus turnos de habla no son interrumpidos por otros participantes.

M.R: Lo que pasa es que aquí en Alto Hospicio hay que ser muy valiente porque nosotros contamos con una sociedad muy diversa, la verdad que es muy diversa y de todas culturas hay de todo tipo de personas, por ejemplo no todo individuo entiende lo mismo que el otro, entonces es muy diversa la sociedad aquí, no es la misma que en otras ciudades, ya, no sé porque este flagelo realmente suceda acá, no sé porque, yo he trabajado en otras partes del sur y todo y lo entienden todo y no hay problema, pero aquí hay mucha diversidad, acá también hay personas de diferentes países también entonces realmente no hay un contexto globalizado no hay una cosa unida acá son todos como si tuvieran los chip diferentes acá.

M.2: Claro aparte que todos son de diferentes lugares.

M.R: Exacto, entonces hay unos que no piden nada y unos que no visitan, por ejemplo los Aymara muy pocas veces visitan el hospital por ejemplo ahora con este Hospital yo creo que visitan mas, porque ellos tienen sus

propias culturas, sus propias creencias que son respetadas aquí, lo otro aquí en el Hospital han respetado las creencias de ellos, también han sido tomadas en cuenta las etnias, eso también ellos lo saben, entonces es luchar día a día con una cultura muy diversa, no es fácil.

- *Consejos de la Sociedad Civil- CIRA*

Desde la secuencia dos interactuantes señalan que han participado reiteradas veces en el CIRA, luego el mismo primer interactuante señala que no fueron constantes dichas reuniones, además este junto a otro interactuante agregan que las reuniones se han desarrollado en las dependencias del HCSF, agregando este último que fueron entre Octubre y Noviembre del 2009.

Por último este primer interactuante señaló que fueron hasta seis el número de participantes en el CIRA, otro interactuante señaló que son participantes pasivos al ser “oyentes” y que la alianza entre el Servicio de Salud y el Ministerio de Salud es débil.

- *Interacción social:*

El participante C.V. en su turno de habla en un inicio se manifiesta de forma irónica, dado que expresa un chiste para referirse a la respuesta, frente a esto todos los participantes se ríen, luego el mismo hablante (C.V.) aborda la respuesta que se le había preguntado, no obstante prosigue de forma irónica causando risa en uno de los hablantes. Pero luego C.V. retorna a la pregunta suprimiendo la forma irónica manifestada en un principio. Luego se prosigue en la misma secuencia, el hablante C.V. con otro hablante debaten sus respuestas sin interrupciones. Por último, al final de la secuencia el hablante C.V. interrumpe a otro hablante que se agrega a la conversación, por lo que éste alza la voz para seguir respondiendo sin interrupciones de C.V. En general los hablantes tratan el tema de modo disyuntivo, dado que causa distintas percepciones.

M.2: A propósito también para continuar con la próxima pregunta ¿ustedes participan, trabajan en conjunto con el CIRA?

*C.V: Con la Elcira, no no hay ninguna Elcira (Broma)
(Todos se ríen).*

M.2: ¿Trabajan en conjunto con el CIRA?

C.V: Las reuniones del CIRA se realizan acá.

M.2: Claro, ustedes nos podrían describir entonces ¿Cómo ha sido la participación de ustedes como consejo de desarrollo en el CIRA?

C.V: Haber eh como consejo de desarrollo hemos participado todas estas veces.

M.R: se ríe

C.V: Todas estas veces, todas estas veces porque según teníamos entendido estaba viniendo un solo representante del consejo regional porque es lo que nos tenían permitido a la comunidad a los dirigentes, uno solo que era mi cuñado, era el Gabriel que era el secretario del regional, entonces pero después se amplió y al último vino la Elisa, la...tres, (risas de A.P.) no no vino Jesús, eran 6 a la final ya por lo menos eran 6.

L.H: La reuniones del CIRA se retomaron el año pasado no recuerdo bien pero creo que fueron en octubre o noviembre por ahí.

C.V: No fueron tan constantes tampoco ahora.

L.H: Si fueron constantes y se retomaron como en esa fecha.

D.F: Ahora hay información un poco informal en cuanto a la estadística del plan de trabajo, ASIQUE entonces somos un poco el oyente a lo que se hizo, entonces me refiero un poco al trabajo que se puede estar logrando con esto.

C.V: Pero lo último por lo menos...

D.F: ¡Entonces! la alianza entre el servicio de salud y el ministerio de salud tampoco se ve reflejada.

- *Diálogos participativos*

Para analizar este ámbito de participación social se abordaran dos secuencias de interacción social y un fragmento acerca del tema.

De acuerdo a la primera secuencia de interacción social, en cuanto a la pregunta ¿Qué espacios de consulta se identifican en el HCSF para la comunidad? Uno de los miembros del Consejo de Desarrollo señala que en general esta instancia es considerada perjudicial en los organismos puesto que existe escasa aceptación a la crítica constructiva de los actores sociales.

Dos miembros del consejo de desarrollo señalan que se realizaron diálogos participativos, uno de ellos agrega que fueron tres y el otro agrega que en una ocasión estuvo presente el director de la dirección regional. Los dos actores sociales anteriores señalan que los diálogos se realizaron el año 2010, otro señala que se realizaron el año 2009.

Según señalan dos miembros, estos diálogos se realizaron por la desinformación de los actores sociales y de la comunidad respecto del cambio del HCSF a Consultorio Municipal.

En cuanto a la interacción social se puede señalar que uno de los dirigentes responde erróneamente la pregunta al referirse a los medios de difusión que utiliza el HCSF para la comunidad, en vez de los diálogos participativos por lo que otro hablante aclara la pregunta que luego se complementa por el moderador.

En cuanto a los turnos de habla podemos señalar que en un comienzo estos se respetan hasta que dos miembros se interrumpen señalando que se han realizado diálogos participativos siguen esta dinámica de conversación mientras complementan la respuesta. Al finalizar la secuencia se respetan los turnos de habla.

Por último cabe señalar que a través de lo que dijo y como lo dijo D.F nos da entender que es una persona que integra un rol crítico como participante.

M.2: Claro y ¿existen espacios de consultas que sean del Hospital a la comunidad?

D.F: Yo pienso que esa parte es negativa en todo organismo porque no les gusta que les digan las cosas o los reclamos.

M.2: Claro porque es como un espacio de encuentro en cuanto a la comunidad y las instituciones.

M.R: mira lo que yo he visto es que a la entrada hay un cartel grande, había no se ahora pero había un cartel donde hablaba que se respeta la etnia sus costumbre su cultura, habían información para la comunidad, también había un cartelito como avisando a la comunidad algunos programas alguna cosas que se podían hacer, era como un comunicado.

C.V: Lo que ella quiere preguntar es la cercanía.

M.2: Si se han realizado los diálogos participativos que a nivel nacional que son un espacio de encuentro entre la comunidad y la institución donde claro donde los representantes pueden generar sus inquietudes.

M.R: sí, sí.

R.V: sí.

M.R: Cuando vino la....mmm la cuanto se llama

R.V: en el auditorio

M.R: Si en el auditorio.

R.V: si tres veces se ha hecho el año pasado.

M.2: ¿Los diálogos participativos?

M.R: Sí participativos.

R.V: Tres veces se hicieron.

M.R: Si me acuerdo que se hizo con el hospital y una vez se invito al director de la dirección regional.

M.2: ¿Ustedes se acuerdan cuando fue eso?

R.V: El año pasado.

A.P: El año pasado, haber mmm el antepasado.

M.R: Eso sucedió cuando se iba a cambiar el hospital a la municipalidad, hay vino un poco de gente aquí ha saber que es lo que pasaba.

D.F: Eso es otro tema eso paso por la desinformación del personal y de la población en si respecto del cambio del Hospital a ser consultorio municipal.

- Segunda secuencia de interacción social:

Un dirigente señala que a causa de la desinformación se generó un descontento de la comunidad, a causa de ello se desarrolló una especie de diálogo participativo, con el objetivo de aclarar a la comunidad las prestaciones que ofrece la institución y además permitirles expresar sus inquietudes. Otro miembro del Consejo de Desarrollo agrega que esta situación fue consecuencia de la falta de información hacia la comunidad y por la incongruencia de los organismos estatales por la atención que habían prometido.

En cuanto a la interacción social podemos señalar que en general los hablantes complementan la información y sus ideas sobre el tema, manifestando estar de acuerdo con lo que sus compañeros emiten. Además se observa que los interactuantes tratan el tema del que hablan como algo problemático.

En general se respetan los turnos de habla y todos manifiestan manejar información sobre el tema, en la que se destaca el interactuante (M.R).

M.R: Porque hubo una carta al director porque acá hubo un problema grave de que querían pegarle, había gente muy mal educada acá que hubo un encuentro acá donde urgencia y también había un grupo de gente que ya estaba pasándose de la raya ya venían a como digamos ya a todo dar, venían ya como a exigir ya como a pelear, entonces ahí también hubo una participación así como de diálogos, para que ellos hicieran sus descargos para que dijeran que lo que querían con el Hospital y porque actúan de ese tipo de manera y

como en la parte técnica en ese tiempo no acuerdo como se llamaba el director de ese tiempo, uno flaquito era.

M.2: ¿Se convoco también a la comunidad?

M.R: Si, nosotras invitamos a la comunidad hacer sus descargos algún problema que tuvieran ahí estaba presente el director nosotros y ellos y la comunidad.

M.2: Ah claro.

A.P: Eso fue cuando la gente venía agresiva hacia acá po!

M.R: En general:

A.P: En general. Eso fue por el engaño que le prometieron una cosa y no era finalmente por una cosa de falta de información más que nada.

R.V: Y por la atención también.

M.R: Claro porque hubo una confusión la gente pensaba que si este era un Hospital tenían que atenderlos como Hospital eso era como para aclarar un poco las cosas.

Para finalizar el análisis de las respuestas a esta pregunta es necesario destacar este fragmento

“...Denante también yo decía hay una radio que funciona en el sector la negra con quien estábamos pensando tener contacto con ellos para difundir alguna campaña alguna cosa que se vayan haciéndose utilizando eso, a lo mejor no está dentro de un dialogo participativo pero si para mantener a la comunidad informada e integrada, los diálogos participativos no se ha dado mucho...”

Este dirigente distingue a los diálogos participativos como una instancia que ha tenido un desarrollo insuficiente y ante esta circunstancia señalan que como iniciativa propia han contemplado realizar contactos con medios de difusión radial para mantener a la comunidad informada e integrada. Se observa que el interactuante trata el tema del que habla como algo positivo.

Se observa que el interactuante trata a las iniciativas de la comunidad como algo innovador.

- *Subcategoría: Presupuestos Participativos.*

Con respecto a la participación del Consejo de Desarrollo en la etapa de planificación de los presupuestos participativos un miembro señala que los proyectos se adjudicaron en el año 2010 mientras que otro agrega que esta fue la “mejor experiencia” que tuvieron en participación social.

En la etapa de ejecución un dirigente señala que participaron en el desarrollo de los proyectos y que el propósito de los miembros del Consejo de Desarrollo que participaron en el proceso era postular a varios proyectos pero que la respuesta del HCSF fue que podían acceder a 2 o 3 proyectos.

Un dirigente señala que se realizó el ciclo vital infantil, adolescente y adulto. El mismo agrega que se tenía contemplado la realización del ciclo vital de adulto mayor pero no se ejecutó y que de las actividades realizadas el que habría contado con mayor convocatoria fue el ciclo vital del adolescente en donde asistieron apoderados, estudiantes, profesores e inspectores de colegios.

Con respecto al otro proyecto que se ejecutó “La Fila Preferencial”, el mismo participante señala que en el desarrollo ha habido dificultades y que por esto ellos han generado la iniciativa de realizar un trabajo de voluntariado con el objeto de cooperar con el funcionamiento del sistema

En cuanto a la etapa de evaluación ellos manifiestan que esta no se realizó.

Con respecto a la interacción social se observó que la acción que destacó en varias respuestas que dieron los miembros del consejo de desarrollo fue la risa. También se observó que los interactuantes tratan el tema del que hablan con entusiasmo.

Con respecto a los turnos de habla se puede señalar que en una ocasión C.V interrumpe a R.V para dar su respuesta, que trata sobre la participación del consejo de desarrollo en la etapa de ejecución de los presupuestos participativos.

M.3: Y en base a los presupuestos participativos han participado en base a la etapa de planificación de los presupuestos participativos.

C.V: Ahí fue donde tuvimos la mejor participación (Se ríe)

R.V: Si señorita ahí fue donde ganamos el proyecto, el año pasado fue eso. (Se ríe)

C.V: Ahí fue donde estuvo ella (Señala a la moderadora con el dedo) Así nos estaba marcando. (Se ríe)

(Mientras la moderadora se ríe)

M.3: ¿Y en la ejecución se participó?

R.V: También en el desarrollo se participó

M.3: ¿Cómo fue la experiencia?

R.V: Todos queríamos que se llenaran ahí los papeles para todos los proyectos pero sabe que se nos acabo la algarabía porque nos dijeron que tenían que ser por lo menos dos o tres bien concisos que sirviera para toda la comunidad si, si . (Se ríe).

C.V: Si en la parte del desarrollo si participamos en lo que fue el infantil, el adolescente y el adulto si participamos, el adulto mayor no alcanzamos a realizarlo, pero donde hubo mayor participación fue en el adolescente porque vinieron apoderados, padres, por supuesto vinieron alumnos, vinieron profesores, como se llama inspectores de colegios, entonces hubo más, más, fue más masivo. Ahora en el otro que nos ganamos el de la fila preferencial hemos estado viendo el desarrollo ósea ha sido dificultoso el desarrollo, pero incluso dentro del consejo de desarrollo a finales de año estábamos conversando la forma de cómo como consejo comenzar a desarrollar un trabajo de voluntariado me explico, ósea nosotros comenzar a integrarnos a ver la forma como poder trabajar con esa fila preferencial, como apoyar al hospital para que haya una mejor atención.

M.3: Y ¿hay una evaluación?

C.V: No hemos hecho ninguna evaluación.

A.P: No, no.

C.V: Esta pendiente.

- Educación Ciudadana - Capacitaciones

Tres actores sociales señalan que el año 2009 se realizaron capacitaciones a los dirigentes, uno de ellos señala que también el año 2010 se ejecutaron estas actividades en donde hubo baja asistencia, otro dirigente agrega que se realizó una capacitación en el colegio Sagrado corazón.

Dos de los tres dirigentes sociales anteriores señalan que las capacitaciones son un ámbito que ellos solicitaron y estaría inserto en el programa de acciones del consejo de desarrollo para el año 2011.

En cuanto a la interacción social se puede señalar que en un comienzo hubo un silencio y luego ante la participación del moderador un actor social generaliza la respuesta. También se observa que en un turno de habla R.V interrumpe a su compañero antecesor para concordar con la información que este

expreso. A nivel general se observó que los participantes estaban desconcentrados con la pregunta puesto que hubo respuestas inconclusas al principio que luego se fueron aclarando.

Se observa que los interactuantes tratan el tema del que habla como algo importante y pendiente para el desarrollo de este ámbito de participación social.

M.3: Ya en base a la educación ciudadana ¿Han sido capacitados en temas que les permitan conocer aspectos sobre el modelo de salud familiar de participación social?

M.2: Capacitación.

C.V: Capacitación eso lo tenemos en el programa de.

A.P: Se converso también, se solicito capacitación.

C.V: Claro se solicito capacitación y lo que le explicábamos recién el año pasado hicimos unas capacitaciones y no llego nadie.

A.P: Claro.

L.H: Se hizo el año antepasado unas capacitaciones.

R.V: Si, nos capacitamos, si.

C.V: Claro el año antepasado.

R.V: El 2009.

A.P: Me acorde de la capacitación también que hicimos el año pasado en el sagrado corazón.

C.V: Claro pero nosotros como consejo dentro del programa del área queremos comenzar a hacer capacitaciones en ese aspecto ósea en varios aspectos de eso, de la salud.

En cuanto a las capacitaciones sobre aspectos técnicos de gestión se puede señalar que en un comienzo dos miembros del Consejo de Desarrollo manifiestan que no se han realizado capacitaciones de esta índole, a lo que otro añade que considera que los dirigentes ya se encuentran capacitados. Luego tres miembros del Consejo de Desarrollo señalan que participaron de una capacitación sobre aspectos técnicos de gestión el año 2009 en Iquique la cual fue iniciativa del Servicio de Salud. Además agregan que en dicha actividad se les facilita material audiovisual y documental.

Con respecto a la interacción social se observa que en un comienzo los interactuantes se contradicen en sus respuestas, dos actores sociales señalan

que no han sido capacitaciones en cuanto a aspectos técnicos de gestión, luego el interactuante (A.P) interrumpe a su compañero antecesor para corregir su respuesta y señalar que si se realizaron capacitaciones, a partir de este momento los demás participantes comienzan a interrumpir los turnos de habla de sus compañeros para concordar y complementar la idea del interactuante (A.P). Cuando este miembro finaliza su aporte se interrumpe su turno de habla con el sonido del celular.

M.3: Y ¿Ha habido capacitaciones en cuanto a aspectos técnicos de gestión como por ejemplo diseño y evaluación de proyectos para los miembros?

A.P y C.V: No, no.

M.2: ¿Cómo hacer un proyecto?

A.P: No acá, no.

C.V: No, aquí como consejo de desarrollo no, no hemos realizado nada.

M.R: Lo que si no se si nos compete realmente capacitarnos, se supone que nosotros como dirigentes estamos capacitados.

A.: Recuerdo el año pasado, perdón el antepasado, si se me envió y me llevo una invitación que fue para allá a Iquique.

M.R: Ah si po!, de salud si, allá en Iquique nos dieron un CD y todo, cuando nos llevaron allá a donde salimos todos en la fotito, en ese cuadro ese grande si po si salimos en la foto.

C.V: Deberá que nos llevaron allá.

M.R: Si po! si hubo un curso de la salud.

A.P: Se hizo allá al frente del servicio de salud, en Baquedano.

M.R: Nos entregaron un libro así más menos con un CD ahí.

M.3: ¿Pero capacitación de que era?

A.P: De como ejecutar los proyectos

C.V: Como elaborarlo

A.P: Como elaborarlo, las bases, como trabajar con eso

M.3: ¿Pero eso fue por el ministerio de salud no por el Hospital?

A.P: El ministerio de salud.

R.V: De salud.

A.P: De salud.

M.R: Ellos yo creo que son los que se encargan de hacer eso

A.P: Acá no po!, como te digo, pero en Iquique sí.

R.V: Abajo en Iquique.

M.R: Abajo en el ministerio de salud si, disculpe. (suena sus celular)

4.4.- Análisis de Contenido

(De acuerdo a Entrevista enfocada a encargada de área de participación social HCSF)

- **Instrumento de entrevista enfocada:**

Derecho Ciudadano a la Información Pública

- ¿Considera usted que el acceso a la información permite a la comunidad controlar la transparencia de la función pública?
- ¿Cuáles han sido las debilidades de la entrega de información del HCSF a la comunidad?
- ¿Qué estrategia propondría para mejorar la difusión de la información desde el Trabajo Social en el HCSF?

Gestión Pública Participativa

- ¿Cómo evalúa la participación de la comunidad en relación al nuevo modelo de Gestión Pública Participativa propuesto en el HCSF?
- ¿Qué obstáculos han surgido en el HCSF para el ejercicio de la Gestión Pública Participativa?
- Desde su rol profesional ¿Qué acciones propone para fortalecer la Gestión Pública Participativa en el HCSF?

Fortalecimiento de la sociedad civil

- ¿Qué importancia tiene para el área de participación social promover la autonomía de la sociedad civil en relación al Estado?
- ¿Qué se podría mejorar en torno al fortalecimiento de la sociedad civil desde el Trabajo Social?

No discriminación y respeto a la Diversidad

- ¿Cómo visualiza la integración de Políticas Públicas ejecutadas en el HCSF destinadas a arbitrar prácticas discriminatorias?
- ¿Las acciones que realiza el HCSF en este ámbito dan respuesta a la diversidad de realidades sociales de los usuarios?

- ¿Qué obstáculos han surgido para complementar la medicina contemporánea y la medicina ancestral?
- ¿Qué estrategias propondría para fortalecer este eje en el HCSF?

Generalidades

¿Según los procedimientos establecidos a nivel central en salud al aplicarlos a nivel local establecen una democracia participativa?

¿Cuáles han sido sus limitantes en torno al proceso de participación social del HCSF?

- **Derecho Ciudadano a la Información Pública**

6.2a – **Conceptualización**

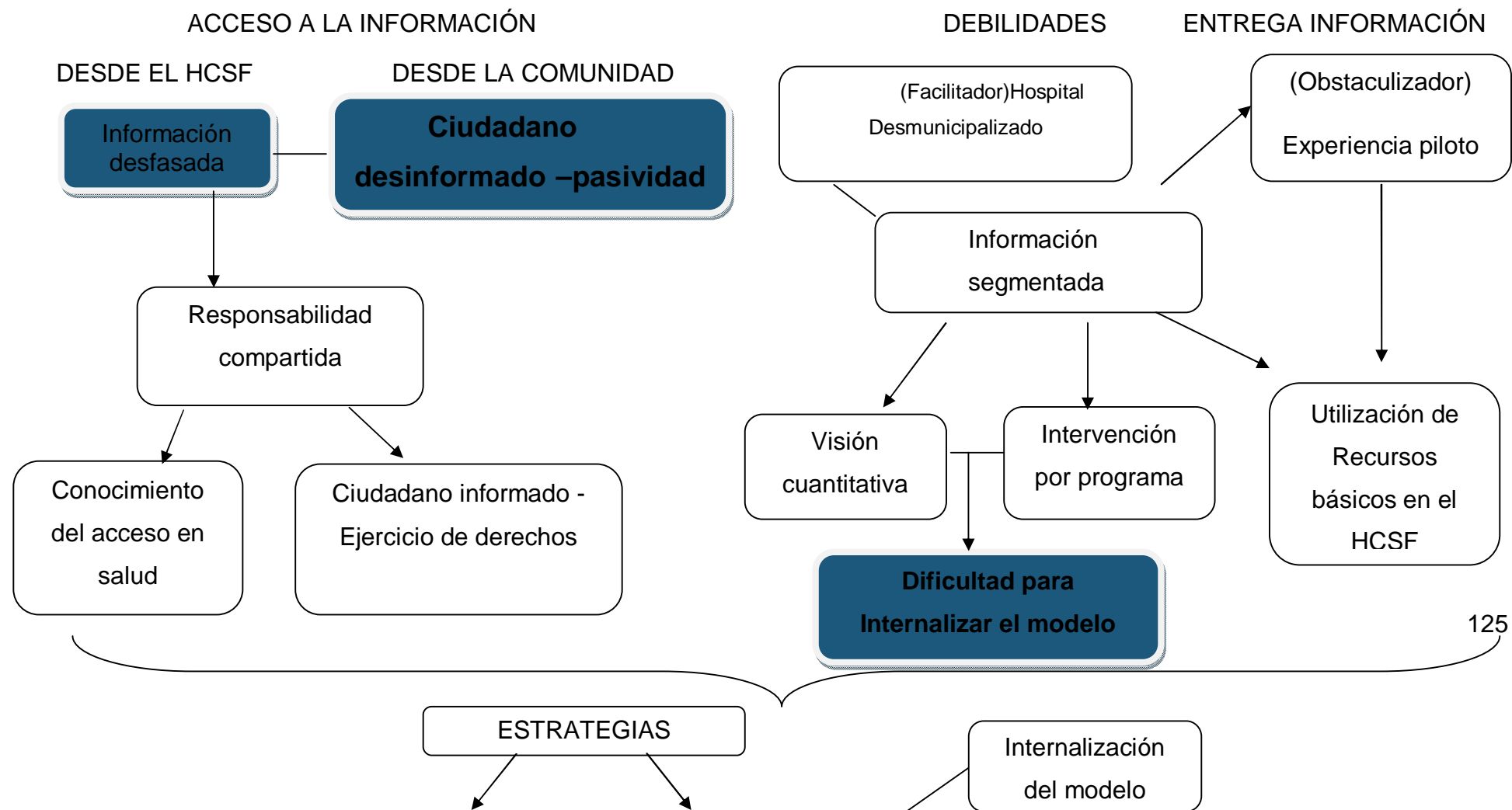
Concepto	Definición	Cita
Ciudadano informado- ejercicio de derechos:	Exigencia del cumplimiento de los derechos ciudadanos en salud por medio de la acción permanente de auto información del usuario y de recepción de información externa.	<i>“...Mientras tengas un ciudadano informado permite que el ciudadano pueda ejercer sus derechos eso significa que pregunte más que reclame más que en el fondo exija que se cumplan sus derechos...”.</i>
Ciudadano desinformado- pasividad de la comunidad:	Ciudadano que en general no accede a informarse y tiende a no cuestionar la información que posee.	<i>“...El común de la gente no se informa no cuestiona...”</i>
Responsabilidad compartida.	Deber compartido entre el Hospital y los ciudadanos en torno a la facilitación y auto acceso a insumos informativos	<i>“...No pasa por eso entonces es un deber un deber compartido es mi deber como ciudadano informarme, pero también es deber del Hospital tratar de facilitar ese acceso a la información...”</i>
Información desfasada	Flujos de información que se transmiten de forma inoportuna debido a la priorización inadecuada de las acciones en las diferentes áreas de salud generada por la sobrecarga laboral de las Instituciones.	<i>“...O sea se prioriza que se transmitan pero igual siempre hay cosas que van quedando o que no se hacen oportunamente como todo porque es la sobrecarga po de todas las instituciones que tenemos más todavía en salud porque tratan de cubrir lo más urgente y eso más urgente no siempre es como para mañana es para ayer, era para la semana pasada ah entonces te</i>

		<i>va pillando la máquina po van haciendo cosas pero te van quedando también algunas y te van quedando a veces las más importantes y lo otro el flujo de la información también es una debilidad...”</i>
Conocimiento del acceso en salud:	Conocimiento de la ciudadanía sobre el derecho de acceso a los bienes, servicios y oportunidades destinados a satisfacer las necesidades de salud.	<i>“...por eso es importante que la gente esté informada que la gente sepa que el acceso a la salud significan tales cosas básicas por lo menos...”</i>
Información segmentada:	Administración de información parcializada debido a la existencia de una cultura genérica en salud.	<i>“...Las debilidades yo creo que nuestra principal debilidad ha sido como el manejo de la información muy parcializada ya, como el tema de la cultura en salud en general porque este centro si bien este centro es un hospital comunitario es nuevo ya nuevo y la cultura en salud y la gente así también lo ha internalizado ellos saben que todo esto el dividir la salud por partes ya, le ha costado tanto a la comunidad como a la mayor parte de los funcionarios el que la salud es integral...”</i>
Experiencia piloto:	Primer Hospital Comunitario de Salud Familiar a nivel local.	<i>“...Además como esto es nuevo porque si bien es el único en el norte y creo que es el único y uno más en el sur que son Hospitales Comunitarios porque todos los otros son Centro de Salud eh Familiar...”</i>
Hospital	Hospital con	<i>“...pero también</i>

desmunicipalizado:	dependencia jerárquica del Servicio de Salud con Prestaciones extras, en base a disposición de mayores recursos económicos	<i>Municipales también además y este es un Hospital entonces parte ya con una lógica distinta y no es una Centro de Salud así básico también sino tiene otras cosas extras...</i>
Utilización de recursos básicos:	Accionar con medios de difusión básicos para facilitación de información a la comunidad usuaria del HCSF.	<i>“...la principal dificultad más que de los medios de difusión porque el hospital siempre ha trabajado con cosas básicas con lo mínimo que tiene...”</i>
Dificultad para internalizar el modelo funcionarios:	Dificultad para ejercer una cultura organizacional desde el HCSF.	<i>“...al personal le cuesta integrar los que no se han capacitado los que han la gente que porque tiene que tiene que ser una cultura organizacional completa...”</i>
Intervención por programa:	Trabajo del personal médico ejecutada por programas descartando la integralidad de las acciones.	<i>“...Están acostumbrados a ver la salud por programas mm ya y eso cuesta porque los médicos, yo me hago cargo de este programa oiga pero ese esa familia no es sólo para ese programa...”</i>
Visión cuantitativa:	Salud proyectada a través de metas descartando los resultados integrales en salud que son proyectados a largo plazo.	<i>“...ven la meta de este instante no más no ven la proyección de más adelante porque el tema de hacer una salud comunitaria también no es algo que impacta inmediatamente como un resfrío ya es algo que te va a impactar a futuro...”</i>
Falta de Sistematización:	Falta de Registro permanente de las acciones que se realizan en el HCSF.	<i>“... principalmente ver el tema de registro acá se hacen muchas cosas pero que no se</i>

		<i>registran mucho...”</i>
Educación social informal:	Estrategia de acción abocada a facilitar información, concientizar y empoderar a la ciudadanía.	<i>“...otra estrategia es bueno seguir capacitando a la gente no más porque es algo que no va a impactar inmediatamente...”</i>
Internalización del modelo:	Realizar acciones transversales en salud fortaleciendo el trabajo sistémico.	<i>“...cosa que si lo transmitimos en promoción solamente no eso es de promoción y resulta que tienen que pasar por todo el Hospital todo el Hospital tiene que transmitir lo mismo tiene que ser integrado completo.”</i>

MAPA CONCEPTUAL: Derecho Ciudadano a la Información Pública



- **Interpretación**

Respecto a la categoría *Derecho Ciudadano a la Información Pública*, de acuerdo a la primera pregunta enfocada al acceso a la información de la comunidad y al control de la transparencia de la función pública en el HCSF, según respuestas de la entrevistada, en primer orden surgen las unidades de análisis que son “Información desfasada” de la entrega de información del HCSF hacia la comunidad y paralela a ella surge la unidad “Ciudadano desinformado-Pasividad de la comunidad” que refiere al acceso de la información desde la comunidad. En el nivel inferior, se encuentra la unidad “Responsabilidad compartida” la que se enfoca a la existencia de un deber compartido entre el HCSF y la comunidad en cuanto a la facilitación de insumos informativos como al auto acceso a información de la comunidad, lo que conlleva en el próximo nivel inferior del mapa a la unidad “Conocimiento del acceso en salud” de la comunidad acerca de los principios básicos de los derechos y deberes en este ámbito, así como también surge en la unidad contigua “Ciudadano informado-Ejercicio de derechos” en base a la existencia de una comunidad informada consciente de sus derechos.

En cuanto a la pregunta dirigida a las debilidades de la entrega de información del HCSF a la comunidad, según obtención de respuestas, surge la unidad de análisis central “Información segmentada” la que se relaciona con la existencia de una cultura genérica en salud enfocada al modelo tradicional de atención biomédica, abarcando de esta forma al total de los actores sociales involucrados (comunidad- funcionarios). De esta forma como obstaculizador asociado surge la unidad “Experiencia piloto” del HCSF a nivel local lo que ha dificultado la internalización del cambio de modelo de atención, ya que el Hospital en su inicio fue el primero con esta nueva estrategia de intervención comunitaria. No obstante, se identifica como facilitador para la entrega de información la unidad “Hospital desmunicipalizado” puesto que, el HCSF dispone de mayores recursos en relación a otras Instituciones de la red salud que tienen dependencia Municipal,

La unidad “Información desfasada” conlleva a su vez la existencia de una “Visión cuantitativa” desde las directrices de acción del HCSF y una “Intervención por programa” en relación al trabajo por programas que realizan los funcionarios médicos descartando la transversalidad de la salud, como se puede visualizar en la gráfica del nivel inferior donde se ubica la unidad “información desfasada”.

También esta “Información desfasada” se interpreta que involucra a la unidad “Utilización de recursos básicos” en el HCSF para la entrega de información a la comunidad, influyendo además la unidad “experiencia piloto”, por el corto proceso del HCSF desde su implementación hasta la fecha encontrándose en proceso de reconfiguración o cambios constantes.

Por último, en base a las estrategias para mejorar la difusión de información desde el Trabajo Social en el HCSF, según respuestas de la entrevistada, se identificó la unidad de análisis “Sistematización” dirigida a la existencia de registro de las acciones del HCSF y la unidad “Educación Social Informal” de los actores sociales involucrados en el proceso de participación ciudadana con el fin de contribuir a la “Internalización del modelo”.

- **Gestión Pública Participativa**

- **Conceptualización**

Evaluación

CONCEPTO	DEFINICIÓN	CITA
Pasividad de los dirigentes	Estado de inactividad de los Dirigentes la que puede provenir de la dependencia que se habría formado en el gobierno 2006- 2010.	<i>“...en general yo la encuentro bastante pasiva y bueno también de la formación de los líderes de los dirigentes, no sé si les acostumbró a una a ser muy dependientes del gobierno en el gobierno anterior...”</i>
Necesidades básicas	Carencias de índole básica de la comunidad con características de intangibilidad.	<i>“...a eso se le suma que hay carencias básicas entonces la salud es medianamente tangible...”</i>
Salud intangible	Mejoramiento del acceso a la salud a través de la participación del dirigente.	<i>“...en el tema de salud el dirigente va participa y lo que se mejora es quizás el acceso ya pero no es tangible...”</i>

<p>Dificultad para Asimilar la información:</p>	<p>Obstaculizadores para la internalización de información por parte de los dirigentes, por baja frecuencia de reuniones, cuando no existen estos obstaculizadores se puede realizar un trabajo perdurable.</p>	<p><i>“...encuentro que los dirigentes les cuesta la bajada de información el tema de bajada de información porque tienen las reuniones eh una vez que ya lo han involucrado se puede hacer un trabajo constante y bonito con ellos...”</i></p>
<p>Prejuicio de los actores sociales</p>	<p>Juicio anticipado acerca del funcionamiento del HCSF.</p>	<p><i>“...ellos han sido partícipes del inicio ya no de la creación de salud por tanto esto es una dificultad ya tuve que lidiar con eso porque para eso todo esto era hospital pero no era hospital...”</i></p> <p><i>“...entonces ¿cómo? Me dicen que es Hospital pero no hay camas después incluso llegamos a llamarnos el hospital sin camas...”</i></p>
<p>Hospital pionero</p>	<p>Hospital que utiliza una modalidad nueva de intervención a nivel regional.</p>	<p><i>“..era una modalidad nueva no existía más encima en el país...”</i></p>
<p>Exclusión territorial hacia el HCSF</p>	<p>Falta de integración desde el sector urbano hacia el territorio donde se asienta el HCSF.</p>	<p><i>“...este es como el sector olvidado del Municipio ya como que Alto Hospicio es de la carretera para el otro lado y este lado como que les cuesta integrarlo también ya entonces hay que estar trabajando no cierto hartó ese tema con los dirigentes porque si no pasa a ser esta otra República y ¡no po! Porque todo esto es parte de la comuna porque</i></p>

		<i>es Alto Hospicio igual...</i>
Sentido de pertenencia por infraestructura	Sentimiento de aceptación y cuidado de las dependencias del HCSF desde la comunidad usuaria producto de la infraestructura y el acceso de la Institución.	<i>"...el principal aliado para eso al final es bien sigue siendo el Centro de Salud no más es como lo más potente que tiene acá ya tanto en infraestructura porque es lo más visible y también del acceso que tienen a acá po ustedes pueden ver que el Hospital tiene cuatro años y no está dañado ni deteriorado completo y siendo que la población que accede acá es bastante vulnerable..."</i>

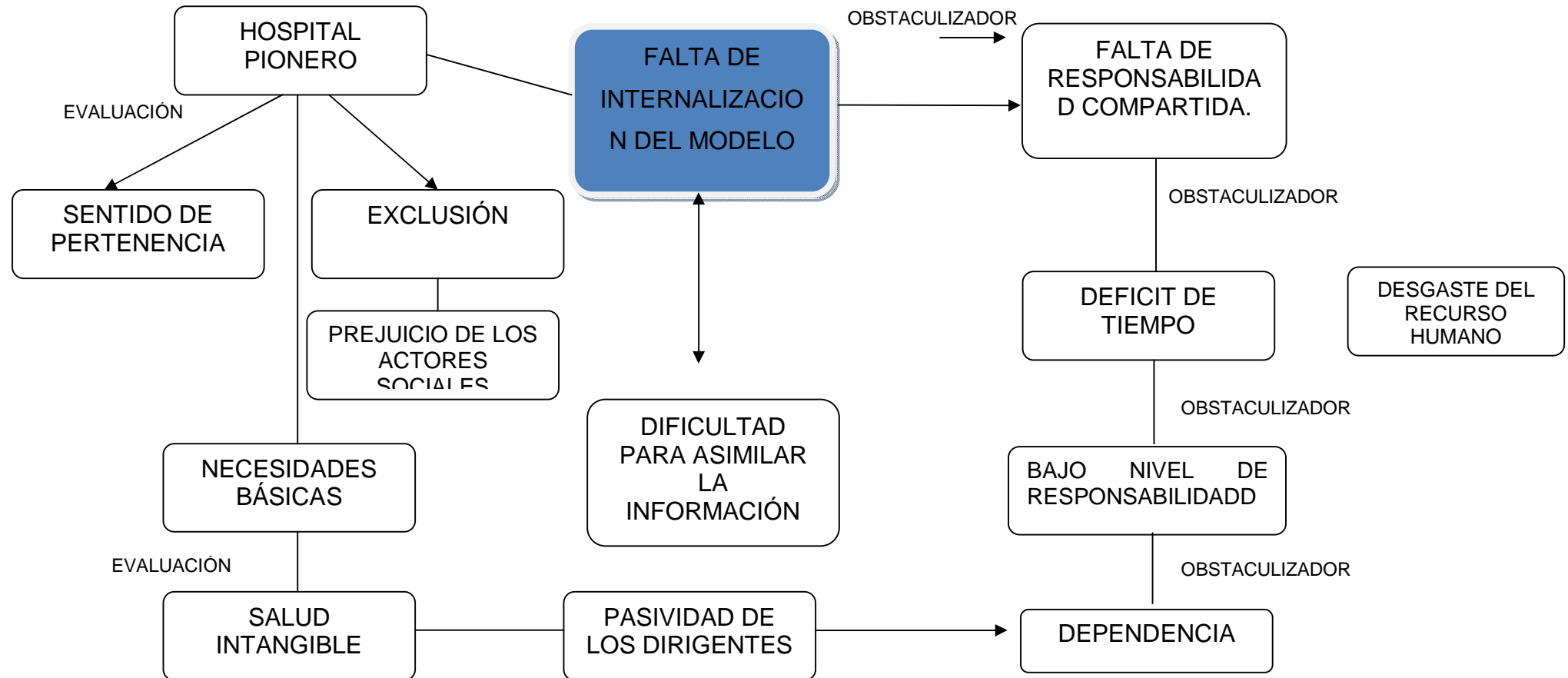
OBSTACULOS

CONCEPTO	DEFINICIÓN	CITA
Déficit de tiempo	Falta de tiempo para el desempeño de labores.	<i>".....Yo Creo que acá nos ha jugado mucho en contra el tema de... del tiempo ...que se asuma de que la participación ciudadana es clave en el... en la buena marcha de un Centro de Salud... de que eso se asuma como parte de, sino que</i>

<p>Falta de internalización del modelo</p>	<p>Dificultad que tienen los funcionarios del HCSF para internalizar esta estrategia de atención.</p>	<p><i>esto se asume, cuesta yo por lo menos con los directores que me ha todo trabajar eh tenido que estar siendo pulga ahí en el oído de que esto ¡sí funciona! De que el dirigente venga a opinar todo eso si funciona, que no lo vean como una amenaza...”</i></p> <p><i>“...Los directores son médicos, además jóvenes, entonces son doble desafío si bien a uno le gusta y a otro no le gusta y yo digo no po no es tema de gusto...”</i></p>
<p>Desgaste de la encargada del área</p>	<p>Dedicación de tiempo extra fuera de la jornada laboral de la encargada del área de participación social</p>	<p><i>“...Los dirigentes eran como bien activos también un tiempo, creo que el año pasado les bajo hartito eso/, también pasa por un tema de que uno se apasiona con las cosas y le pone más empeño de la cuenta, de eso no se poa mi eh... eso en un un momento me significaba que yo llegaba a las 7 de la tarde 11 de la noche a mi casa todo mm, pero funcionaba po salía adelante la cosa....”</i></p>
<p>Falta de responsabilidad compartida</p>	<p>Situación que ocurre cuando los profesionales del HCSF no quieren asumir responsabilidades en el área de participación social.</p>	<p><i>“...Tuve colegas que nunca se quisieron hacer cargos de participación social ¿ya?, decían ¡no eso lo ve la Amelia! Y yo decía nopo! Es de la institución ¿ya?...”</i></p>
<p>Dependencia de los actores sociales</p>	<p>Paternalismo de parte del profesional que está a cargo del área de participación social hacia los dirigentes.</p>	<p><i>“...los dirigentes también dicen ah no también se acostumbran a trabajar con ciertas personas entonces... les tengo que decir nopo si no esto yo esta</i></p>

		<i>la otra persona y esa persona igual tiene que seguir trabajando, o sea la institución tiene que seguir haciéndose cargo de eso ¿ya?....”</i>
Bajo nivel de responsabilidad	Situación que ocurre cuando los funcionarios del HCSF extravían documentación del área de participación social.	<i>“...yo le digo mire ahí está la carpetita de participación social ustedes lo que quieran sacar en información ahí está, me las pierden si después, porque no encuentro cosas, pero yo digo ya, será parte de la práctica nomas digo...”</i>
Comunidad individualista	Característica de una población que no se involucra con los temas atingentes al proceso de participación ciudadana.	<i>“...No cuestionan viven nomas y están tan encerrados en su mundo y no se involucran en nada con los temas... y... pasan cosas tan básico por ejemplo que me dicen no se po llega un tema de elecciones (M.3: ¿ya?) que uno elige sus autoridades, de mi vota depende de cómo voy a vivir el próximo periodo de gobierno coas así y la gente dice, va! salga quine salga yo tengo que trabajar igual, (M.1: risa) nopo señora ¡no es ese el tema!, si salga quien salga si usted tiene que trabajar igual ¡pero las condiciones son distintas!...”</i>
Lobby	Promover sensibilización del equipo de trabajo y ejercer influencia para fortalecer el trabajo integral.	<i>“.....Hay que estar haciendo un lobby permanente po, permanente de que la participación ciudadana y de una comunidad organizada, de que exista un programa, tiene que ser parte de, incluso yo con, creo que con el director anterior hicimos tanto lobby y todo y como, salieron los temas de presupuesto participativos, íbamos logrando cosas....”</i>

MAPA CONCEPTUAL: Gestión Pública Participativa



- **Interpretación**

De acuerdo al mapa conceptual del eje gestión pública participativa se puede identificar como obstáculo principal la “*falta de internalización del modelo*” por parte de los funcionarios del HCSF, esto permitiría establecer una relación con la “*falta de responsabilidad compartida*”, puesto que según el relato de la entrevistada los profesionales les cuesta asumir responsabilidades del área de participación social, responsabilidades que son intrínsecas al modelo de salud familiar.

Otro obstaculizador señalado es el “*déficit de tiempo de los funcionarios*” el cual contribuye al “*desgaste de la encargada del área*”, quien señala en varias ocasiones dedica tiempo extra al trabajo del área.

Como obstaculizadores también se distingue el “*bajo nivel de responsabilidad*” que tienen los funcionarios cuando extravían documentos del área y la “*dependencia de los actores sociales*” hacia la profesional del área de participación social, esto está directamente relacionado con la “*pasividad de los dirigentes*” la que proviene desde la formación de ellos y a la cual ha contribuido la forma de gobierno del período 2006-2010, según lo señala la entrevistada.

Por último se señala como obstaculizador para los dirigentes la “*dificultad para asimilar información*” por las escasas reuniones que se realizan lo que dificulta el acceso y procesamiento de la misma.

Desde la evaluación que realiza la entrevista acerca del desarrollo del eje gestión pública participativa destaca por ser un el HCSF por ser “*pionero*”, esto conlleva efectos positivos como el “*sentido de pertenencia por la infraestructura*”, no obstante, también conlleva efectos negativos como la “*exclusión territorial del HCSF*” por el sector urbano donde se encuentra ubicado.

Es importante señalar que en la evaluación destaca como respuesta, las “*necesidades básicas*” de la comunidad, consideradas tangibles y la “*salud intangible*” que es la que lideran los dirigentes en el proceso de participación ciudadana a la hora de acceder a la salud.

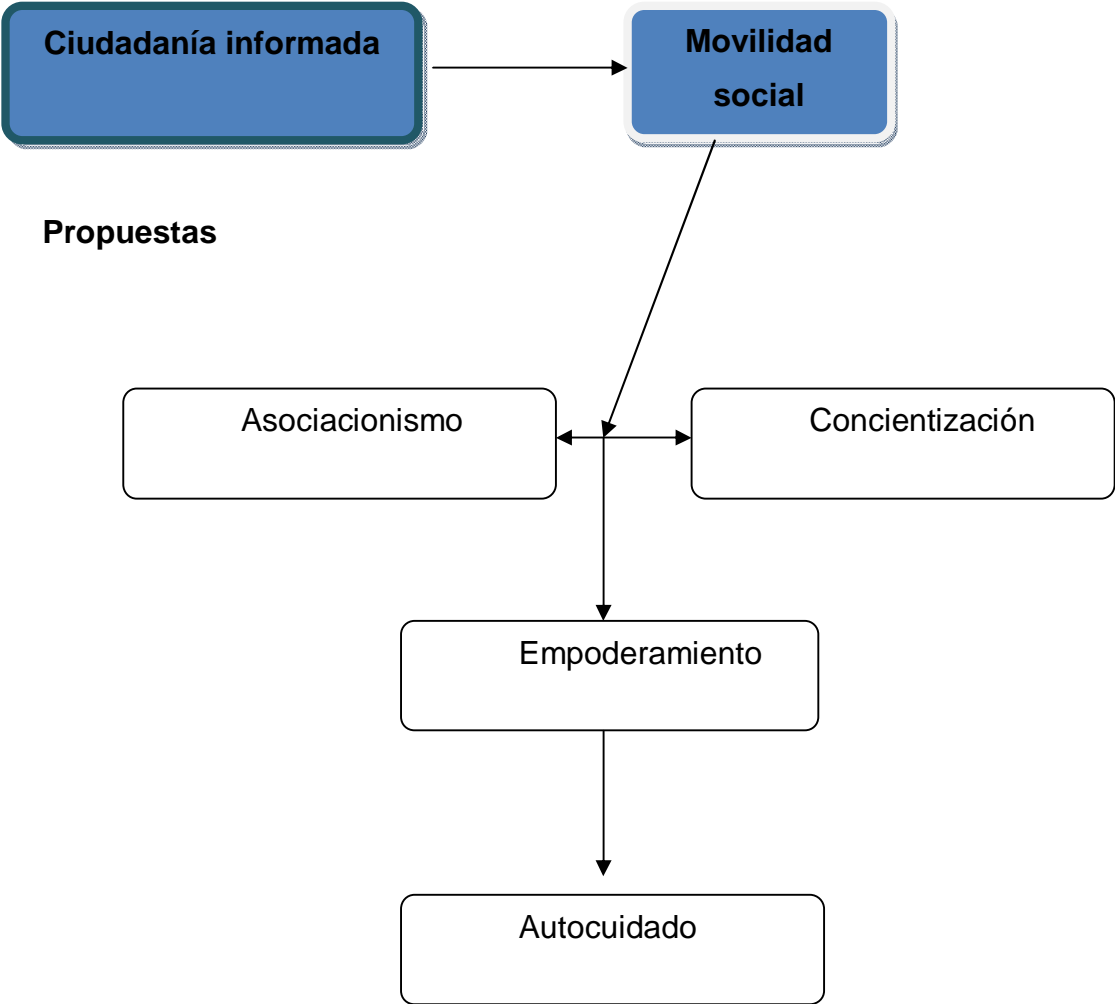
- Fortalecimiento de la Sociedad Civil

Conceptualización

Relevancia		
CONCEPTO	DEFINICIÓN	CITA
Ciudadanía informada	Relevancia del acceso a la información desde el HCSF hacia la ciudadanía y desde el auto acceso desde la misma.	“...la importancia del mantener un ciudadano informado, de que la gente se movilice, porque de eso va a depender su calidad de vida ¿ya?...”
Movilidad social:	Desarrollar movimiento en la ciudadanía por medio de los flujos informativos a los que tienen acceso.	
Propuestas		
CONCEPTO	DEFINICIÓN	CITA
Empoderamiento:	Situación que ocurre cuando la ciudadanía tiene acceso a la información obteniendo aprendizajes significativos lo que genera que se comprometa con su realidad social.	“...El acceso a la información, el empoderar a la ciudadanía, porque un ciudadano informado va a ser un ciudadano empoderado... y eso va a permitir un trabajo en conjunto porque ahí la persona el ciudadano informada va a saber que su su opinión o su trabajo o lo que pueda aportar en salud va a impactar en su familia, en la medida que eso lo haga propio, también se va a comprometer...”
	Acción de hacerse responsable de las	“...la información sobre todo, yo sé, si yo

<p>Autocuidado</p>	<p>decisiones propias en forma consciente, ver el impacto que tendrán en el futuro y la influencia en la calidad de vida.</p>	<p><i>hago propio de que mis decisiones de hoy día van a impactar en mi futuro, y me voy a hacer, del como yo consiente del que tengo que hacerme responsable de esas cosas, hacerme responsable de esas decisiones, va a influir en mi calidad de vida...”</i></p>
<p>Concientización</p>	<p>Comunidad consiente de la resonancia de sus decisiones desde la intervención del Trabajador Social.</p>	<p><i>“...la gente se hace cargo de sus propios problemas, y eso es lo importante del trabajo social en esto porque hay que hacer que la gente dimensiona que sus decisiones de hoy día estarán en su futuro...”</i></p>
<p><i>Se suscitó la agrupación</i></p>		
<p>CONCEPTO</p>	<p>DEFINICIÓN</p>	<p>CITA</p>
<p>Asociacionismo:</p>	<p>Formación de subgrupos con énfasis educativos que se reflejan a partir de distintos programas que se intervienen desde los ciclos vitales individuales.</p>	<p><i>“...los talleres de educación a la familia, por ejemplo del chile crece contigo, vienen hartos, los talleres para embarazo del chile crece contigo, también esta del para padres nadie es perfecto...son grupos que se van formando, grupos, sipo se van educando la gente, tratar por temas ¿ya?...”</i></p>

MAPA CONCEPTUAL: Fortalecimiento de la Sociedad Civil



- **Interpretación**

Desde el análisis de contenido de la entrevista enfocada se operacionaliza desde un mapa conceptual, la evaluación transversal que realiza la entrevistada en torno a esta categoría. Por lo que de ello se interpreta lo siguiente: surge una unidad de análisis enfocada a la importancia de mantener a una “ciudadanía informada” la que refiere a la facilitación de flujos informativos desde el HCSF a la comunidad como al auto acceso de la misma. Esto, conlleva de forma paralela a que a través de la etiqueta anterior, surja una nueva la que se denomina “Movilidad Social” la cual refiere al desarrollo de movimiento de la ciudadanía en base a los flujos informativos a los que tienen acceso.

Como propuestas para el fortalecimiento de esta categoría en el HCSF, la entrevistada apela a una unidad de análisis denominada “asociacionismo” que refiere a la formación de nuevos subgrupos con énfasis educativo lo que se reflejan a partir de la creación de distintos programas que se intervienen desde los ciclos vitales individuales en el HCSF, esto tiene estrecha relación y se visualiza como un efecto de la etiqueta “movilidad social” mencionada anteriormente. Paralelo a este “asociacionismo” se produce la unidad de análisis “Concientización” de la comunidad, que refiere a la conciencia de la comunidad acerca de la resonancia de sus decisiones lo que se promueve desde la intervención de la encargada del área de participación social del HCSF. Asimismo, estas dos unidades además de ser paralelas se interrelacionan e influyen mutuamente.

Por otro lado, desde las unidades anteriores, se origina otra denominada “Empoderamiento” lo que ocurre cuando la ciudadanía tiene acceso a la información obteniendo aprendizajes significativos lo que genera que se comprometa de forma activa con su realidad social.

Por último, desde la etiqueta mencionada anteriormente, surge la unidad de análisis “Autocuidado” que indica que se genere una ciudadanía responsable de sus decisiones y conscientes de su impacto en el futuro con la finalidad del mejoramiento de la calidad de vida en salud, esto se produce como producto de los procesos mencionados desde las unidades de análisis anteriores en torno a esta categoría de acción.

- **No Discriminación y Respeto a la Diversidad**

- *Conceptualización*

<i>Integración a las practicas no discriminatorias</i>		
CONCEPTO	DEFINICIÓN	CITA
Integración a las diversidades	Prácticas que integran a la diversidad de los usuarios apelando al respeto por los derechos humanos. El HCS se considera el único centro que brinda atención a los extranjeros.	<i>".....practicamos el ejercicio de la diversidad como en ningún otro centro, porque este es el único centro por un tema de respeto casi de los derechos humanos acá, ¿ya? este es el único centro donde se atienden a las extranjeras ¿ya?..."</i>
Capacitación sobre no discriminación:	Entrega de información al personal del área de participación social del HCSF en torno al tema "no discriminación".	<i>"...inicialmente me acuerdo que fuimos a una capacitación, y yo ahí me contacte con un... con una persona del ministerio de salud que ahí venia, que trabaja en este tema de la no discriminación..."</i>
Salud Integral	Ejecución de intervenciones interculturales que le permiten a los usuarios abordar, rechazar o complementar el sistema tradicional de salud con el occidental.	<i>"...entonces eso nos facilito de que incorporamos a la facilitadora, a las parteras, a la partera y todo, no fuimos incorporando como parte de y que es integral, la salud es integral por lo tanto las persona tienen derecho a decidir en qué sistema se atienden, se atienden en el sistema tradicional o se siguen atendiendo en el sistema occidental o lo complementan..."</i>

Prácticas discriminatorias innovadoras personal joven	no del El personal joven del HCSF le agrada y a su vez integra las prácticas no discriminatorias a través de innovaciones.	<p><i>“...una hay gente que se capacito y otra que el personal es bastante joven, el promedio de edad son entre los treinta treinta y cinco , entonces van innovando, les van gustando las ideas y van creando cosas nuevas nomas...”</i></p> <p><i>“...Lo van incorporando porque el personal es joven, entonces van innovando, son mentalidad fresca...”</i></p>
Obstaculizadores para complementar estos dos tipos de medicina		
Apoyo técnico escaso.	Escases de recursos humanos para abordar las intervenciones interculturales.	<p><i>“...El tema del recurso, y el tema de ser constante, el apoyo ha faltado mucho, el tema del apoyo del servicio, una persona encargada mas de ese tema, porque yo acá lo asumo por un tema de compromiso con el pueblo nomás, una cosa de que por ética, por principio humano, pero no tengo horas destinadas para hacer esto...”</i></p>
Falta de reconocimiento a la interculturalidad.	Dificultad para la práctica de la salud intercultural por el escaso reconocimiento de los pueblos indígenas.	<p><i>“...ya el tema de reconocimiento hacia los pueblos indígenas es complicado es que somos vistos como el hermano pobre o el hermano chico, el hermano menor, en hacerlo practico y mas encima en un tema de salud cuesta, y ha</i></p>

		<i>costado desde la base alta también...”</i>
Falta de auto reconocimiento de las personas indígenas.	La población indígena se siente disminuidas en referencia a la población occidental.	<i>“...como que esa reflexión también les falta a las familias indígenas siento yo, como se les ha hecho sentirse el hermano mas disminuido, como que ellos se han sentido también así, entonces el estar reforzando eso es un trabajo casi de hormiga y el estar ahí más pendiente de todo...”</i>
Inadecuada entrega de los recursos.	Los recursos que destina el banco interamericano para las comunidades indígenas no se entregan en su totalidad, pues las consultoras se quedan con una cantidad de los dineros.	<i>“...te dificulta quizá el no tener tanto los recursos para eso, no tener los recursos acá porque yo se que los recursos están, pero como esos recursos te llegan para el trabajo con las familias...”</i> <i>“...como lo haces llegar efectivamente donde tiene que llegar, porque si bien uno dice claro el banco interamericano, porque eso está en el inconsciente de la población, dio tanta plata para el estado chileno, para que trabaje con las comunidades indígenas, pero cuanto llego efectivamente a las familias, si todo se queda en las consultoras, se queda en la parte media entonces no llega a las familias...”</i> <i>“...este es un ámbito de decisión pero de decisión básica, no estoy donde dicen</i>

		que llegar 22 millones para trabajar en salud y pueblos indígenas, yo estoy en un ámbito donde se dice que hubo 22 millones de pesos nomas, ¿Cómo llego? no tengo idea...”
Inadecuada priorización de tiempo.	La funcionaria del área de participación social señala que su tiempo es escaso por lo que debe priorizarlo.	<p>“...no tengo tiempo destinado, yo me trato de hacer mi espacio...”</p> <p>“...ahora no creo que sea lo mismo, porque ahora mis prioridades cambiaron, yo llega la hora y chao, yo antes no ¡po! me quedaba nomas y seguía haciendo las cosas nomas...”</p>
Inconstancia.	Falta de estabilidad y permanencia de los funcionarios en las intervenciones interculturales	“...ser más constante, porque en este tema, como es un tema de (estunuda) no es algo que sea fácil...”
Facilitador		
Simetría de relaciones.	No existe un trato de superioridad desde el funcionario hacia el usuario.	“...yo no me siento que soy superior a ellos, quizá yo manejo un poco mas de información tuve la suerte de estudiar, pero también fui pobre o soy pobre tanto como ellos, entonces no me siento parte de... puedo trabajar con ellos, puedo entender cosas que otros no van a entender y eso te facilita...”
Habilidad de sociales.	Facilidad para mantener comunicación efectiva con la comunidad.	“...la llegada con la gente , claro eso te facilita mucho...”
Cosmovi	Conocimiento de la cultura	“...tengo la suerte quizá de

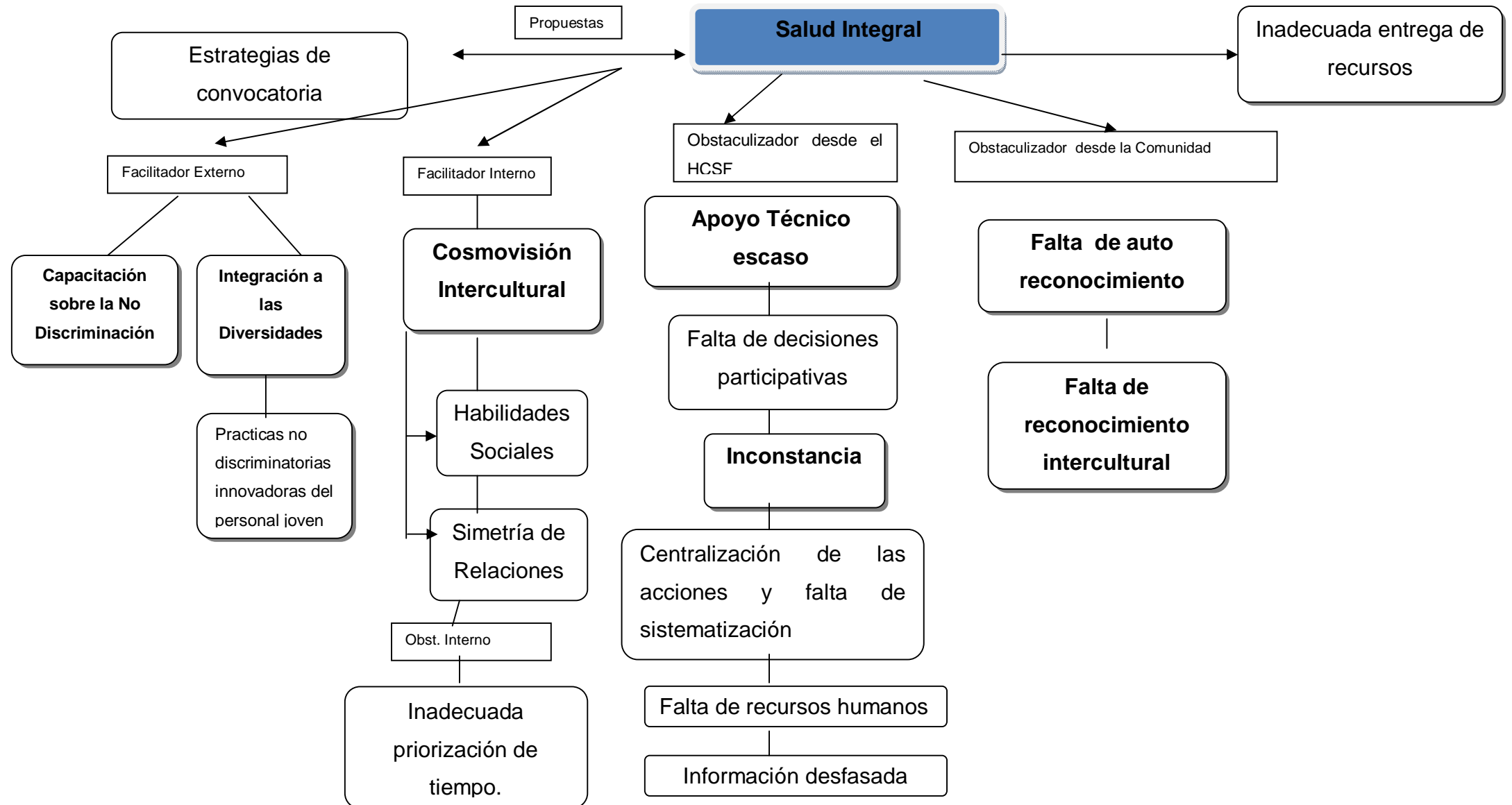
<p>sión Intercultural.</p>	<p>tradicional Aymara y la cultura occidental</p>	<p><i>moverme en los dos mundos y bien en los dos mundos, porque yo me manejo muy bien en el otro y también muy bien en el otro, cosa que no pasa quizá con los otros profesionales que tienen una sola mirada y yo tengo manejo quizá desde lo básico, yo no tengo dificultad con la lengua tampoco, porque yo hablo aymara, hablo fluido entonces no tengo esa dificultad, y desde la vivencia entonces también eso te facilita...”</i></p> <p><i>“...Un montón, te facilita un montón ya, entonces el conocer los dos mundos te abre una puerta grande y uno puede hacer un trabajo bonito...”</i></p>
-----------------------------------	---	---

Propuestas y estrategias

<p>Estrategias de convocatoria.</p>	<p>La encargada del área social utiliza las actividades de promoción y prevención para abordar temáticas de interculturalidad.</p>	<p><i>“...Yo lo he tratado de trabajar en los talleres, entonces yo creo que he sido bien pulga en ese sentido porque me sumo una parte de todos los talleres que tengan que arman los programas, yo les digo que me dejen 15 minutos...”</i></p> <p><i>“...entonces tiene que ser así en eventos masivos, en que tu le involucres eso por ejemplo el programa de salud cardiovascular, un montón de gente ahí entonces que ellos lo incorporen...”</i></p>
--	--	---

Ejercicio de democracia participativa		
Falta de decisiones participativas.	La visión cuantitativa genera que los funcionarios olviden la integración de las bases.	<i>"...Si se intenta por lo menos y se trata de hacer las cosas aunque a veces no siempre, a veces vienen las metas, la programación viene por un lado y vienen las metas y se olvidan de que tienes que pasar por una toma de decisiones participativas..."</i>
Información desfazada.	Los flujos de información no llegan en los momentos oportunos.	<i>"...y lo otro el flujo de la información también es una debilidad..."</i> <i>"...En algún área queda siempre, queda como no sé si quedara en los encargados, pero no siempre llega en momentos oportunos donde tiene que llegar."</i>
Falta de recursos humanos.	Escasez de recursos humanos, por lo que se debería considerar aumentarlos.	<i>"...Más recursos humanos debería tener..."</i>
Centralización de funciones – Falta de sistematización .	Desarrollo de la descentralización a través de las gestiones, labor que no es apoyada desde la sistematización de los funcionarios.	<i>"...Tiempo, bueno yo le logrado hacer lo que he alcanzado hacer sobre todo en descentralizar, yo no me hago cargo de todo, yo voy descentralizando, voy entregando, yo digo ya promoción no están registrando, todos dan acá consejería y no registran yo no me pongo a registrar por ellos, no aparecimos con meta nula, no registraron po, yo dije en tal fecha que tenían que ir registrando, no lo hicieron nomas, que es lo que le paso por ejemplo el año pasado y yo me fui po, nadie registro, entonces a no se ¡po! háganse cargo..."</i>

MAPA CONCEPTUAL: No Discriminación y Respeto a la Diversidad



- **Interpretación**

De acuerdo al eje No discriminación y respeto a la diversidad se identifica como unidad superior a la “Salud Integral” que deviene de la integración de las practicas no discriminatorias, paralela a ella se encuentra como obstaculizador externo la “Inadecuada entrega de los recursos” y como propuesta la aplicación de estrategias para la convocatoria al utilizar las actividades de promoción y prevención para abordar temáticas de interculturalidad.

Desde la unidad superior salud integral derivan los facilitadores internos y externos, de los primeros se identifica la cosmovisión intercultural, puesto que las habilidades sociales y la simetría de relaciones que posee la encargada del área de participación social facilitan el trabajo intercultural. No obstante surge un obstaculizador interno, la “inadecuada priorización del tiempo”, ya que la entrevistada menciona que destina una alta demanda de tiempo a la interculturalidad.

Y en base a los facilitadores externos se identificó la “Capacitación de la No discriminación”, ya que el personal ha sido instruido por el HCSF en el tema intercultural y la “Integración a las diversidades” en el cual se atiende sin restricción de admisión por nacionalidad, de aquella unidad de análisis surge una subunidad “prácticas no discriminatorias e innovadoras del personal joven” para la inclusión de la comunidad.

Luego surgen 8 unidades provenientes de la identificación de obstaculizadores, el “Apoyo Técnico escaso”, la “falta de sistematización”, la falta de recursos humanos, “Información desfasada”, dado que el flujo informativo que entrega el HCSF no llega en los momentos estipulados, “Inconstancia”, que señala la dificultad de los funcionarios del HCSF para desarrollar un trabajo permanente sobre intervenciones interculturales y la “Falta de decisiones participativas” debido a la visión cuantitativa que genera que los funcionarios olviden la integración de las bases.

(De acuerdo a técnica entrevista enfocada a miembros del Consejo de Desarrollo)

➤ **Instrumento.**

I.- DERECHO CIUDADANO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA.

1 - ¿Cómo es el funcionamiento de la OIRS?

2- ¿La información a la que se puede acceder permite transparentar el funcionamiento del HCSF?

3- ¿Cuáles han sido las debilidades de la entrega de información del HCSF a la comunidad?

III. GESTIÓN PÚBLICA PARTICIPATIVA

4- ¿Cómo se ha integrado el Consejo de Desarrollo en el proceso de trabajo del HCSF?

5- ¿Qué obstáculos han surgido en el proceso de trabajo entre el Consejo de Desarrollo y el HCSF?

6- ¿Han realizado algún trabajo en conjunto con las autoridades y la comunidad para concretar acuerdos en salud?

7- ¿Cómo se desarrollaron las cartillas para detectar problemas del sector en base a trabajo, seguridad ciudadana, salud...

8- ¿Qué obstáculos han surgido en su participación en el CIRA?

9- ¿Qué acciones proponen para fortalecer el trabajo entre el Consejo de Desarrollo y el HCSF?

IV.- FORTALECIMIENTO DE LA SOCIEDAD CIVIL

10- ¿Cómo el HCSF ha promovido la autonomía de la comunidad?

11- ¿Qué se podría mejorar en torno al fortalecimiento de la comunidad desde el Consejo de Desarrollo?

V.- NO DISCRIMINACIÓN Y RESPETO A LA DIVERSIDAD

12- ¿Cómo ha sido la ejecución de iniciativas en el HCSF para evitar la discriminación?

13- ¿Qué obstáculos han surgido para evitar la discriminación?

14- ¿Cómo es el funcionamiento del Programa Intercultural?

15- ¿Qué estrategias propondría para fortalecer el respeto a la diversidad en el HCSF?

• **Derecho Ciudadano a la Información Pública**

- *Conceptualización*

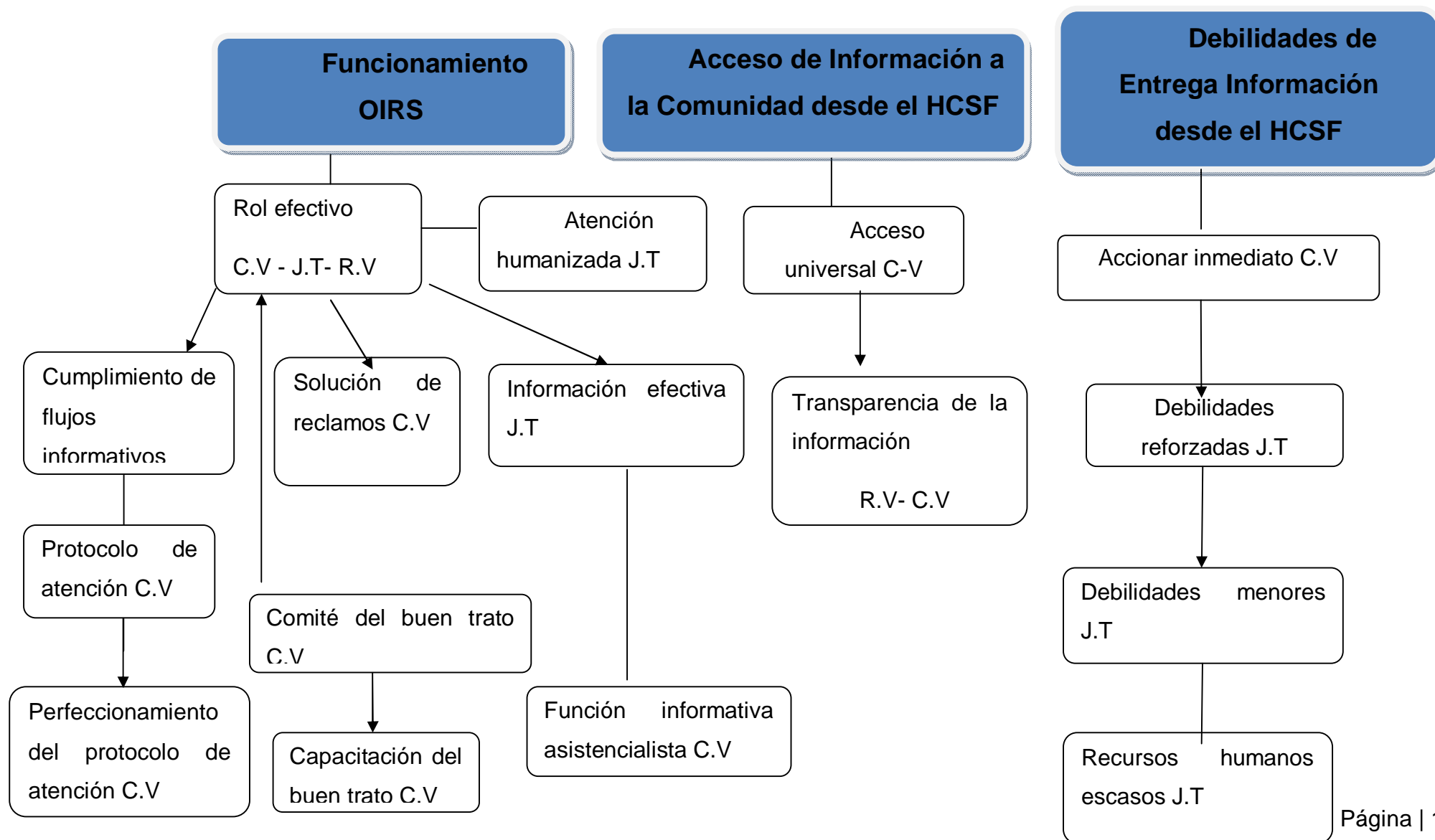
CONCEPTO	DEFINICIÓN	CITA
Rol Efectivo	Cumplimiento de las funciones y atribuciones de la OIRS.	<i>“...está bien orientada eh cierto recibe bastante sugerencias y reclamos de la comunidad... sí, si da respuesta porque eh hay algunos profesionales de aquí que se han cambiado que se les ha puesto como decir eh sino un ultimátum eh por lo menos decir que cambien su actitud de eh frente a la atención del usuario, entonces funciona funciona en breves palabras, las cosas aquí siempre se solucionan, uno va a preguntar a la OIRS e independientemente informan porque no es tan grande, entonces a veces uno no sabe en qué box va a estar cierto ocupa de otra persona cierto a veces uno no lo sabe pero la señorita de la OIRS lo sabe y ella da esa información”</i>
Función Informativa	Información asistencialista en la OIRS,	<i>“...la comunidad también además la toma</i>

Asistencialista	enfocada a la facilitación de información y acompañamiento continuo a destino solicitado por los usuarios.	<p><i>como una oficina de informaciones eh necesito conversar con el doctor o donde puedo ubicar a tal persona entonces la niña tiene que partir a buscarla es una mala costumbre.”</i></p> <p><i>“...la percepción que tiene la comunidad si es como una oficina de informaciones.”</i></p>
Comité del buen trato	Instancia de participación social entre la Dirección y el Consejo de Desarrollo del HCSF abocada a la revisión de Reclamos y sugerencias de los usuarios y soluciones viables al respecto.	<p><i>“...se ha utilizado tanto el Comité del Buen Trato es del trato al usuario que se juntan una vez al mes y revisamos los reclamos y las sugerencias a las cuales se le da respuesta por parte del Director y se les va revisando cuales si cuales y cuales claro no tienen como se llama ninguna validez.”</i></p>
Capacitación del buen trato	Instrucción permanente para optimizar el Buen Trato en el HCSF	<p><i>“...capacitaciones funcionarias para eh mejorar el buen trato.”</i></p>
Protocolo de atención	Lineamientos básicos de atención usuaria en la OIRS.	<p><i>“...El otro día, la otra vez había un cuadro y decía por ejemplo un cuadro de cómo atender al usuario, salía eh pasos básicos.”</i></p>
Perfeccionamiento del protocolo de atención	Mejoramiento de los lineamientos básicos de atención usuaria utilizada en la OIRS en la actualidad.	<p><i>“...claro, eso un protocolo de atención para mejorar la llegada y lo están usando cierto eh no como al</i></p>

		<i>pié de la letra tan recitadito como buenos días, a qué viene y cómo está, ¡no! Sino que más o menos ha ido cierto ha mejorado...”</i>
Solución de reclamos	Procedimiento que entrega respuesta a los reclamos generados en la OIRS.	<i>“...y se ha dado también respuesta a los reclamos.”</i>
Atención humanizada	Atención usuaria más humana respecto a otras dependencias de la Red Asistencial	<i>“...la verdad es que este Hospital es bastante modelo, la atención de acá es diferente a la atención de todas partes, no es una atención común en los Hospitales es más humana.”</i>
Información efectiva	Niveles de información correctos en la OIRS.	<i>“... la información digamos acá funciona, funciona plena y cabalmente”.</i>
Cumplimiento de flujos informativos	Flujo de atención ejecutado correctamente en la OIRS.	<i>“... cuando uno viene periódicamente no sabe si uno va mejor a informarse a la OIRS nos destinan para el lugar y uno rápido salen las cosas si uno quiere atenderse o quiere hacer otra cosa uno rápido no hay necesidad de perderse de estar como se dice tonteando e ir a un lugar y otro a preguntar, no uno va a allá al lugar donde corresponde”</i>

Transparencia de la información	Entrega de información transparente del HCSF a los usuarios.	<i>“... Si lo permite porque si no lo permitiera entonces como le digo nosotros eh nos sentiríamos como le digo como...no tengo la palabra para explicarme pero ¡estaríamos mintiendo!”</i>
Acceso universal	Ingreso igualitario a la información por los usuarios del HCSF.	<i>“... aquí las personas acceden todas de la misma manera y en la misma eh, claro tienen la misma oportunidad.”</i>
Debilidades reforzadas	Debilidades de entrega de información del HCSF reformadas.	<i>“... Es que yo creo que las cosas que han estado débiles se han fortalecido.”</i>
Debilidades menores	Existencia de debilidades menos graves intervinientes en el funcionamiento del HCSF.	<i>“...entonces yo creo que las debilidades, un año atrás podíamos hablar de algunas debilidades cierto, con respecto a la OIRS, al trato a varias cosas, pero tampoco debilidades tan graves.”</i>
Recursos humanos escasos	Escasa contratación de Recursos Humanos en el HCSF y a nivel nacional.	<i>“... yo creo que la debilidad más grande tal vez a nivel de país digamos es la falta de personal básicamente de los Servicios.”</i>
Accionar inmediato	Debilidades suscitadas en el HCSF resueltas de forma inmediata.	<i>“...Esas debilidades como dicen se han ido surtiendo cuando se descubren.”</i>

MAPA CONCEPTUAL: Derecho Ciudadano a la Información Pública



- **Interpretación**

De acuerdo a la categoría Derecho Ciudadano a la Información Pública en primer orden se abordó una pregunta relacionada con el funcionamiento de la OIRS en el HCSF. De acuerdo a la pregunta, los tres entrevistados identificaron que la OIRS cumple un “Rol efectivo” de acuerdo a las funciones que debe concretizar según los lineamientos generales de atención; siendo un factor facilitador de aquello, la “Atención humanizada” que se proporciona desde el Hospital hacia los usuarios.

En segundo nivel del mapa conceptual, se identifica una unidad de análisis posicionada en el segundo eslabón a la izquierda del mapa denominada “Cumplimiento de los flujos informativos” del HCSF en torno a la OIRS; la cual fue identificada por uno de los entrevistados y que se dirige a la existencia de flujos informativos presenciales en el HCSF, específicamente desde la OIRS; la cual se alinea en un nivel inferior con la unidad de análisis “Protocolo de atención” la que se aboca a la existencia de lineamientos de atención usuaria en el HCSF. Asimismo, en torno a lo anterior, se identifica en el eslabón inferior la unidad “Perfeccionamiento del protocolo de atención” en la actualidad en la OIRS, la que fue referida por uno de los entrevistados.

También, en el segundo nivel del mapa, al costado derecho de la unidad de análisis “Cumplimiento de los flujos informativos” se localiza otra unidad denominada “Solución de reclamos” la que fue reconocida por uno de los entrevistados, así también, se localiza a la derecha de la recién mencionada, la unidad “Información efectiva” la que fue visualizada por uno de los entrevistados.

De acuerdo a ésta última, en el nivel inferior, se reconoce como obstaculizador de la información en la OIRS la “Función informativa asistencialista” reconocida por un entrevistado, la que se dirige al acompañamiento continuo que realizan los funcionarios hacia los usuarios a las dependencias del HCSF, la que se excede acorde a las funciones determinadas en este ámbito.

Por tanto, según todo lo anterior se interpreta que las unidades recientemente expuestas han contribuido a la composición del denominado “Rol Efectivo” de la OIRS según información obtenida desde los entrevistados.

En relación a las estrategias de atención usuaria utilizadas en la OIRS, se reconoce el “Comité del Buen Trato” por uno de los entrevistados, la que se define

como una instancia de participación social entre el HCSF y el Consejo de Desarrollo que se encarga de revisar los Reclamos y Sugerencias de los usuarios a fin de consensuar las posibles soluciones al respecto y con ello contribuir al denominado “Rol efectivo” de la OIRS. Esta estrategia, a su vez ha conllevado la constante “Capacitación del Buen Trato” dirigida a los funcionarios del HCSF, la cual es identificada por el mismo entrevistado.

Respecto a la pregunta dirigida a la transparencia del funcionamiento del HCSF en base a la información a la que accede la comunidad, se determina una unidad de análisis llamada “Acceso universal”, ya que un entrevistado expresa que existe igualdad de oportunidad en cuanto al acceso a la información para la comunidad y también determina que esto conlleva a una “Transparencia de la información” la que es reconocida por el mismo y otro de los entrevistados.

En torno a la pregunta acerca de las debilidades de la entrega de información del HCSF se encuentra en un primer nivel del mapa la unidad de análisis “Accionar inmediato” del HCSF cuando se expone o detecta un problema según uno de los entrevistados, lo que conlleva en un segundo nivel la presencia de “Debilidades reforzadas” en el proceso de acción del HCSF, según otro de los entrevistados. Por tanto, en la actualidad se visualizan “Debilidades menores” en el HCSF, según el mismo entrevistado.

Además, se identifica como obstaculizador en el nivel inferior, la unidad de análisis “Recursos Humanos escasos” la cual es detectada por uno de los miembros, el que alude a que esta debilidad es a nivel de país en el ámbito de salud, situada desde la escasa contratación desde los Servicios de Salud de cada región.

- **Gestión pública participativa**

- *Conceptualización*

CONCEPTO	DEFINICIÓN	CITA
Proactividad	Actores sociales que poseen iniciativas para la resolución de contingencias.	<p>CV: "...entonces son debilidades que el hospital va exponiendo y que uno las va descubriendo y las va poniendo, o sea las va exponiendo para que se mejoren, ahora aparecemos como que, oiga este hospital no tiene ningún defecto, porque lo hemos ido mejorando, (M.1.: claro) porque nosotros mismos nos hemos dado cuenta"</p> <p>CV: "...entonces cosas básicas, cosas simples cosas pero que uno se va dando cuenta que son debilidades pero al exponerlas se van mejorando..."</p>
Resolutividad	Actores sociales con iniciativas determinantes para la inclusión de sus sugerencias en el HCSF	CV: "...ninguna de las sugerencias iban a ser tomadas en cuenta, entonces por eso pasamos a ser más resolutivos."
Integración desde la génesis	Inclusión de los actores sociales desde la etapa de planificación del proceso de participación social del HCSF.	JT: "...el consejo empezó aquí, con la construcción del hospital, no es que se integró acá sino que siempre fue parte de él..."

		<p>CV: “...No hubo integración como dice Jaime, sino que es un nacimiento en conjunto.”</p> <p>JT: “...siempre las personas estuvieron acá, o sea por ejemplo el sector tierra mar, se lo puso la gente no el hospital, (Carlos: a gente fue proponiendo) no es como el otro lado, sector rojo, sector amarillo, sector verde listo se acabó el asunto, sin derecho a voto, acá no...”</p> <p>JT: “...siempre eso se ha gestado así, entonces aquí la verdad el consejo ha sido como otro miembro más del staff hospital, entonces por lo tanto, o sea no se toman decisiones acá digamos (R.V: sin consultamos a nosotros) grandes decisiones pero hay muchas digamos que se consultan...”</p>
<p>Pioneros en la Integración desde la génesis</p>	<p>Actores Sociales precursores en la participación, desde la integración del HCSF.</p>	<p>CV: “...Claro, y es una cosa que ustedes del principio lo tuvieron que haber notado que siempre se conversó de eso, que es lo que la diferencia con el resto de los consultorios de aquí de la región y del resto del país, eh que lo vimos nosotros también Santiago, nos preguntaron la misma</p>

		<p><i>pregunta un poquito así ¿Cómo lograron ustedes su integración de este trabajo? Y nosotros dijimos no hubo integración...”</i></p>
Integración sostenible	<p>Inclusión de los actores sociales que se ha sostenido en el tiempo desde la etapa de planificación del proceso de participación ciudadana en el HCSF</p>	<p><i>CV: “...Claro, claro fue un nacimiento mutuo, fue fue natural el contacto, y eso gracias a dios, eh en los diferentes directorios que ha tenido se ha mantenido (J.T.: y se ha respetado) y se ha respetado claro....”</i></p>
Déficit en la Convocatoria	<p>Baja asistencia de los actores sociales en instancias participativas generadas por el HCSF.</p>	<p><i>C.V.: “...Sí, si ha habido un problema, que es este eh la pérdida de la convocatoria...”</i></p>
Créditos de la gestión de las autoridades	<p>Autoridades que intentan manifestarse como imagen visible de las iniciativas que originan los Dirigentes Sociales.</p>	<p><i>CV: “...entonces se lo dijimos a la doctora, la doctora dijo yo sé que ustedes han insistido pero yo eh estado buscando una solución ahora lo que les puedo decir que eso va a estar en funcionamiento a partir de diciembre a va a estar en funcionamiento, entonces nosotros le dijimos eso ha sido gracias a la gestión que nosotros hemos hecho, no puede aparecer otra persona entonces cuando se habrá aquí el asunto de la atención con el mimógrafo va a parecer este caballero va a aparecer ere caballero cierto diciendo:</i></p>

		<p><i>gracias a mi gestión esto está, Y no! Entonces con eso con Jaime teníamos, vamos a tenerlo que hacerlo (Jaime: murmura) esta semana o la próxima por eso le dijimos a la doctora que íbamos a hacer una declaración en la prensa referente a eso, gracias a la gestión que ha hecho el consejo de salud de este hospital frente al servicio de salud se logró poner en funcionamiento, o sea decir que se está solucionado el problema antes que aparezca la cosa y quedemos nosotros sin hacer nada...”.</i></p>
Trabajo sinérgico	<p>Labor multidisciplinaria desarrollada los actores sociales involucrados en el proceso de participación ciudadana.</p>	<p>CV: “...siempre hemos mantenido el contacto eh servicio de salud que es el ente que maneja esto, este hospital y la comunidad o sea siempre ha habido el trabajo de exigencia y el cumplimiento de la exigencia...”</p>
Actividades de Promoción y Prevención	<p>Acciones que están enfocadas a la promover el autocuidado y fomentar la educación social informal.</p>	<p>JT: “...Normalmente (M.1.: una actividad comunal) normalmente acá se hacen eh...dos tipos de actividades que son comunes, una es educación que es a través de charlas donde está y lo otro son los operativos...”</p>
Indiferencia a la participación de la	<p>Escasa iniciativa de la comunidad en las</p>	<p>JT: “...la asistencia acá no es de la mejor y no es</p>

comunidad	instancias desarrolladas en el proceso de participación ciudadana del HCSF	<i>un problema de comunicación a la gente se le comunica, pero la gente está acostumbrada a que poco menos se le coloque alfombra para que tengan que asistir...</i>
Transmisión de desinterés participativo a los Dirigentes	Traspaso de conductas pasivas desde la comunidad hacia los Dirigentes sociales.	<i>JT: "...es un mal hábito que se le ha dado a nuestros dirigentes..."</i>
Alta tasa laboral y de natalidad	Alta demanda de tiempo de la comunidad abocada al área laboral y de crianza.	<i>JT: "...la comunidad de alto hospicio es una comunidad que normalmente trabajay es de muy alta proliferación en hijos, muchos hijos que atender y no los pueden dejar solos y el papa y la mama están trabajando entonces, entonces por lo tanto la participación que ellos pueden tener es bastante escasa porque tienen hay poca participación...."</i>
Desencantamiento en la participación de las bases.	Desilusión participativa en base a experiencia y praxis de vida de las bases.	<i>JT: "...mucho de nuestra gente está un poco desencantada con las cosas que han ido pasando durante montonera de años y como se llama también por la forma de vida que llevamos hoy día..."</i>
Individualismo de la comunidad	Tendencia a actuar según el propio criterio, no de acuerdo con el criterio de	<i>JT: "...cada día somos más egoísta mas personalistas menos comunitarios menos</i>

	colectividad.	asociativos...”
Reconocimiento de parte de etapa de los Diálogos Participativos	Los actores sociales se encuentran en conocimiento de algunos aspectos de una etapa que integra los diálogos participativos.	<p>C.V.: “...una propuesta de salud 2010 2020?”</p> <p>C.V.: “Eh... a ver a nivel nacional se entregaron unos cuadernillos con unas consultas para hacer unas propuestas de mejora de salud del 2010 al 2020 y se entregaron algunas cartillas para trabajarlas en las diferentes juntas de vecinos, esto fue el 2009...”</p> <p>CV: “...se entregaron unos cuadernillos para trabajarlos en tu junta de vecinos, ponte tú te reunías con un grupo de junta de vecinos y se daban algunas propuestas respuestas de de salud, y se trabajaron y se trabajaron yo en mi junta de vecinos lo trabaje, eh como se llama el Marcos también lo trabajo en su junta de vecino...”</p> <p>C.V: “...Claro, yo los traje de Santiago que me entregaron 10 para que trabajaran acá y a la señorita Amelia le llegaron otros tantos entonces esos los distribuimos al tiro a la gente...”</p> <p>C.V:“...Se entregó po</p>

		<p><i>(interrupción de R.V.: se entregó acá y aquí hicimos nosotros aquí las planillas) y aquí la señorita la Amelia lo envió a quien correspondía entregarlo se envió...”</i></p> <p><i>C.V.: “...Claro, y de ahí quedaron de decirnos esto es lo que se hizo, eh salió a raíz de esos encuentros que hubieron que yo se los mande a ustedes parece un cuadernillo que salen en la tapa salen hartas fotos hartas caras (interrupción de R.V.: de niñitos) no, no de niñitos de dirigentes de acá (interrupción de R.V.: si sí) donde sale la señorita Amelia y salen otros dirigentes de acá de hospicio y adentro cuando uno abre así, aquí tiene una franjita que ahí aparecen fotos de dirigentes...”</i></p> <p><i>C.V.: “...Claro, y eso lo tiene la señorita Amelia, eso fue eh pero fue como desarrollado, que eso se entregó al final en enero, pero se entregó ahí que era la recopilación de lo que se había hecho hasta ahí, y en enero se había hecho la última propuesta y se entregó todo, y quedaron después de entregarnos una respuesta porque en esa</i></p>
--	--	--

		<p>reunión...”</p> <p>J.T.: “...Yo estuve trabajando en las comisiones esas que...”</p> <p>CV: “...Todo se entregó...”</p>
<p>Desconocimiento de las etapas que contemplan los Diálogos</p>	<p>Ignorancia informativa sobre los flujos de las fases de los diálogos participativos.</p>	<p>J.T.: “¿Unas cartillas?”</p> <p>JT: “...No tengo idea de que están hablando...”</p> <p>JT: “...A mí no me llego...”</p>

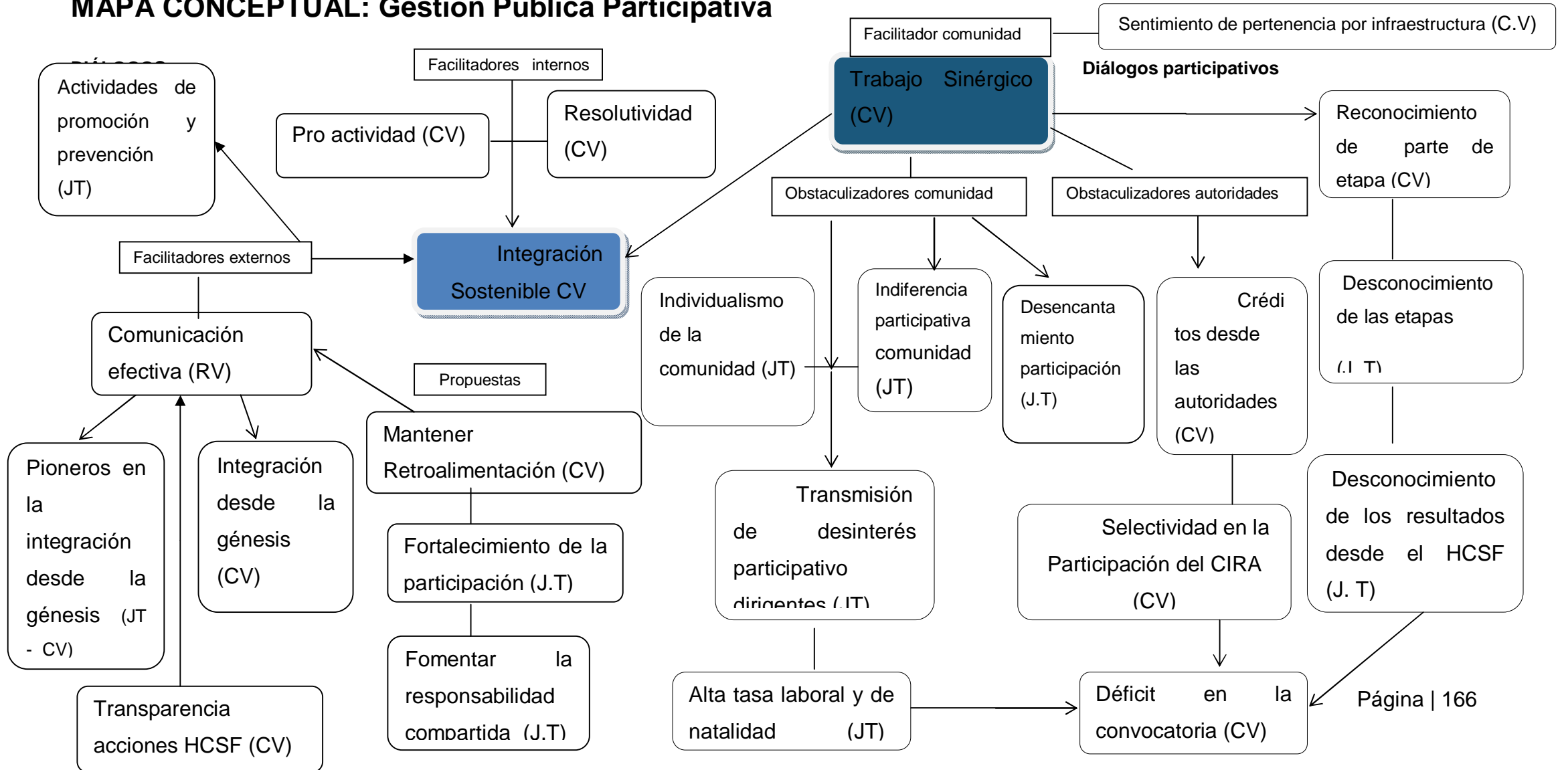
<p>Desconocimiento de los resultados de los Diálogos Participativos desde el HCSF</p>		<p>CV: "...volvimos a reclamar esta vez, porque siempre se manda algo y nosotros no sabíamos en que quedo..."</p> <p>CV: "...Si, y ya estamos en el 2011 y eso debió a ver salido el 2010 a verse dicho cierto la comunidad trabajo en este aspecto y estas son las propuestas que se hicieron y esto es lo que vamos a desarrollar, pero hasta ahora qué bueno que nos haya recordado..."</p>
<p>Selectividad en la participación desde el CIRA</p>	<p>Clasificación de actores sociales que participan en el CIRA.</p>	<p>C.V.: "... Es que ahí nos limitaron a nosotros como dirigentes la participación", "...porque eh incluso yo le reclamaba a la doctora ..."</p> <p>CV: "...yo estuve en dos perdón que hicieron acá porque lo hicieron acá me invitaron pero a los otros dijeron que iba solo el presidente del consejo regional no ni siquiera de los consejos locales los consejos de consultorio si no que solo el presidente del consejo regional, sino que nos limitaron la participación y ahí asistía la Alicia nomas la Alicia Naranjo que estaba</p>

		<p>asistiendo a estos encuentros y con Gabriel le reclamamos y otros dirigentes más, una vez vino Gabriel vino la Alicia vino el cómo se llama el otro Mario y yo, pero la misma...”</p>
<p>Mantenimiento de retroalimentación</p>	<p>Ideas para mantener vías comunicacionales entre los actores sociales involucrados en el proceso de participación ciudadana.</p>	<p>C.V.: “...Porque nosotros la estamos desarrollando, si nosotros o sea que propuestas mantener las vías de comunicación no perder el dialogo...”</p>
<p>Transparencia de las acciones del HCSF</p>	<p>Honestidad y visibilidad de la información hacia la comunidad desde el HCSF.</p>	<p>CV: “...y la transparencia o sea de lo que nosotros planteamos como dirigentes y las respuestas que nos dan ellos, que todo sea transparente no perder esa instancia porque propuestas para mejorar ya no lo podemos mejor mas si esta bueno...”</p>
<p>Comunicación efectiva</p>	<p>Flujos comunicacionales adecuados, desarrollado a través de un contacto activo de las bases a los funcionarios y viceversa.</p>	<p>R.V: “Si yo me dieron a lo que dice don Carlos porque siempre cada vez que sucede algo, siempre estamos nosotros entonces estamos en contacto todos los meses aunque hemos fallado dos meses porque estaban de vacaciones las personas pero nuevamente nos hemos integrado.”</p>
<p>Fomento de la proactividad</p>	<p>Promocionar</p>	<p>C.V.: “...Si, es lo que</p>

	actores sociales prácticos y resolutivos frente a la contingencia.	<p><i>nos decía, lo que decíamos delante cuando la señora Alicia nos decía “susurro: ustedes tienen que asumir aprendan” o sea dejándonos diciéndonos que tenemos que hacer pero eh... como le cuesta...”</i></p> <p><i>R.V.: “...Dándonos el pasea nosotros...”</i></p>
Empoderamiento	Proceso mediante el cual los individuos obtienen control de sus decisiones y acciones.	<p><i>C.V.: “...Oh sea nosotros como organización, como se llama consejo de desarrollo en salud, nos sentimos eh (Alejandro: autónomo) (M.2.: fuerte empoderado) autónomos, claro... (Ruido de golpe de mesa como batería) eso por ahí va...”</i></p>
Pasividad de la comunidad	Actores sociales con escasa iniciativa para participar.	<p><i>JT: “...La verdad que el hospital nunca ha acaparado el derecho de... de... hacer las cosas de la tuición que se yo de la paternidad con respecto al consejo muy por el contrario, o sea tal vez yo creo que el problema que se dio en un principio fue la comodidad, nada más como el consejo nació junto al hospital no había ni siquiera presidente nada...”</i></p>
Sentimiento de pertenencia por la infraestructura del HCSF	Los actores sociales manifiestan sentirse identificados con	<p><i>C.V.: “Nos ganamos el espacio”.</i></p> <p><i>CV: “...así en forma</i></p>

	el HCSF por la infraestructura.	<p><i>natural, ahora ni siquiera ni siquiera en en el consejo cuando se plantean las cosas, cuando se plantea la problemática nadie ninguno de los doctores por eso decimos al llegar el momento de decir sabe en este campo ustedes no tiene que entrar, nunca nos han dicho eso (interrupción de R.V.: murmuro) nunca nos han...”</i></p> <p><i>RV: “...Siempre nos toman en cuenta...”</i></p>
Fomento de la responsabilidad compartida	Conciencia de los actores sociales de sus derechos y deberes.	<p><i>C.V.: “...Y también el eh como se llama el asumir los compromisos y...”</i></p> <p><i>CV: “...respetarlos los compromisos y cumplirlos compromisos...”</i></p>
Fortalecimiento de la participación.	Los actores sociales están proponen la generación de estrategias para mejorar la participación.	<p><i>JT: “...yo creo que más que eso habría lo que tendríamos que hacer es fortalecer la participación de la de la comunidad porque...”</i></p>

MAPA CONCEPTUAL: Gestión Pública Participativa



- **Interpretación.**

En base a la Gestión Pública participativa, en un primer orden surge la unidad de análisis estructural denominada “integración sostenible” nombrada por dos dirigentes, la que refiere a que la integración de los Dirigentes ha sido perdurable en el tiempo. A su vez, dicha unidad surge en base a facilitadores internos que son “proactividad” y “resolutividad”, las que fueron mencionadas por un mismo dirigente, y se refieren al desarrollo de iniciativas y decisiones frente a contingencias. Así también, se originan facilitadores externos como las “Actividades de promoción y prevención” “comunicación efectiva” de los actores sociales la que se nutre a través de propuestas tales como: “mantención de retroalimentación” expresada por un dirigente, que refiere a la interrelación efectiva entre los actores sociales, también la etiqueta “Fortalecimiento de la participación”, la que incita la generación de estrategias para mejorar la participación, así también la unidad de análisis “Fomentar la responsabilidad compartida” que indica forjar la conciencia de los actores sociales de sus derechos y deberes en el proceso. Además, como facilitador externo se encuentra la etiqueta “actividades de promoción y prevención” desarrolladas por el HCSF en el desarrollo del proceso de participación ciudadana. Así también, se influiría desde la etiqueta “Comunicación efectiva” a que los actores sociales sean “pioneros en la integración desde la génesis” del HCSF, mencionada por dos dirigentes y que se también se origine “Integración desde la génesis” expresada por un dirigente, lo que involucra a su vez que se contribuya a través de la “transparencia de las acciones” que refiere a la visibilidad de las acciones desde el HCSF hacia la comunidad, mencionada por un dirigente, al desarrollo de la unidad “comunicación efectiva”.

Por otro lado se detectó como unidad paralela a la “integración sostenible” la unidad de análisis “trabajo sinérgico” mencionada por un dirigente, la que indica un trabajo colaborativo entre los actores sociales, la que a su vez dispone de un facilitador de la comunidad que se denomina “Sentido de pertenencia por la infraestructura”, mencionada por el mismo dirigente que sería un factor que influiría en este trabajo colaborativo. No obstante, de este “trabajo sinérgico” se identifican obstaculizadores que surgen desde la comunidad los que corresponden a la unidad “individualismo de la comunidad” mencionada por un dirigente, el que refiere a un criterio más personalista que interpersonal, y la etiqueta “Indiferencia participativa” mencionada por el mismo dirigente, la cual indica la existencia de pasividad de los actores sociales, puesto que se abstraen a

participar activamente, lo que generaría una “transmisión de desinterés hacia los Dirigentes” mencionada también por el mismo dirigente, puesto que se heredan estas conductas pasivas por los Dirigentes en torno a integrarse y ser parte activa del HCSF. A su vez, estos obstáculos se asocian a la etiqueta “alta tasa de natalidad y laboral” de la comunidad, la que es mencionada por el dirigente anterior, y refiere a factores de riesgo de la comunidad y con ello a la generación de obstáculos para la participación como los mencionados anteriormente, lo que impactaría en la unidad de análisis “déficit en la convocatoria” mencionada por otro de los dirigentes.

Asimismo, para el “trabajo sinérgico” se originan obstáculos desde las autoridades y/o organismos de la red, que corresponden a la etiqueta “créditos de la gestión de las autoridades”, mencionado por un dirigente, puesto que las autoridades intentarían manifestarse como imagen visible de las iniciativas que originan los Dirigentes, así como también la generación de “Selectividad en la participación del CIRA”, de los miembros del Consejo de desarrollo lo que les limitaría la participación, unidad de análisis que fue identificada por el mismo dirigente. Etiquetas, que a su vez podrían además influir en el “déficit de la convocatoria” la que fue mencionada anteriormente.

Por último, también podría impactar en este “trabajo sinérgico” la implementación de los Diálogos participativos, puesto que se originan respuestas difusas, una etiqueta apela al “reconocimiento de una parte de una etapa”, la que fue señalada por uno de los miembros, por el contrario otro de ellos señala un “desconocimiento de las etapas”, no así, reconoce que participó de unas comisiones de trabajo, pero no identifica que sean comisiones sobre los diálogos propiamente tales. Por último, otro de los miembros añade que existe “desconocimiento de los resultados desde el HCSF”, lo que refiere a que no se ha realizado una socialización interna de los resultados en el HCSF, no así si se ha realizado una difusión de resultados a nivel regional a través de la facilitación de un documento que enmarcaba los desafíos y propuestas ciudadanas. Dicha etiqueta podría incidir a su vez en la etiqueta “Déficit en la convocatoria”, puesto que es visualizada desde los obstaculizadores para la participación ciudadana de los actores sociales.

- **Fortalecimiento a la Sociedad Civil**

12-Conceptualización

(Promoción de la autonomía de la comunidad)

CONCEPTO	DEFINICIÓN	CITA
Fomento a la Proactividad	Incentivar a los actores sociales a asumir acciones resolutivas	<i>“...Sí, es lo que nos decía, lo que decíamos delante cuando la señora Alicia nos decía (susurra) ustedes tienen que asumir aprendan o sea dejándonos, diciéndonos que tenemos que hacer pero eh... como le cuesta promoción de la...” (C.V)</i>
Empoderamiento	Sentimiento de autonomía y fortalecimiento que caracteriza al Consejo de Desarrollo del HCSF.	<i>C.V: “Oh sea nosotros como organización, como se llama consejo de desarrollo en salud, nos sentimos eh (J.T: autónomo) (M.2.: fuerte empoderado) autónomos, claro...(ruido de golpe de mesa como batería) eso por ahí va...”</i>
Inclusión	Autorizar a los dirigentes sociales a ejecutar acciones en el proceso de participación ciudadana.	<i>“...Dándonos el pase a nosotros...” (R.V)</i>
Pasividad de los actores sociales.	Actitud de los actores sociales que se caracteriza por su inactividad en la etapa de	<i>“....La verdad que el hospital nunca ha acaparado el derecho de... de... hacer las cosas de la tuición que se yo de la</i>

	planificación del HCSF.	<i>paternidad con respecto al consejo muy por el contrario, o sea tal vez yo creo que el problema que se dio en un principio fue la comodidad, nada más como el consejo nació junto al hospital no había siquiera presidente nada.....” (J.T)</i>
Sentimiento de pertenencia.	Sentido comunitario de formar parte de un espacio o proceso, contando con el apoyo de los profesionales de la institución.	<i>“...Nos ganamos el espacio así en forma natural, ahora ni siquiera ni siquiera en el consejo cuando se plantean las cosas, cuando se plantea la problemática nadie ninguno de los doctores por eso decimos al llegar el momento de decir sabe en este campo ustedes no tiene que entrar, nunca nos han dicho eso” (C.V)</i>

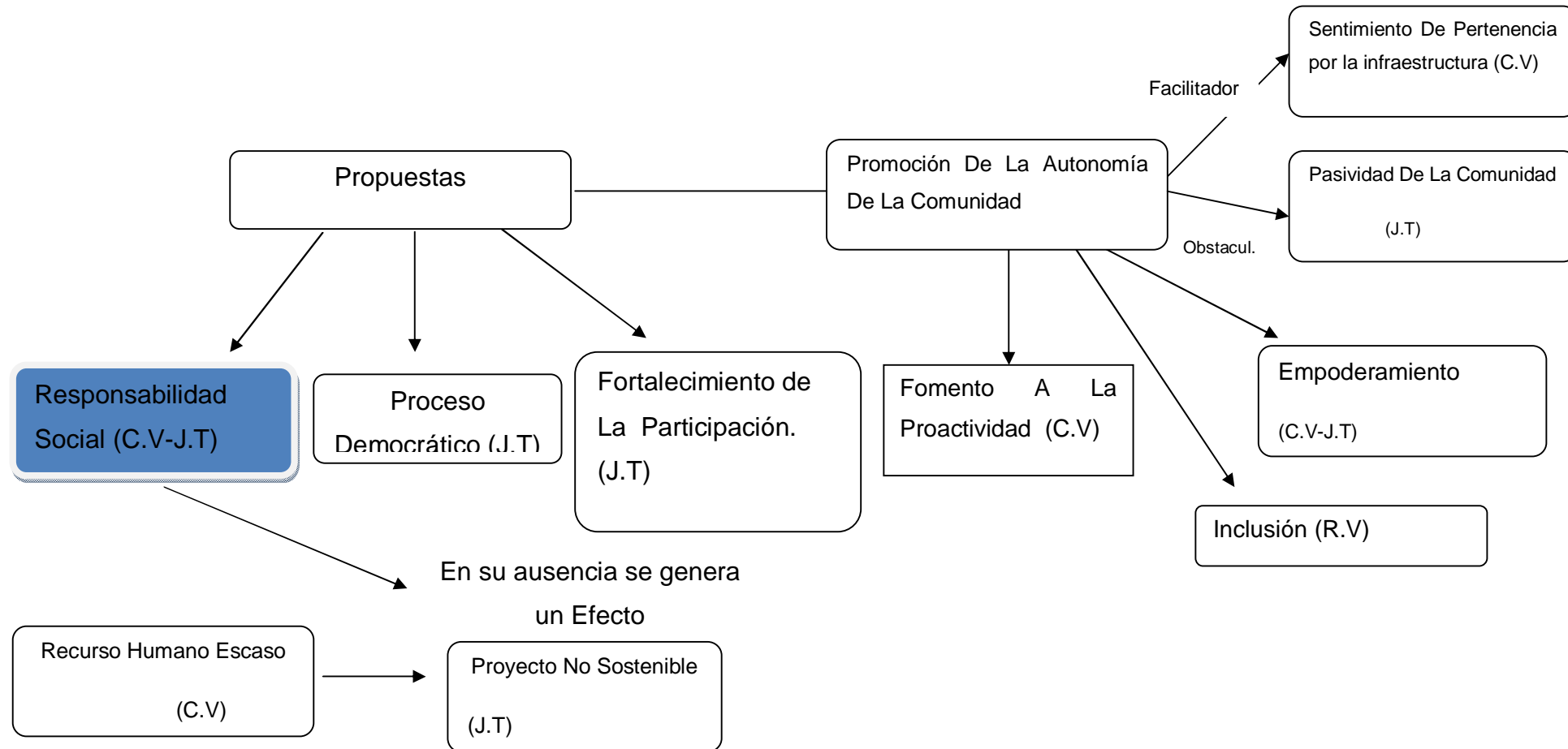
PROPUESTAS:

Concepto	Definición	Cita
Fortalecimiento de la participación.	Fomentar la participación comunitaria	<i>“... yo creo que más que eso habría lo que tendríamos que hacer es fortalecer la participación de la de la comunidad porque...” (J.T)</i>
Responsabilidad social	Asumir un compromiso responsablemente en las funciones dirigenciales.	<i>C.V.: “...Y también el eh como se llama el asumir los compromisos y...” J.T.: (INTERRUMPE) respetarlos CV: “...respetarlos los compromisos y</i>

		<p><i>cumplirlos compromisos,...”.</i></p> <p><i>“...Eso es lo que habría que mejorar cierto, el asumir, ser responsables cuando se asumen los compromisos, no sé cómo decirlo pero si yo asumo un compromiso, responderle bien, eso es lo que habría que mejorar, no sé cómo decirlo no sé si me entiende...” (C.V)</i></p> <p><i>“...Claro asumiendo los compromisos y siendo responsables de esos compromisos, no sé cómo decir eso, eso tiene que tener alguna denominación alguna palabra, en este momento no se me ocurre...” (C.V)</i></p> <p><i>“.....de que a las personas poco a poco se les hiciera el compromiso de que si ellos no puede llegar a la hora, o no puedan participar ese día que lo hagan que avisen, cosa que siempre se sepa con que persona se puede trabajar y después buscar algunas cosas paralelas como no se osea yo...” (J.T)</i></p>
<p>Proceso democrático</p>	<p>Consideración de las propuestas de los dirigentes para ejecutar las acciones sociales.</p>	<p><i>“...Ósea la participación lo que realmente nosotros hacemos se hiciera de manifiesto...” (J.T)</i></p>

Proyecto no sostenible	Iniciativa que no perduró en el tiempo debido a la falta de recursos humanos.	<i>“...Por ejemplo acá se saco la, como se llama, se gano un proyecto acá en el hospital de la fila preferencial, pero la fila preferencial ya no está ya, porque, porque no hay personal...” (J.T)</i>
Recursos Humanos Escasos	Escasa contratación de recursos humanos en el HCSF.	<i>“...Falto el recurso humano, ahora se lo planteamos el otro día a la directora y dijo pero eso lo tiene que ver el director, si pero, entonces se está perdiendo, está todavía no se tiene que perder pero ya no hay...” (C.V)</i>

MAPA CONCEPTUAL: Fortalecimiento de la Sociedad Civil



- **Interpretación**

De acuerdo al mapa conceptual del eje fortalecimiento a la sociedad civil en la unidad de análisis promoción de la autonomía de la comunidad un actor social señala que esta se ha caracterizado por el “fomento a la proactividad” por parte de la encargada del área, quien incentivo a los dirigentes sociales a asumir acciones sociales.

Otro dirigente señala que también implicó un empoderamiento por parte del consejo de desarrollo, quien se caracterizo por su autonomía y fortalecimiento.

Un dirigente agrega que en el proceso de participación social de este eje también hubo integración a los dirigentes sociales.

Según un dirigente en esta categoría existió el facilitador denominado sentimiento de pertenencia, que se origino cuando esta organización se sintió parte del espacio o proceso y además recibió el apoyo de los profesionales de la institución. El obstaculizador identificado por otro actor social es la pasividad de la comunidad que se generaría producto del no cumplimiento de sus funciones dirigenciales.

En cuanto a las propuestas que señalan los actores sociales en este eje, destaca la responsabilidad social, que fue mencionada por dos dirigentes sociales, al referirse a la importancia de cumplir con los compromisos asumidos, también destaca el fortalecimiento a la participación y el proceso democrático, que según un dirigente las propuestas de los dirigentes se deben considerar para ejecutar las acciones sociales. Además señala que cuando el proceso de participación social no es democrático se puede generar un proyecto no sostenible como es el caso de la fila preferencial, la cual según otro dirigente estaría detenida por falta de recurso humano.

No Discriminación y Respeto a la Diversidad

- Conceptualización

(EJECUCIÓN)

CONCEPTO	DEFINICIÓN	CITA
Conductas No discriminativas	Acciones no discriminatorias por sexo, edad, etnia o condición social.	<i>“...O sea yo creo que aquí la discriminación que se da es por un problema de la patudez de la gente que cree que son especiales pero no creo que haya una discriminación o por sexo o por edad o por etnia, o por condición social...” (J.T)</i>
Inclusión social.	Proceso dinámico que permite integrar a las personas de forma universal, en especial a los discapacitados e indígenas. Además conlleva la integración de la comunidad no indígena en la práctica de la medicina ancestral como el parto intercultural.	<i>“...Aquí hay una integración aquí las personas tienen la, mire de hecho el Hospital está construido en un plano, cierto no hay escalinatas que impediría que pueda venir un señor en silla de ruedas, a las personas tampoco se les discrimina por raza, los atienden a todos parejos, es más algunos chilenos podrían sentirse discriminados porque hay un mesón que es que como se llama, como es este....” (C.V)</i> <i>“...Muy buena atención al 100%, incluso hay personas que no tienen etnia y se tratan ahí, yo conozco una persona que es mi vecina, que ella no tiene nada ella no es indígena, no es mapuche no es nada por el estilo, pero sin embargo ella va a dar un parto, ella está embarazada y va dar un parto así al agua, como le puedo decir esta integrándose a eso le gusto, ellas vieron charlas así en el auditorio y ella opto por eso, ha tenido cuatro hijos y cuatro nacieron en el hospital y este nació en la</i>

		<i>casa, la señora fue a la casa, perfecto, bonito, ella nunca pensó que lo iba hacer con la señora, ósea no ha tenido ningún problema ha sido aceptada...” (R.V)</i>
Concientización	Proceso que implica la reflexión de las personas para utilizar adecuadamente los recursos.	<i>“...La fila preferencial, cuando se hizo la fila preferencial, cuando comenzó a funcionar la gente sola fue entendiendo quienes tenían derecho a ir...” (C.V)</i>

Obstáculos

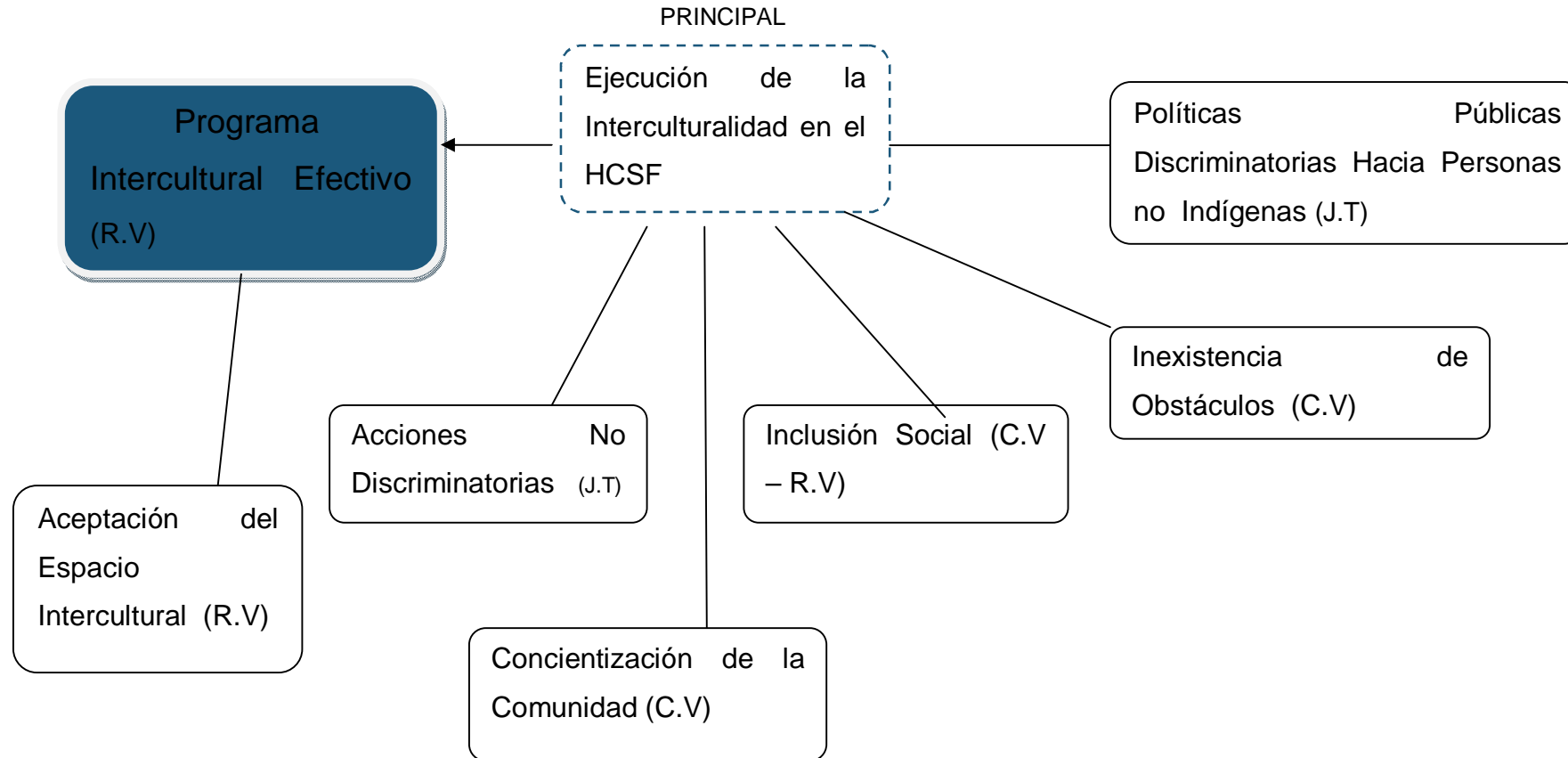
CONCEPTO	DEFINICIÓN	CITA
Inexistencia de obstáculos	Ausencia de obstáculos en las acciones discriminatorias del HCSF.	<i>“No hemos tenido ningún obstáculo.”</i>

Funcionamiento del programa intercultural

CONCEPTO	DEFINICIÓN	CITA
Programa intercultural efectivo	Funcionamiento efectivo del programa intercultural debido a la utilización del espacio intercultural por la comunidad indígena.	<i>“Muy bien.”</i> <i>C.V: “Es así yo lo veo que siempre está con gente.”</i>
Aceptación del espacio intercultural	Reconocimiento y utilización de los beneficios del programa intercultural por parte de	<i>“...yo no sé pero han venido, yo no sé si esa señora de allá parece que habla aymara cierto y vienen , ya</i>

	<p>la comunidad indígena usuaria del HCSF.</p>	<p><i>saben ya vienen y se atienden ahí ella la lleva al médico para todo lado ósea muy bueno la información, yo he visto que la gente tiene muy buena referencia de ese modulo, porque rápido van allá y ya ellas solas cuento pueden ir solitas a atenderse a cualquier pabellón que ellas lo necesiten, en ese aspecto yo siento que ha funcionado, nadie se ha quejado incluso a veces uno no sabe por otra cosa y le preguntan a ella y ella da la referencia ha habido mucha aceptación de la comunidad en ese aspecto..”</i> (R.V)</p>
<p>Políticas públicas discriminatorias.</p>	<p>Acciones discriminatorias por parte del gobierno.</p>	<p><i>“.....Y es siempre lo mismo, entonces la verdad poder ejercer una buena estrategia para hacer eso es imposible, porque el sistema está discriminando dice que positivamente pero no es así, ósea eh... (Desde ya murmurea)...”</i> (J.T)</p>

MAPA CONCEPTUAL: No Discriminación y Respeto a la Diversidad



- **Interpretación**

De acuerdo al mapa conceptual del eje no discriminación y respeto a la diversidad en un nivel superior, se encuentran las políticas públicas discriminatorias. A partir de estas acciones de gobierno se deriva su ejecución en el HCSF, desde esta unidad de análisis un actor social señala que no existen obstáculos en este eje.

Además otro dirigente expresa que las acciones del HCSF no son discriminatorias por sexo, edad o condición social. Los actores sociales señalan que la institución permite la inclusión social de la comunidad usuaria al integrar a las personas de forma universal, en especial a los discapacitados e indígenas. Además conlleva la integración de la comunidad no indígena en la práctica de la medicina ancestral como el parto intercultural.

Otra característica de la ejecución del HCSF en este eje es la concientización de la comunidad al reflexionar sobre la adecuada utilización de los recursos, en este caso la fila preferencial.

La principal estrategia para evitar las prácticas discriminatorias en esta institución es el Programa Intercultural, EL cual ha sido efectivo según un actor social, este también señala el reconocimiento y utilización de los beneficios del programa intercultural por parte de la comunidad indígena usuaria del HCSF.

CAPÍTULO V: TRIANGULACIÓN

- **Categoría: Derecho Ciudadano a la Información Pública**

Introducción

En la siguiente Triangulación se expondrán los resultados de la aplicación de las técnicas revisión documental, entrevista semiestructurada a informante clave, Focus group y Entrevistas enfocadas a informantes claves, encargada del área de participación social y miembros del consejo de desarrollo, correspondientes a las subcategorías: SIAC Sistema Integral de Atención Ciudadana, Portales de Información Ciudadana, Mecanismos de satisfacción usuaria, Dispositivos de Información y Comunicación de Políticas Públicas, Carta de Derechos y Deberes, y Transparencia activa y acceso a la información administrativa de los órganos público. Primeramente se planteara el objetivo con la intención de enfocar lo que se pretende abordar, en segundo lugar se adjuntaran los procedimientos reglamentados desde la Agenda participación social 2006 – 2010, Documento Preliminar, Políticas de Participación social en Salud, 2008 y la Guía metodológica 2010 Sistema integral de atención ciudadana, En tercer lugar se expondrá una síntesis de la información que arrojaron las técnicas.

Por último se realizará una comparación de los resultados recopilados por las técnicas, lo que ha sido decretado por las técnicas y el marco teórico.

Objetivo Específico:

Identificar y describir los ámbitos de participación social del eje derecho ciudadano a la información pública generado por la implementación del modelo de salud familiar a partir de la percepción de los actores sociales involucrados en el proceso de participación social del HCSF.

Subcategoría: Sistema Integral de atención Ciudadana en base a:

(Agenda Pro participación ciudadana)

El Sistema Integral de atención Ciudadana (SIAC): Enmarcado en la ley 19.880, establece las bases de los procedimientos que rigen los actos de los órganos de la administración del Estado¹¹¹.

Su objetivo es la entrega de asistencia técnica para la implementación del modelo integral de atención al usuario, promoviendo la modernización de la gestión de sus espacios de atención, procedimientos de derivación, sistemas de registro, planes de difusión y sistematización de información para retroalimentar a los servicios¹¹². Además, de contar con espacios de atención ciudadana en los servicios públicos, que faciliten la interacción entre éstos y las personas, mediante instrumentos de trabajo institucionales, que respondan a una misma lógica comunicacional y representen una forma de atención propia y distintiva del Gobierno, transparente, participativa y no discriminatoria¹¹³.

Señala desde el Estado es preciso implantar procesos sistematizados de atención a la ciudadanía, de manera que se garantice efectivamente la transparencia y publicidad de los actos y resoluciones de los órganos del Estado. Éste es uno de los elementos fundamentales en la implementación del SIAC¹¹⁴.

Resultados Obtenidos en base a:

(Revisión documental)

No se registró documento formal que acredite algún tipo de sistematización de esta subcategoría. Además cabe señalar que no se necesita indagar desde otras técnicas, puesto que debería estar como base en la documentación.

(Focus Group)

-
- ¹¹¹ Op. Cit 13 (Pp12)
 - ¹¹² Op.cit 13 (Pp12)
 - ¹¹³ Ministerio de la secretaria general de gobierno de chile, división de organizaciones sociales, Guía metodológica 2010 sistema integral de atención ciudadana, 8va edición, Chile, 2010 (p.p 12). En Línea [http://siac.msgg.gob.cl/uploads/f15be81f87_guia_final\[1\].pdf](http://siac.msgg.gob.cl/uploads/f15be81f87_guia_final[1].pdf) revisado 04/01/12. 17:34
 - ¹¹⁴ Op.cit. 114 (pp10)

En base a esta técnica, no se reveló información desde el discurso de los miembros, en base a esta subcategoría.

(Entrevista Enfocada a la Encargada del Área de Participación Social)

En cuanto a la evaluación que realiza la informante clave encargada del área de participación social del derecho ciudadana a la información pública, se registraron algunos aspectos que se pueden relacionar a esta subcategoría, que son los siguientes:

Indica que las debilidades y causas de la información desfasada, es por la Información segmentada, asociándola a la existencia de una cultura genérica de un modelo tradicional. Además señala como obstaculizador, se encuentran la experiencia piloto del hospital, la intervención cuantitativa y la intervención por programa.

Sugiere como estrategias propuestas una “Educación Social Informal”, lo que promovería “Conocimiento del acceso en salud” de la comunidad en torno a los principios básicos de los derechos y deberes de los usuarios en salud.

Además señala como estrategia transversal a la subcategoría, la “Sistematización” de las acciones del HCSF con objeto de disponer de medios para evaluar el trabajo.

(Entrevista Enfocada a los miembros del Consejo de Desarrollo)

En la entrevista se utilizó un instrumento orientado a evaluar el proceso participativo desde el Derecho Ciudadano a la Información Pública, en la cual se destacaron los canales informativos en los que se extraen algunos datos que se pueden relacionar a la subcategoría:

En torno a las debilidades suscitadas, el accionar inmediato, debilidades reforzadas en torno a la entrega de información y las debilidades menores entorno a irregularidad desde baja gravedad.

También se extrae los recursos humanos escasos, para el servicio de salud.

Análisis de los resultados e interpretación de la subcategoría SIAC:

No se registró documento que deleve sobre los procedimientos reglamentados, que coordinan los espacios de atención del HCSF, lo que obstruye la interpretación del desarrollo de las acciones de esta subcategoría.

No obstante, desde la evaluación que genera la encargada del área se evidenciaron rasgos de esta subcategoría, exponiéndose aspectos de la subcategoría que se pueden contrastar con lo agendado:

Se evidencio, Ciudadanos desinformados con acceso a la información desfasada, y en contraste con la agenda que apela a un ciudadano consciente de sus derechos en su relación con la Administración del Estado, se traduce que la falta de accionar de esta subcategoría, genera un impacto directo en la ciudadanía, con una comunidad inconsciente a causa de un sistema que no aporta una interacción directa desde los flujos informativos, desarrollado por su desfase en la información. Así también, la entrevistada señala a la responsabilidad compartida, traduciéndosela necesidad de poner en ejercicio esta subcategoría para promover la interacción estado – usuario, contribuyendo a un ciudadano informado que ejerce su derecho y deber. Por lo que de lo anterior se traduce que el sistema no está contribuyendo a lo que apunta el modelo, la integración desde un ciudadano informado para incorporarse en la participación desde espacios para traspasar insumos que aboquen al empoderamiento de la comunidad.

Además esta información desfasada, proviene desde la Información segmentada, asociándola también a una cultura genérica de un modelo tradicional, de ello se interpreta que este hecho es generado por una falta de internalización de la modernización de la gestión, desde sus espacios de atención, procedimientos de derivación, con la implementación del modelo de salud. Además la entrevistada identifica la experiencia piloto del hospital, la intervención cuantitativa y la intervención por programa como debilidades, es decir, se puede interpretar que visualiza déficit a causa de la inexperiencia de implementar un nuevo modelo, el cual no se estaría desarrollando un aporte para el desarrollo de los nuevos procedimientos. De lo recién mencionado se interpreta que la cultura genérica incide en que se estaquen los procesos de modernización de la gestión.

De lo anterior, es decir, de la experiencia piloto, la entrevistada propone una educación social informal, lo que se traduce que promovería conocimiento del acceso en salud en torno a los principios básicos de los derechos y deberes de

los usuarios en salud, interpretándose que desde la propuesta apelaría a contribuir hacia una perspectiva comunicacional para el sistema hospital. Por último propone a modo transversal en el HCSF, la sistematización de las acciones lo que se traduce como objeto de disponer de medios para evaluar el proceso. Se puede interpretar que se sugiere formas para colaborar en torno a lo concierne el modelo a partir de una comunicación efectiva, y en segundo lugar a modo de contribuir a los procesos participativos se sugiere insumo informativo para retroalimentar el proceso participativo que promociona el modelo.

Y desde la percepción de los dirigentes: en torno a los aspectos obstructores del proceso de participación social indican que, ha existido debilidades menores e irregularidades de baja gravedad, frente a ello señalan que han generado un accionar inmediato y además manifiestan como refuerzo a lo anterior, la promoción de información. Así también agregan, frente a estos aspectos obstructores, la existencia de recursos humanos escasos, para el servicio del HCSF. Además evidencian que el sistema posee déficit, por lo que podría asociarse por falta de la existencia de esta subcategoría, la cual serviría como instancia para fiscalizar las debilidades ya sean informativas o de carencia de recursos humanos.

En general se puede interpretar que fundamentalmente esta subcategoría debería estar reglamentada, evitando así una dinámica difusa frente a conductos regulares a seguir, dado que su inexistencia, es un factor obstaculizador en la fiscalización de la gestión y la internalización del nuevo paradigma de salud, es decir, el modelo de salud familiar. Además de debilitar la relación entre el Estado y las personas, obstruyendo del ejercicio de participación que apela el gobierno para la integración de la comunidad.

Subcategoría: Portales de Información Ciudadana en base a:

(Agenda Pro participación ciudadana)

Los Portales de información Ciudadana, son portales de acceso a dicha información y que son presenciales, móviles o virtuales, según la naturaleza de la

función pública que cumplen¹¹⁵... se utiliza para poner en conocimiento de todas las personas en el trabajo de las instituciones públicas, y la oferta programática de los servicios y oportunidades sociales que brindan a la comunidad¹¹⁶.

Los espacios de atención ciudadana, llámense OIRS, oficinas móviles, teléfonos de información; u otros, son los puntos de contacto con las personas que concurren a los servicios públicos. Estos espacios, gestionados desde el SIAC, deben entregar a las autoridades institucionales y al Gobierno en su conjunto, información respecto de la calidad de las atenciones que prestan los servicios públicos a la ciudadanía, los cuales deben promover el respeto a los derechos ciudadanos, consagrados en la legislación vigente¹¹⁷.

1. Objetivos:

- Realizar un tratamiento más adecuado de las presentaciones ciudadanas con un instrumento común para poder procesarlas.
- Contar con una ciudadanía responsable y consciente de sus derechos en su relación con la Administración del Estado.
- Conocer más profundamente las demandas de las personas a los servicios Públicos¹¹⁸.

Concretamente el portal presencial más conocido es la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) que tiene cada repartición habilitada para atender público. Estas Oficinas cumplen, en el día a día, un trabajo de gran significado, porque a través de ellas los órganos de la administración toman conocimiento de las preguntas e inquietudes de las y los ciudadanos, reafirmando el valor del buen trato como una norma de la atención a los usuarios del sistema público¹¹⁹.

Y específicamente desde los portales móviles de atención en terreno que tienen los servicios públicos debe mencionarse el Infobus. Esta iniciativa

- ¹¹⁵ Op.cit 13 (P.p 12)

- ¹¹⁶ Op.cit 13(P.p 12)

- ¹¹⁷ Op.cit 112 (P.p 20)

- ¹¹⁸ Op.cit 112 (P.p 20)

- ¹¹⁹ Op.cit 13 (P.p12)

programática de la DOS (división de organizaciones sociales) coordina intersectorialmente la entrega de información sobre políticas públicas, programas del Estado, oportunidades de participación, actividades recreativas, culturales y de prestación de servicios en comunidades alejadas de los centros urbanos¹²⁰.

Además particularmente desde los portales de tipo virtual, a los cuales se puede acceder vía Internet, que al ser interactivos permiten no sólo obtener la información buscada sino también realizar trámites en línea, facilitando así el acceso ciudadano a las políticas públicas¹²¹.

Resultados obtenidos en base a:

(Técnica Revisión Documental)

El 2007 en base al formato tipo de trabajo “registro mensual de atención en la OIRS” detalla la cantidad de: informaciones, consultas, sugerencias, felicitaciones, reclamos, competencia técnica, infraestructura, tiempo de espera, procedimientos administrativos, probidad administrativa y AUGE, además señala los plazos de respuesta de los reclamos.

En el documento “*Sistema de Atención Integral OIRS*” del 2007, se detalló el número de captura de los: reclamos, sugerencias y felicitaciones, no obstante no se detalla el número de entrega de información, orientación y respuestas.

En el documento “*Informe de Trabajo*”, del 2007, desarrollado con los representantes de los establecimientos de la Red Salud en el SSI, se trabajó mediante un consenso en la elaboración de un flujograma de los procedimientos de gestión de reclamos, que deben ser difundidos desde las OIRS y el Consejo de desarrollo. También se señala que se trabajó en una pauta de conocimiento de los conceptos básicos a fin de aclarar dudas de la OIRS.

En el 2008, se volvió a utilizar formato de la Hoja de registro 2007. Además se utilizó el “Ordinario N° 211” del 2008, determinado por el SSI, entrando en vigencia un nuevo formato de registro de atención, que exigía informar al usuario si ha acogido su solicitud con plazos determinados informándolo a través de distintos medios como la: “Entrega de copia o talón de solicitud ciudadana”, entre

- ¹²⁰ Op.cit 13 (P.p 12)

- ¹²¹ Op.cit 13 (P.p13)

otros, que debe especificar como cuál y describir, lo que se debería ser entregado a los usuarios que acudiesen a la OIRS.

Entre los años 2008 - 2010 el REM en el HCSF, se desarrolló un catastro consecutivo de: sugerencias, felicitaciones y consultas. En general se puede identificar dentro del catastro que la mayor cantidad de demanda fue el último año el 2010 con consultas, mientras que hubo menor demanda en las sugerencias entre los tres años 2008 y 2009, además en menor cantidad de las sugerencias. Desde el GES el último año disminuyó, mientras que en los NO GES el último año aumentó.

(Focus group)

Los asistentes de esta conversación grupal, no hacen referencia de esta subcategoría.

(Entrevista Enfocada a la Encargada del Área de Participación Social)

En cuanto a la evaluación que realiza la informante clave encargada del área de participación social del derecho ciudadana a la información pública, no se registraron aspectos que se pueden relacionar a esta subcategoría.

(Entrevista Enfocada a los Miembros del Consejo de Desarrollo)

En la entrevista se utilizó un instrumento orientado a evaluar el proceso participativo desde el derecho a la información, de ello se pregunta sobre el funcionamiento de la OIRS, desde lo señalado el portal lo identificaron como un Rol Efectivo de acuerdo a las funciones que debe concretizar según los lineamientos generales de atención; la que además señalan que es un factor facilitador para una Atención humanizada.

A demás identifican; a la OIRS como presencial, la que desarrolla el cumpliendo con los flujos informativos, aportando con la solución de los reclamos y una información efectiva. También desde este cumplimiento de los flujos informativos reconocen un protocolo de atención que promueve un perfeccionamiento del protocolo de atención.

Desde el polo negativo, los dirigentes sociales señalan una función informativa asistencialista por la existencia de un acompañamiento continuo,

Y en relación a las estrategias de atención usuaria utilizadas en la OIRS, señalaron el Comité del Buen Trato que se encarga de revisar los Reclamos y

Sugerencias, a fin de consensuar las posibles soluciones, contribuyendo a el Rol efectivo de la OIRS. Esta estrategia, se perfecciona a través de la Capacitación del Buen Trato dirigida a los funcionarios del HCSF.

Análisis de los resultados e interpretación de la subcategoría Portales de información Ciudadana:

En torno a lo agendado los portales de información ciudadana, OIRS, oficinas móviles, teléfonos de información e infobuses, debiesen brindar información respecto de la calidad de las atenciones que prestan los servicios públicos a la ciudadanía, contribuyendo al respeto de los derechos ciudadanos. Además este portal debiese de desarrollarse desde una responsabilidad compartida, es decir un sistema que contenga las demandas y a su vez ciudadanos activos. El desarrollo de estos portales genera en si una población receptora y emisora de información, la que a su vez contribuye a la circularidad del sistema.

No obstante desde la triangulación de las técnicas se encontró solamente un portal de información. Desde la revisión documental, se registraron distintos tipos de catastro relacionados a la OIRS ya sea sobre las apelaciones de la población y también se registra la elaboración de un flujograma de los procedimientos de gestión de reclamos, que especifica que deben ser difundidos por el portal y por los miembros del Consejo de Desarrollo. Por lo que se interpreta que este portal cumple su objetivo, según la agenda, que es poner en conocimiento de los conductos regulares de la institución, lo que contribuye al ejercicio de derechos ciudadanos.

Y específicamente en torno al flujograma se contrastan los discursos de los actores sociales; según los miembros del Consejo de Desarrollo, esta subcategoría funciona efectivamente dado que es presencial y cumple con los flujos informativos, lo que aportan en la solución de las demandas. Mientras que desde la perspectiva de la encargada del área, este portal es ineficiente, dado que existen ciudadanos desinformados, además de señalar que son ciudadanos pasivos.

Por lo anterior se interpreta, que solo se expone la existencia de un portal, que es difuso para los actores involucrados, puesto que las perspectivas de los actores sociales son antagónicas, sin dejar claro si el funcionamiento es correcto o tiene falencias. Además dicho portal es el único que se detecta, sin dejar en evidencia algún tipo de portal informativo alternativo, tales como los terrenos como un infobus o lo vías web. Además el hecho que solo exista la difusión de información solo desde la OIRS las que toma en conocimiento de las preguntas e inquietudes de los ciudadanos, reafirmando el valor del buen trato, solo es a un grupo objetivo específico que asiste a dicha institución, marginando a los que no asisten a la infraestructura hospital. Por lo que la ausencia de portales alternativos genera que exista información limitada a la comunidad, puesto que el hecho que exista solo un canal emisor y receptor de información genera que la población solo vea una perspectiva de esta subcategoría siendo un factor obstaculizador para empoderamiento de la comunidad, hecho que a su vez no respeta los derechos sociales y a su vez limita la conciencia social sobre prevención y promoción en salud que apela el modelo.

Subcategoría: Mecanismos de Satisfacción Usuaría en base a:

(Documento del Ministerio de Salud y Documento Preliminar, Política de Participación Social en Salud, 2008 – sitio web del MINSAL)

Las diversas formas de medición de la satisfacción usuaria constituyen un insumo importante para la elaboración e implementación de medidas técnico administrativas y toma de decisiones a partir de la identificación de áreas críticas que requieren ser abordadas en forma integral por los directivos y equipos técnicos de cada uno de los establecimientos que conforman nuestra red asistencial¹²².

En los servicios de Salud del país, se ha instalado un sistema de medición de la satisfacción usuaria que permitirá a través de la aplicación sistemática de encuestas, conocer la evaluación y la satisfacción de las expectativas de la población usuaria¹²³.

- ¹²²Definición de Carta de Satisfacción Usuaría (En Línea) http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/PAGE/TRANSPARENCIA/G_SS/SSARAUCO_NORMAS/ENCUESTA_S%20DE%20SATISFACCION%20USURIA_0.PDF. (pp114) Revisado 14/01/12 a las 18:20 hrs.

- ¹²³ Op. Cit 94 (Pp.16)

Los resultados de esta evaluación mediante encuestas serán difundidos a través de Cuentas públicas, Diálogos Participativos, u otros medios de información ciudadana. También podrán ser analizados en conjunto con representantes de usuarios y usuarias que participan en Consejos Consultivos, Consejos de Desarrollo, Consejos de Participación, Comités de Usuarios, con el fin de recoger opiniones y propuestas de mejora¹²⁴.

Resultados Obtenidos en base a:

(Revisión Documental)

Desde el SSI con el “*Informe asistencia a reunión consejo consultivo SSI*”, del 2009, se estableció un compromiso de desarrollar la encuesta de satisfacción, no obstante en ese compromiso se testifica que el HCSF no participará.

Sin embargo desde el HCSF se identificó un documento que contrasta lo anterior, “*encuesta de satisfacción usuaria del HCSF*”. En ello figura su propósito, no obstante no figura su fecha ni es dividida por ítem.

(Entrevista Semiestructurada)

Según la encargada del área de Participación Social del HCSF, al preguntarle de la encuesta, señalan que; se habría cumplido con la etapa de aplicación, no así con la difusión de sus resultados y análisis de los mismos en conjunto con los representantes de las organizaciones sociales adscritas a esta institución.

(Focus Group)

Se les consulto en cuanto a los métodos de evaluación de la gestión, desde el discurso, los participantes identificaron que fueron considerados en la etapa de planificación del HCSF y, además de mencionar su participación en el “El Comité de Reclamos del Buen Trato”.

Y desde la interacción de dicho discurso, en primera instancia los hablantes tratan el tema como algo de interés, dado que se van interrumpiendo y a su vez complementando las respuestas, además de expresar ironías.

- ¹²⁴ Op. Cit 94 (Pp.17)

Se reitera la pregunta. Sobre los métodos de evaluación de la gestión, identificando el apoyo que ha colaborado el Consejo de Desarrollo desde la etapa de planificación con la entrega de números a los usuarios, la que mencionan como herramienta verificadora del sistema.

En torno de la interacción del párrafo anterior, se destaca que se generó interés en el tema, puesto que la respuesta fue interrumpida entre los hablantes, situación que necesito que fuera mediada por la moderadora, por lo que se terminó complementando la respuesta entre dos hablantes.

(Entrevista Enfocada a la Encargada del Área de Participación Social)

Entorno a la técnica fue abarcada a modo general, por lo que desde los datos registrados la encargada no hace referencia al tema, no obstante, ya se le había catastrado en la entrevista semiestructurada.

(Entrevista Enfocada a los miembros del Consejo de Desarrollo)

No hacen referencia a esta subcategoría. Puesto que ya se había debelado el dato anteriormente.

Análisis de los resultados e interpretación de la subcategoría Mecanismos de Satisfacción Usuaría:

En relación a la triangulación de las técnicas, desde la revisión documental del HCSF: se evidencio una invitación del SII para la aplicación de la encuesta, el cual señala que hospital no participara, no obstante, desde otro documento se evidencio un escrito denominado como la encuesta. Por lo que se traduce el cumplimiento de esta arista de la agenda, además su desarrollo es certificado desde el discurso de la encargada del área de participación social, en la cual afirma su aplicación, no obstante señala que no se publicaron los resultados, hecho corroborado por la ausencia de documentación.

De lo anterior se puede interpretar que al no desarrollarse la etapa de evaluación, se pierden espacios de discusión y de decisiones, dado que se desaprovechan esta instancia de debate de los nudos críticos identificados, no se abordan los espacios para desarrollar críticas constructivas frente a las carencias, hecho que afecta directamente en el estancamiento del sistema, estancando el proceso de retroalimentación de la comunidad y el HCSF.

Desde los métodos de evaluación, se les expuso una misma pregunta en forma distinta a los dirigentes, identificando desde las respuestas estrategias de evaluación del sistema (comité del buen trato y la entrega de números), destacando además que la interacción que se produjo en los dirigentes fue de interés. Se puede interpretar que no estarían internalizando en su totalidad lo que significa esta subcategoría, dado que sus respuestas no son coherentes con lo que apunta la agenda.

Se puede traducir que los miembros del Consejo de Desarrollo no identificaron lo planteado por la agenda, que era evaluar a través de distintos medios de evaluación las áreas críticas con el fin de dar respuesta en forma deliberada, no obstante ellos identifican en vez de medios, estrategias, que en forma anexa ellos han participado para contribuir a mejorar el sistema del HCSF. Este hecho promueve un déficit en la retroalimentación del sistema, provocando la repetición de irregularidades, en forma circular, y además promueve actores sociales pasivos, que no cuestionan las aristas del sistema.

Subcategoría: Dispositivos de Información y Comunicación de Políticas Públicas en base a:

(Agenda Pro Participación Ciudadana)

El Estado garantiza el derecho de la ciudadanía de informarse de las políticas públicas a través de dispositivos informativos y comunicacionales¹²⁵.

Por estos canales, de entrega de información programática se interrelaciona con la práctica de recibir las sugerencias y opiniones de la ciudadanía sobre cómo mejorar la calidad y cobertura de las políticas públicas¹²⁶.

Este circuito de información ciudadana utiliza medio web¹²⁷... plataformas de información telefónica, infocentros, centros de documentación y cartillas o folletos impresos¹²⁸.

- ¹²⁵ Op. Cit 13 (Pp 13)

- ¹²⁶ Op. Cit 13 (Pp13)

- ¹²⁷ Op. Cit 13 (Pp 13)

- ¹²⁸ Op. Cit 13 (Pp13)

Resultados Obtenidos en base a:

(Revisión documental)

No se registró algún documento que acredite algún tipo de sistematización que haga referencia a esta subcategoría.

(Focus group)

Los asistentes de esta conversación grupal, no hacen referencia de esta subcategoría.

(Entrevista Enfocada a la Encargada del Área de Participación Social).

En cuanto a la **evaluación** que realiza la informante clave encargada del área de participación social del Derecho Ciudadana a la Información Pública, no se registraron aspectos que se pueden relacionar a esta subcategoría.

(Entrevista Enfocada a los Dirigentes)

En la entrevista a los dirigentes se utilizó un instrumento orientado a evaluar el proceso participativo desde el Derecho Ciudadano a la Información Pública, en el cual no se señaló dato que se pueda relacionar con esta subcategoría.

Análisis de los resultados e interpretación de la subcategoría Dispositivos de Información y Comunicación de Políticas Públicas

En relación a la triangulación de las técnicas en base a esta subcategoría no se develó el desarrollo de los ítems que exige la agenda.

Por lo que la ausencia de resultados se interpreta como inexistencia del desarrollo de esta subcategoría, por lo HCSF que no se estaría garantizando el derecho a la comunidad de informar a través de dispositivos informativos, obstaculizando el fortalecimiento y concientización de la comunidad, que a su vez debilita a una comunidad para participar en las políticas públicas, debilitando la ejecución de los lineamientos del modelo.

Subcategoría: Carta de Derechos en base a:

(Agenda Pro Participación Ciudadana - Documento Preliminar, Política de participación en salud, 2008)

La Comisión Asesora Presidencial para la Protección de los Derechos de las Personas ha precisado que la Carta de Derechos debe estar contenida en un documento escrito. La carta de Derechos señala las funciones que realiza el organismo público, los estándares de calidad de la atención ofrecida, y los términos en que puede ser solicitada o, si es el caso, exigida, por las personas cuyos derechos se hallan protegidos. Asimismo, esta Carta debe establecer el procedimiento para interponer una queja o pedir una reparación, si no se hubiese dado cumplimiento, por parte del organismo, a las obligaciones propias de su misión institucional¹²⁹.

En el caso particular de los establecimientos de la red asistencial, las cartas de Derecho y Deberes de las personas en Salud, han sido construidas en forma participativa por usuarios/as, trabajadores/as, directivos y podrán ser actualizadas de acuerdo a necesidades locales¹³⁰.

La Carta de Derechos y Deberes, conforma una herramienta importante en la reforma a la administración del Estado, pues constituye una oportunidad para mejorar el control ciudadano, la corresponsabilidad y la participación en decisiones relevantes en materias de diseño y provisión de bienes y servicios institucionales.¹³¹

En virtud del fundamento anterior, se presentan a continuación, lineamientos básicos de acción, los cuales, establecen las actividades esenciales en la elaboración de Cartas con componente participativo para fortalecer la gestión interna de los servicios¹³²:

➤ *Hitos de la Carta de Derechos y Deberes*

-
- ¹²⁹ Op. Cit 13 (Pp.13)
 - ¹³⁰ Op. Cit 94 (Pp 17)
 - ¹³¹ Op. cit 114 (p.p135)
 - ¹³² Op.cit 114 (pp135)

13-Ciudadanos: El primer hito del proceso de construcción de Cartas, comprende la elaboración y difusión a los/las funcionarios/as de los contenidos fundamentales que debe contemplar el instrumento¹³³.

14-Diálogo y participación: Este segundo hito corresponde a un elemento diferenciador respecto a la gestión tradicional de los servicios públicos en materia de elaboración de Cartas, pues se pasa de un enfoque meramente informativo a uno ampliamente deliberativo y consensuado. El objetivo de este hito es crear un espacio para la socialización y evaluación¹³⁴.

15-Respuesta y entrega de Carta de Derechos y Deberes Ciudadanos: Este hito tiene por finalidad dar respuesta oficial de parte de la autoridad; quien finalmente firma la Carta; a todos los planteamientos relevados en el proceso¹³⁵.

Resultados Obtenidos en base a:

(Revisión Documental)

El 2008, *Ordinario N° 1261 del mes de septiembre* data del día 3, es una invitación a participar en una mesa de trabajo para el día 8 y mientras que el documento *Ordinario N° 1369*, acredita el desarrollo de dicha reunión a través de un compromiso de crear la carta, además convocando una cita para el 7 de octubre.

En el *Memorándum N° 0256*, con fecha 22 de septiembre 2008, se establece una propuesta en el HCSF, similar a la del Hospital de Talcahuano avalado en el documento *del servicio de salud Iquique unidad de participación* sin fecha, esta similitud que pertenece a dos de tres ítem apunta a la misma idea, no obstante, tiene una breve diferencia de redacción.

En base a la carta de derechos y deberes de los externos, se catastraron 3 documentos referidos a promover un espacio de calidad para la atención del usuario, que datan con la misma fecha “24 de septiembre del 2009”; Del manuscrito titulado “*Acta de Reunión*”, cuenta con 7 derechos y 7 deberes, que coinciden con 7 de 12 derechos y 7 de 12 deberes de la “*Propuesta a construcción de carta de Derechos y Deberes usuarios – externos*”, así mismo dicho documento consta con los mismos derechos y deberes del documento

- ¹³³Op.cit 114(pp135)

- ¹³⁴Op.cit 114 (pp135)

- ¹³⁵Op.cit 114 (pp135)

Oficial titulado “Cartas de derechos y deberes usuarias – Externos Hospital Comunitario Salud Familiar Dr. Héctor Reyno Gutiérrez de Alto Hospicio” la única diferencia que uno detalla los participantes y la otra los menciona en general.

Además, en cuanto al documento titulado “Propuesta a construcción de carta de Derechos y Deberes usuarios – externos” con la misma fecha 24 septiembre 2008, del HCSF, no posee ningún respaldo documental ni discursivo, si fue creada participativamente.

(Entrevista Semiestructurada)

La encargada del área de Participación Social señala que no se habría realizado actualización de la carta de derechos debido que no fue requerido por los miembros del Consejo de Desarrollo.

(Focus group)

En cuanto a la confección de la carta, desde lo señalado, los participantes expresan que la confección de la Carta de Derechos fue participativa en el HCSF, debido que se habrían integrado todas las ideas.

En base al párrafo anterior, en la interacción trataron el tema como algo importante, puesto que responden complementando la respuesta entre los miembros, además en esta secuencia los hablantes responden en forma grupal e inmediata.

En torno a los participantes de la elaboración, los hablantes responden; que se integraron a todos los sectores (Sol, Mar, Tierra y Luna)

Y desde la interacción del párrafo ascendiente, ellos responden en forma inmediata, tratando el tema como algo de interés.

Desde las Etapas de la confección, señalaron los participantes que el proceso de la confección se desarrolló a través de dos sesiones, con todos los sectores agregando el criterio de vulnerabilidad social.

Y en torno a la interacción del párrafo anterior, uno de los hablantes en su turno de habla alza la voz y responde en medio de interrupciones y/o

complementaciones de la respuesta, por lo que los interactuantes tratan el tema como algo significativo.

En base a la perspectiva frente al proceso de la elaboración de la carta, los participantes, mencionan que la confección de la carta se desarrolló el 2009 bajo dos perspectivas antagónicas, desde una perspectiva negativa; un hablante relata que fue una experiencia traumática, otro que se tramó de forma inadecuada, y un tercero que no se concretaron todos los puntos que ellos habían contemplado. No obstante, bajo la otra perspectiva positiva, la confección de la carta fue participativa, ya que se integraron los derechos y deberes, escenario que no se ha desarrollado en otros Hospitales.

La Interacción de la respuesta del párrafo anterior, la toman como algo difícil de abordar; dos hablantes evitan responder entre pausas y risas exponiendo indicadores de actitudes evasivas, luego cuatro de los hablantes prosiguen interrumpiéndose y/o complementándose su respuesta. Además uno de los hablantes por lo que dijo y como lo dijo, se puede observar que toma un rol pesimista al responder.

(Entrevista Enfocada la Encargada del Área de Participación Social)

En la entrevista se utilizó un instrumento orientado a evaluar el proceso participativo desde el Derecho Ciudadano a la Información Pública, por lo que desde los datos registrados la encargada no hace referencia al tema, no obstante, se le consulto desde otra técnica.

(Entrevista Enfocada a los Dirigentes)

Los dirigentes no hacen referencia a La Carta de Derechos y Deberes.

Análisis de los resultados e interpretación de la subcategoría Carta de Derechos y Deberes

En relación a la triangulación de las técnicas en base a esta subcategoría Carta de Derechos y Deberes, se puede señalar que el HCSF ha cumplido con la creación de este documento, como lo que exige la agenda. Desde la documentación y los discursos, se evidencia la integración de los actores sociales involucrados. No obstante, desde el proceso de elaboración se puede interpretar que los actores sociales no fueron integrados tal como lo exige lo decretado, ya que no se evidencio que el desarrollo de la carta se elaborara en

torno a las etapas exigidas, dado que se abordó por medio de dos sesiones, en la que no especifican las etapas decretadas. Además se detectó irregularidades en torno a la procedencia de los derechos y deberes de usuarios externos.

Asimismo, el documento catastrado como propuesta de derechos y deberes de los internos no dejó en evidencia si fue creada participativamente, hecho que se interpreta como irregular, puesto que deja su procedencia como difusa.

A su vez, no se detectó algún hallazgo que avale la existencia de algún procedimiento para interponer una queja en el caso de que no se cumpla algún derecho o deber, incumpléndose lo requerido por la agenda. La ausencia de este ítem promueve un déficit en el fortalecimiento de la promoción de atención de calidad, debilitando esta iniciativa.

Desde la existencia del documento, se puede interpretar que los derechos y deberes, se promueven desde una atención de calidad para el usuario, ya sea a través del respeto al usuario y al espacio de trabajo del funcionario y de la institución, cumpliendo lo requerido por lo decretado.

Subcategoría: Transparencia activa y acceso a la información administrativa de los órganos públicos en base a:

(Agenda Pro Participación Ciudadana)

El principio de la transparencia consiste en respetar y cautelar la publicidad de los actos, resoluciones, procedimientos y documentos de la Administración, así como la de sus fundamentos, facilitando los medios para obtener, de manera actualizada y completa, tales antecedentes informativos¹³⁶.

Para cautelar este importante derecho se ha creado el Consejo para la Transparencia, para fiscalizar el deber público de proactividad en esta materia y supervigilar que efectivamente las y los ciudadanos reciban la información solicitada¹³⁷.

- ¹³⁶ Op. Cit 13 (Pp 14)

- ¹³⁷ Op. Cit 13 (P.p 14)

Resultados Obtenidos en base a:

(Revisión documental)

Por medio de esta técnica no se visualizó algún catastro que acredite algún tipo de sistematización de esta subcategoría.

(Focus group)

A modo transversal de los datos arrojados por medio de esta técnica, se identificándose datos para esta subcategoría que:

Apelan a la falta información, responsabilizando al HCSF que debe desarrollar difusiones informativas.

De lo anterior señalan estrategias de acción, medios masivos.

También identifican los obstaculizadores; la dificultad que se adhiere a tener una población diversa, puesto que se genera un problema para el traspaso de información para las distintas etnias.

(Entrevista Enfocada a la Encargada del Área de Participación Social)

En la entrevista se utilizó un instrumento orientado a evaluar el proceso participativo desde el Derecho Ciudadano a la Información Pública, se puede extraer para esta subcategoría lo siguiente:

La respuesta del acceso a la información de la comunidad y al control de la transparencia de la función pública, se extraen estrategias enfocadas a la Internalización del Modelo, en el cual propone utilizar esta subcategoría, transparencia de la función pública, a través del acceso factible a la información para promover un ciudadano informado.

(Entrevista Enfocada a los Miembros del Consejo de Desarrollo)

Desde la transparencia del funcionamiento del HCSF en base a la información a la que accede la comunidad, los participantes, determinan un acceso universal, ya que se señaló que existe igualdad de oportunidad en cuanto al acceso a la información para la comunidad y también determina que esto conlleva a una transparencia de la información.

Análisis de los resultados e interpretación de la subcategoría Transparencia activa y acceso a la información administrativa de los órganos públicos

En relación a la triangulación de las técnicas en base a esta subcategoría los dirigentes exponen respuestas antagónicas, dado que en una instancia admiten que el hospital ha facilitado medios para un acceso informativo a la comunidad, sin catastrarse evidencia que reafirme o detalle el tipo de acceso. Por otro lado, los dirigentes señalan que existe un déficit en la información, señalándola como ausente, agregando además la comunidad es diversa visualizándolo como obstáculo, no obstante ante ello proponen medios masivos de difusión como estrategia, además de este discurso tampoco se encuentra material documental que respalde estas falencias o las estrategias.

Además la encargada del área, también genera propuestas, que es la utilización de esta subcategoría, para que los ciudadanos internalicen el modelo, hecho no es respaldado desde el material documental.

Por lo que se puede interpretar que existen solo datos discursivos, ausentándose documentos tangibles sobre los lineamientos de acción que promuevan un acceso transparente para la comunidad usuaria, siendo un factor obstaculizador sobre el traspaso de información entre los funcionarios como entre la comunidad, obstruyendo la implementación del modelo desde las condiciones de participación ciudadana e inclusión de la diversa población que aborda el hospital.

A si también cabe destacar que no identificaron catastros sobre la existencia de un consejo de transparencia, hecho que tampoco se puede corroborar desde la existencia de material documental. Por lo anterior se interpreta que debilita las acciones claras que exponen y debelan lo desarrollado en el HCSF

- **Triangulación entre La Agenda pro Participación Ciudadana y la categoría Derecho Ciudadano a la Información Pública desde la teoría de Sistemas**

La categoría Derecho Ciudadano a la Información Pública apunta a una morfogénesis dado que es un cimiento del proceso participativo, la que genera una diferenciación, promoviendo un sistema deliberado, desde dicha categoría se genera reciprocidad en el sistema y empoderan a los actores sociales promoviendo una sinergia desde un control social.

- **Desde la praxis del Derecho Ciudadano a la información Pública a través de sus subcategorías se puede señalar lo siguiente:**

Desde el SIAC no se registraron outputs de los procedimientos, esta subcategoría debería aportar con inputs, puesto que debería estar reglamentada. Desde lo anterior contribuye a la generación de un sistema trivial, dado que existe una obstrucción desde los conductos regulares, y a su vez la retroalimentación del sistema. No obstante desde el discurso de la encargada, se recogieron datos en torno a la evaluación, en la que se extrae como output ciudadanos desinformados con acceso a información desfasada y una comunidad no consiente a causa de un sistema que no aporta a una interacción directa desde los flujos informativos. También, como output a este déficit se señala la responsabilidad compartida, para promover retroalimentación desde la interacción estado – usuario, y un ciudadano informado. Además esta información desfasada, es output de la Información segmentada, que también se extrae como output de una cultura genérica de un modelo tradicional, obstruyendo la morfogénesis por una falta de internalización de la modernización de la gestión, colaborando ha la existencia de un sistema cerrado, lo que es desarrollado desde una intervención cuantitativa y la intervención por programa.

Se propone como output a lo anterior, la educación social informal, con el objeto de contribuir hacia una perspectiva comunicacional para desarrollar un Feedback. Por último, se propone a modo transversal de la categoría, la

sistematización de las acciones, es decir, input de medios para evaluar el proceso y retroalimentarlo.

Y desde la percepción de los dirigentes: en torno a la evaluación de la categoría, se extraen outputs que son aspectos obstructores en la morfogénesis, dado que señalan como Output un accionar inmediato sobre las debilidades menores e irregularidades de baja gravedad, a través Inputs de un reforzamiento desde la entrega de información. Además indican otro aspecto obstructor, la existencia de recursos humanos escasos, lo que dificulta el servicio del HCSF. En general la inexistencia de reglamentación desde esta subcategoría, promueve el desarrollo de un sistema cerrado, por la escasa fiscalización de las debilidades, del insumo informativo o de la carencia de recursos humanos.

Desde la Subcategoría Portal de Información existe una percepción antagónica sobre sus servicios, por un lado los dirigentes la perciben eficientemente identificando Output de la OIRS como una función a través de la utilización de un flujograma dirigidos a la mantención del sistema mayor. No obstante, la encargada del área social evalúa a la OIRS con irregularidades, con outputs de información segmentada generando un sistema cerrado a través de ciudadanos desinformados, por lo que se genera una morfostasis en el funcionamiento del portal.

A lo anterior se suma la ausencia de medios informativos alternativos, siendo una irregularidad que limita la información a la comunidad, generando un sistema trivial.

En relación a la subcategoría Mecanismo de Satisfacción usuaria, se identificaron como input las contradicciones en torno a su elaboración.

Además, se identificó en el servicio un inputs por la aplicación de la encuesta, sin embargo sus outputs son desconocidos, es decir, no hay conocimiento de los resultados del instrumento. Este hecho contribuye a un incumplimiento de la circularidad.

A si también de lo anterior no se genera una retroalimentación, puesto que ni reconocen los métodos, identificando estrategias. Por último, se desconoce los nudos críticos develados por este mecanismo, por lo que se estanca la recursividad.

En tanto, desde la subcategoría Dispositivos de Información y Comunicación de Políticas Públicas se detectó una ausencia de inputs, es decir, no se registró hallazgo, de ello se interpreta que el HCSF no estaría garantizando el servicio sobre el derecho de la comunidad a ser informada a través de dispositivos informativos, obstaculizando la retroalimentación entre los sistemas y a su vez estanca la circularidad.

De acuerdo a la subcategoría Carta de Derechos y Deberes, se catastro la existencia de Inputs a través de catastros que acreditan la creación de la carta, es decir, se evidenciaron output de la integración, no obstante, desde el servicio se identificaron irregularidades en torno al desarrollo de los conductos regulares de este mecanismo.

Si bien, desde lo anterior se promueve viabilidad en el sistema a través del protocolo de atención, no se evidencio la procedencia de todos los derechos y deberes, y además la agenda solicita un ítem sobre sanción en el caso que no se respete los derechos y deberes, efecto que tampoco se evidencio. Ambos efectos debilitan la morfogénesis y a su vez contribuye al desarrollo de un sistema cerrado, por un conglomerado.

Además otra debilidad en el servicio de esta subcategoría, es la confección de carta de derechos y deberes de los internos, el que no se puede medir en forma paralela a otro hallazgo, generando el desarrollo de un sistema cerrado.

Y por último en torno a la subcategoría Transparencia activa y acceso a la información, en el servicio existe una perspectiva antagónica desde los dirigentes, por un lado indican que los output frente a esta subcategoría se desarrollan por medio de la facilitación de medios para un acceso, que no tiene evidencia que lo acredite, y en contraste a otros output indican la ausencia de la subcategoría agregando obstáculos tales como la comunidad diversa, sin embargo como output se genera la estrategia de utilizarlo como medios de difusión. De lo anterior se evidencia que en el servicio se obstruyen las condiciones de participación social e inclusión de la población que aborda el hospital promoviendo el ejercicio de un sistema cerrado.

También, agregando la perspectiva de la encargada del área, indica que esta subcategoría se puede utilizar como facilitador, es decir, como inputs de

medios informativos para que la comunidad se concientice en torno al modelo, promoviendo una morfogénesis en el sistema HCSF.

Además otro factor obstaculizador detectado con la inexistencia de un consejo de la transparencia que acredite la fiscalización efectiva de esta subcategoría, genera que este sistema sea un sistema cerrado.

- **Categoría: Gestión Pública Participativa**

Introducción

En la siguiente Triangulación se expondrán los resultados de la aplicación de las técnicas revisión documental, Entrevista semiestructurada a informante clave, entrevista enfocada a encargada de área de Participación Social y entrevista enfocada a los miembros del Consejo de Desarrollo, correspondientes a las subcategorías: Consejos de Sociedad Civil, Comité de Usuarios, Diálogos Participativos, Cuenta Publica, Presupuestos participativos y Educación Ciudadana.

En primer lugar, se planteará el objetivo con la finalidad de enfocar lo que se pretende abordar, en segundo lugar, se adjuntaran los procedimientos reglamentados desde la agenda Pro Participación Ciudadana (2006 – 2010). En tercer lugar se expondrá un análisis, síntesis y comparación de la información que arrojaron las técnicas desde lo que se ha detectado con los documentos de la Agenda, el marco teórico y la percepción de los actores sociales involucrados en el proceso de participación ciudadana.

Objetivo específico

Identificar y describir los ámbitos de participación social del eje gestión pública participativa generado por la implementación de la Agenda Pro Participación Ciudadana y el modelo de salud familiar a partir de la percepción de los actores sociales involucrados en el proceso de participación social del HCSF.

Subcategoría: Consejos de la Sociedad Civil en base a:

(Agenda Pro participación ciudadana)

En primera instancia se encuentran los consejos de la sociedad civil los cuales se componen por los Consejos asesores provenientes de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI), los cuales tienen carácter asesor y consultivo y constituyen oportunidades de incorporación de la sociedad civil en el diseño de políticas públicas saludables, específicamente en relación a Planes Regionales de Salud Pública e influencia en las decisiones sobre inversión, estrategias de desarrollo regional y en la Gestión Sanitaria de la Autoridad Sanitaria Regional (ARS). De estos Consejos, devienen los Planes Comunales de Promoción de Salud los que se han implementado a través de estrategias regionales y locales desde el Consejo Nacional de Promoción de Salud VIDA CHILE, el que fue creado por Decreto Supremo N° 708 del 05.11.1998 y tuvo funcionamiento regular hasta el año 2005; implementado el Plan Nacional de Promoción de Salud. Estos Planes intervienen sobre los determinantes sociales de salud y factores de riesgo asociados a estilos de vida y ambientes poco saludables¹³⁸

Otro Consejo de la Sociedad Civil, son los Consejos de Participación Social de las Direcciones de Servicios de Salud¹³⁹; los cuales aportan a la formulación de estrategias de desarrollo institucional, evaluar la gestión y la calidad del funcionamiento de la Red Asistencial, articulación de los servicios, además de ser espacios de intercambio de información entre los gestores de la red y la ciudadanía.

También, se componen por los Consejos de Integración de la Red Asistencial¹⁴⁰ (CIRA) la que es conducida por el Servicio de Salud y aporta en la definición de estrategias de articulación y coordinación con la red asistencial con el fin de resolver problemas de gestión, resolutivez, satisfacción usuaria, programación en red, fomento y difusión del mejor uso de la red pública de salud entre otros.

- ¹³⁸Op.cit. 3 (pp.44)

- ¹³⁹Op.cit. 114 (pp. 18)

- ¹⁴⁰Op.cit. 114 (pp. 18)

Además, se encuentra el Consejo Nacional de la Sociedad Civil de FONASA¹⁴¹, que es una instancia de carácter consultivo y está diseñada para recoger las propuestas ciudadanas en materia de beneficios, garantías materias relacionadas con el seguro público de salud.

Por último, está el Consejo de equidad de género en salud¹⁴², cuya existencia es para asegurar un enfoque de género en las diversas políticas que emanen del MINSAL, participando representantes de diversas instancias de la sociedad civil.

Resultados obtenidos en base a:

(Revisión Documental)

En relación a esta Subcategoríase identificó la participación del Consejo de Desarrollo del HCSF, en el Consejo Asesor de la región, por medio de la estrategia abocada a la promoción en salud a nivel local, denominada Comité Vida Chile.

Desde la información obtenida se encuentra una “*Pauta de Programación 2008*” la que detalla que el HCSF no participó en la elaboración de la pauta. Además, no se obtienen registros de su participación en la etapa de ejecución y evaluación.

Por el contrario, en el año 2009 el HCSF participó en la elaboración y ejecución del “Plan de promoción en salud”, lo que es señalado en el “*Programa de Promoción de Salud 2009*”, aunque no se evidencian registros sobre la fase de evaluación.

En tanto, en el año 2010 no se obtiene documentación acerca de la programación del Plan de Promoción de salud en el HCSF.

Por otro lado, respecto al Consejo de Participación en salud se obtiene un “*Acta de constitución Consejo de Participación Social en Salud del Servicio de Salud Iquique*” del año 2008, en la que los representantes del HCSF no figuran en el catastro de asistencia. Cabe señalar, que al 15 de Junio del 2009 según un “*Informe asistencia reunión Consejo Consultivo SSI*” no se había realizado un programa de trabajo por lo que se designa una reunión de coordinación con el Servicio de Salud, en la que según “Acta N°1” se plantea la necesidad de

- ¹⁴¹Op.cit. 114 (pp. 19)

- ¹⁴²Op.cit. 114 (pp. 19)

designar un representante para que asista a las reuniones, para lo cual no se identifica documentación que avale el acuerdo.

En relación al Consejo Integrador de la Red Asistencial, el Consejo Nacional de la Sociedad Civil de FONASA y el Consejo de Equidad de Género en salud, no se encontraron registros documentales que certifiquen la participación del Consejo de Desarrollo, desde esta técnica.

(Focus group)

En relación a la participación en el CIRA de los miembros del Consejo de Desarrollo, se identifica desde el discurso, que los miembros han participado en reiteradas reuniones con el CIRA en las dependencias del HCSF, entre Octubre y Noviembre del año 2009, obteniendo baja convocatoria. Además, mencionan que dichas reuniones no fueron perdurables y que la alianza entre el SSI y el Ministerio de salud es débil. En cuanto a la interacción social, los miembros del Consejo tratan el tema de modo disyuntivo, ya que se generan distintas percepciones al respecto. Se manifiestan de forma irónica en cuanto a su participación con el CIRA.

Con respecto a las otras instancias de participación ciudadana que abarcan esta subcategoría de acuerdo a respuestas de los interactuantes no se reveló mayor información al respecto.

(Entrevista enfocada a encargada de área de participación social)

“Respuestas transversales a todas las subcategorías”

En cuanto a la **evaluación** que realiza la informante clave, sobre el **nuevo Modelo de Gestión**, destaca que el HCSF es pionero en la región, lo que conlleva efectos positivos como el sentido de pertenencia de la comunidad por la infraestructura, como también efectos negativos como la exclusión hacia el HCSF por el asentamiento geográfico en la comuna y por el prejuicio de los actores sociales por las elevadas expectativas forjadas en torno a la modalidad y prestaciones del HCSF.

Asimismo, la entrevistada refiere la existencia de obstaculizadores desde la comunidad, desde los funcionarios del HCSF e internos.

Desde los obstaculizadores de la comunidad, la entrevistada apunta a la existencia de necesidades básicas, lo que genera dificultad para el ejercicio de

una Gestión Pública Participativa de los dirigentes con proyección a la misma, ya que la participación en salud tiene relación con el mejoramiento del acceso en salud de los usuarios a mediano o largo plazo, no con beneficios tangibles a corto plazo. Sumado a lo anterior, menciona la existencia de pasividad de los dirigentes, a causa de las bases asentadas en el gobierno (2006-2010). Así también, indica falta de asimilación de información de los dirigentes, por el escaso número de reuniones mensuales del área de participación social.

Desde los obstaculizadores del HCSF, la entrevistada se focaliza en los funcionarios, en torno a la falta de responsabilidad compartida de los mismos para asumir responsabilidades derivadas del área de participación social, entre ellas cuidado de la documentación.

Desde los obstaculizadores internos, hace referencia a la falta de tiempo para la realización acabada de las labores del área de participación social lo que deviene del desgaste de los recursos humanos por la extensa jornada laboral, a causa de la sobrecarga laboral de las Instituciones Públicas. Por otro lado, menciona falta de autonomía de los miembros del Consejo de Desarrollo para la realización de sus labores.

(Entrevista enfocada a los miembros del Consejo de Desarrollo)

Mediante esta técnica aplicada de forma transversal a todas las subcategorías, se identificó desde los entrevistados, información en base al CIRA. Dicha información, refiere a un obstáculo desde las autoridades, en torno a la selectividad de la participación que se ha desarrollado en torno al Consejo de Desarrollo, desde la organización del CIRA, agregando que según respuestas la alianza entre el Ministerio de Salud y el Servicio de Salud de Iquique existe una alianza de trabajo débil, lo que podría según análisis del contenido, un factor influyente en el déficit de la convocatoria de los actores sociales en estas instancias participativas.

Asimismo, no se identificó según respuestas de entrevistados otras instancias de participación ciudadana, de las que participaron y/o participan desde esta categoría.

Análisis de los resultados e interpretación de la subcategoría Consejos de la Sociedad Civil

Con respecto a la triangulación de las técnicas se determina que desde la revisión documental se obtiene documentación de la participación de los miembros del Consejo de Desarrollo en el Consejo Asesor, por medio del Comité Vida Chile, en torno al trabajo en los “Planes Comunales de Promoción en salud”. En el 2008 no se identifican documentos de su participación en este Plan. El 2009 participaron en la programación y ejecución de este Plan y el 2010 no se encuentran registros. Asimismo desde las otras técnicas aplicadas no se obtienen según respuestas de participantes información del desarrollo de estos Planes de Promoción.

De acuerdo a lo anterior, se interpreta que se obstruye el proceso de participación en las decisiones sobre inversión y estrategias de desarrollo regional al verificarse que la integración del Consejo de Desarrollo fue sólo en el 2009 y no en todas las etapas. También, se dificulta el conocimiento de las acciones para disminuir los factores de riesgo de los ambientes poco saludables de los sectores adscritos al HCSF, lo que impacta en el análisis insuficiente de los factores sociales en cuanto a los determinantes de salud. Lo que dificultaría la integración de nuevas formas de participación y la cohesión social, así como también el trabajo intersectorial desde la integralidad de las acciones y los principios promocionales y preventivos del modelo de salud familiar.

Respecto al Consejo de participación en salud, se registra que se crea el 2008 no figurando el HCSF en el registro de asistencia que verificaría su participación. También, se evidencia que desde la Constitución del Consejo Consultivo en el 2008, hasta mediados del 2009, no se habría realizado trabajo con la red y no se había designado un representante del HCSF. De acuerdo a lo anterior, cabe señalar que los documentos de los que se dispone contemplan información parcializada, por lo que se torna difuso certificar el proceso participativo de los involucrados desde su constitución. Además, desde las otras técnicas aplicadas no se esbozan respuestas en base a este Consejo de Participación.

Por lo anterior, se interpreta que se entorpecería la creación de estrategias comunicativas para la generación e inclusión de aportes desde las bases, lo cual reviste incidencia en la evaluación de la Gestión Institucional desde el desempeño técnico de los funcionarios, y en la articulación de los Servicios de la Red Salud e

inhibiría el rol Gestor de los actores sociales participantes del proceso de participación ciudadana. Desde lo anterior, se dificultarían los principios que esboza el modelo de salud familiar tales como: la integralidad, la participación ciudadana, la intersectorialidad, la Gestión del recurso humano del HCSF y la calidad de las prestaciones del Servicio.

En cuanto a la participación del Consejo de Desarrollo con el CIRA, no se visualizan registros documentales, no obstante desde el Análisis de Discurso del Focus Group, los miembros reconocen su participación en el CIRA, la que describen como no perdurable, con déficit en la convocatoria y selectividad en la participación desde la organización del mismo. Así también, desde el análisis de contenido de la entrevista enfocada a los miembros del Consejo de Desarrollo se identifica también la selectividad en la participación y se añade que la alianza entre el MINSAL y el SSI es débil.

En relación a lo anterior, se interpretan dificultades para la integración de las bases en torno al desarrollo de estrategias de articulación y coordinación en conjunto con esta instancia participativa, además de obstáculos comunicacionales disgregados entre los sistemas, puesto que, la alianza colaborativa entre los actores se identifica como debilitada por los obstáculos, lo que impactaría en los procesos de información de las bases y como producto la utilización inadecuada de la red pública de salud.

En cuanto al Consejo Nacional de la Sociedad Civil de FONASA no se obtienen registros documentados, además de no ser reconocidas desde el discurso en las otras técnicas aplicadas. Por lo que se interpreta una limitación en el desarrollo de procesos consultivos de la ciudadanía en cuanto al Seguro Público de Salud, lo que entorpecería los aprendizajes significativos, impactando en el acceso y consentimiento informado en salud desde los actores sociales.

En cuanto al Consejo de equidad de género en salud, no se identifican registros documentados y desde las otras técnicas aplicadas según discurso no se reconoce esta instancia, por lo que se interpreta que se dificultarían las prácticas inclusivas de hombres y mujeres en las Políticas Públicas, lo que obstruiría el cumplimiento de uno de los objetivos de la Reforma en Salud que es la equidad como eje transversal de acción y el trabajo colaborativo, como elemento del modelo de salud familiar desde la participación ciudadana del género.

Todo lo anterior, se puede asociar a la evaluación que realiza la encargada del área de participación social, respecto del nuevo modelo de Gestión enfocado a la Gestión Pública Participativa. Desde donde se puede analizar de acuerdo a esta subcategoría, desde su discurso que el obstaculizador central es “Hospital pionero”, que refiere a las dificultades que han surgido en la implementación del HCSF, ya que es una modalidad nueva de intervención; cuya estrategia fundamental es el modelo de salud familiar, la que ha dificultado su internalización desde la comunidad y desde los funcionarios del HCSF. Desde lo anterior, se expresa falta de responsabilidad compartida de los funcionarios en torno a las responsabilidades del área de participación social, falta de tiempo de la encargada para el desempeño de labores por la sobrecarga laboral en general de las Instituciones Públicas y la pasividad de los Dirigentes en torno al proceso de participación ciudadana, discurso que discrepa del análisis de contenido de la entrevista enfocada a los miembros del Consejo de Desarrollo, ya que si bien detectan obstáculos para la participación no son desde los funcionarios del HCSF, organismos de la red como el CIRA, de la comunidad y desde ellos mismos, destacando la integración sostenible, el trabajo sinérgico y la comunicación efectiva entre los actores sociales. Lo anterior, impactaría desde esta subcategoría en la dificultad que surge para el pleno ejercicio de la transversalidad e integralidad de las acciones desde todos los actores involucrados, por medio de la participación efectiva e inclusiva del Consejo de Desarrollo en estas instancias participativas denominadas Consejos de la Sociedad Civil, no sólo desde la integración con el HCSF, sino que también desde otras instancias de la red.

Por último, en general desde esta subcategoría se visualizaron escasos medios verificadores de las acciones del Consejo de Desarrollo en conjunto con los Consejo de la Sociedad Civil, lo que entorpece la retroalimentación de los procesos y la reformulación de estrategias de acción del HCSF. En cuanto, desde el discurso los miembros del Consejo de Desarrollo reconocen su participación en el CIRA de forma irónica y disyuntiva en torno a aspectos relacionales y comunicacionales. Lo que evidencia que los lineamientos de acción decretados desde la agenda se encuentran limitados en su cumplimiento.

Subcategoría: Comité de Usuarios en base a:

(Agenda Pro participación ciudadana)

Como Comités de Usuarios para la participación social se encuentran los Consejos de Desarrollo/Comités Locales de Salud¹⁴³. Los objetivos principales de estos Consejos son aportar a la creación de estrategias de desarrollo institucional, evaluar la gestión y calidad de los servicios, además de ser espacios de intercambio de información.

También se encuentran los Comité de usuarios de FONASA¹⁴⁴ los que están abocados a fortalecer el rol de los comités de usuarios. Son instancias de diálogo y colaboración de organizaciones de usuarios de FONASA, siendo su prioridad ampliar la difusión e información sobre los derechos de salud de las personas.

Resultados obtenidos en base a :

(Revisión Documental)

Respecto al Comité de Usuarios; Consejo de Desarrollo, desde Diciembre del año 2007 se comenzó a realizar un trabajo participativo con los Dirigentes de las Organizaciones Sociales adscritas al HCSF, en base al proceso de sectorización y elaboración del Diagnóstico. En el año 2008 se añade el trabajo colaborativo en el SOME en torno a la re sectorización del HCSF.

Otra instancia de participación es una “invitación” que el HCSF extiende a los Representantes de la junta vecinal Doña Inés de COLLAHUASI en el año 2008, para la creación de su logotipo, la que en sus bases señala que este es un concurso abierto en el cual puede participar la comunidad inscrita al establecimiento y también los funcionarios.

En relación a la constitución formal del Consejo de Desarrollo, se señala que, según “Acta N°1” se comenzó a trabajar para su conformación desde el 26 de Junio del 2009, realizando comisiones de trabajo. El 28 de octubre del mismo año según “Acta N°11” se sigue señalando la importancia de crear un Consejo Consultivo del establecimiento. Por último, en el “acta de Constitución

- ¹⁴³Op.cit. 114 (pp. 19)

- ¹⁴⁴Op.cit. 114 (pp. 19)

Consejo de Participación Social en salud Hospital Comunitario de Salud Familiar” el 30 de diciembre del 2009 se constituye el Consejo de Desarrollo. Además, establece según *resolución exenta N° 0031 que para su funcionamiento se atenderá a su reglamento interno.*

(Focus Group)

En relación a esta subcategoría desde la técnica Focus Group, en cuanto a la entrega de información desde el HCSF hacia el Consejo de Desarrollo, los miembros identifican que el HCSF ha facilitado material de apoyo, información y asesoría profesional constante de la encargada del área de participación social, abocado a su rol como instancia de participación ciudadana en salud. Desde la interacción social, se respetan los turnos de habla y se trata el tema del que hablan como algo relevante.

En cuanto a la integración del Consejo de Desarrollo en la etapa de Planificación, desde el discurso los Dirigentes manifiestan que han sido integrados en la etapa de planificación del HCSF, puesto que han trabajado en conjunto con la Institución; como en la etapa de sectorización, de adscripción de usuarios, entre otros. Así como también el HCSF ha manifestado disposición en acoger sus demandas, propuestas, inquietudes, capacitaciones y orientaciones. Desde la interacción social, se respetan los turnos de habla y se trata el tema del que hablan como algo relevante.

En cuanto a la integración de las sugerencias de los miembros del Consejo de Desarrollo para los procedimientos reglamentados del HCSF, se identifican, según el discurso de uno de los miembros que sus propuestas han sido integradas a través del consenso con el HCSF, no obstante otro miembro señala que no se han integrado sus sugerencias para modificar algunos procedimientos reglamentados. En cuanto a la interacción social de la respuesta anterior, se trata el tema como algo controversial entre los miembros, puesto que, se visualizan respuestas contrarias, lo que genera una disyuntiva del tema.

Respecto a la convocatoria del los miembros del Consejo de Desarrollo en las reuniones mensuales, de acuerdo al discurso, se señala que no participan todos los dirigentes de JJ.VV en las reuniones del área de participación. Se hace hincapié que es responsabilidad de los dirigentes su asistencia, ya que el trabajo colaborativo es una responsabilidad compartida entre el HCSF y los Dirigentes. Según la interacción social, se habla el tema como algo serio e importante para el

proceso de participación social y en general los participantes respetan los turnos de habla.

Respecto a las capacitaciones del HCSF hacia los miembros del Consejo de Desarrollo, desde el discurso, un miembro señala que los dirigentes no se interesarían por asistir a las capacitaciones por ser jornadas extensas en cuanto a duración. Desde la interacción social, el interactuante habla del tema como algo molesto, no obstante se respetan los turnos de habla.

En cuanto a la difusión de información del HCSF a la comunidad, desde el discurso se menciona que, en cuanto a la participación de la comunidad un dirigente señala que un obstáculo para la difusión de información del Consejo de Desarrollo a la comunidad es el déficit de convocatoria de la misma en las actividades que organiza el HCSF. Aún, con el trabajo que realizan los dirigentes para las convocatorias no se logra la motivación de la comunidad, agregando que sería necesario utilizar publicidad engañosa para aumentar la convocatoria. Desde la interacción social, el dirigente anterior cuando señala la estrategia para el aumento de la convocatoria, lo expone a través de risas.

Además, desde el discurso, se menciona como obstaculizador que la comunidad usuaria del HCSF pertenece a diversas culturas y países, además de no poseer sentido de cohesión, lo que dificulta el trabajo de los dirigentes. En cuanto a la interacción social, se señala que el interactuante trata el tema del que habla como algo preocupante.

(Entrevista enfocada a encargada de área de Participación Social)

En cuanto esta técnica desde el discurso de la encargada del área, se puede extraer con atinencia a esta subcategoría, la indiferencia participativa de la comunidad y la existencia de necesidades básicas en la comunidad.

(Entrevista enfocada a miembros del Consejo de Desarrollo)

En cuanto a la integración del Consejo de Desarrollo en el proceso de trabajo del HCSF, se identifica desde el discurso la existencia de integración sostenible de los actores sociales y un trabajo sinérgico con disposición de facilitadores internos que son proactividad y resolutividad. Así también, se detectaron facilitadores externos en base a las actividades de promoción y

prevención que constantemente realiza el HCSF y el sentido de pertenencia de la comunidad por la infraestructura del mismo, así como también una comunicación efectiva entre los actores, a la que contribuye la transparencia de las acciones del HCSF. También, identifican la existencia de integración desde la génesis en el trabajo del HCSF, así como también han sido pioneros en dicha integración.

No obstante, se identifican obstaculizadores desde la comunidad, que corresponden a individualismo de la comunidad e indiferencia participativa la cual indica la existencia de pasividad de los actores sociales lo que generaría una transmisión de desinterés hacia los Dirigentes a participar del proceso de participación ciudadana. También se visualizan obstaculizadores de las autoridades y/o organismos de la red, que corresponden a los créditos de la gestión de las autoridades”, puesto que las autoridades intentarían manifestarse como imagen visible de las iniciativas que originan los Dirigentes

En tanto al desarrollo de los Diálogos Participativos en el HCSF se identifican respuestas difusas, por un lado existe un reconocimiento de una parte de una etapa, por un dirigente, por el contrario otro de ellos señala un desconocimiento de las etapas. No así, reconoce que participó de unas comisiones de trabajo, pero no identifica que sean comisiones sobre los diálogos propiamente tales. Así también, se expresa un desconocimiento de los resultados desde el HCSF lo que refiere a que no se ha realizado una socialización interna de los resultados en el HCSF, no así si se ha realizado una difusión de resultados a nivel regional a través de la facilitación de un documento que enmarcaba los desafíos y propuestas ciudadanas.

Por consiguiente, los obstáculos que se detectaron podrían incidir al Déficit en la convocatoria.

Po último, se detectan propuestas para la mantención de la retroalimentación, el fortalecimiento de la participación, así como el fomento de la responsabilidad compartida de los actores sociales en base a sus derechos y deberes.

Análisis de los resultados e interpretación de la subcategoría Comité de usuarios

De acuerdo a la triangulación de las técnicas, se desprende desde la técnica revisión documental que los miembros del Consejo de Desarrollo se han integrado la fase de planificación del HCSF desde el 2007 en adelante, en torno al proceso de sectorización y re sectorización, elaboración del Diagnóstico y creación de Logotipo. En cuanto a los registros sobre la constitución formal del Consejo de Desarrollo se determina que se constituyo el 2009.

Lo anterior, se puede relacionar con lo que se identifica desde el Focus Group, en cuanto a la facilitación de información desde el HCSF hacia el Consejo de Desarrollo. Hacen alusión a que la encargada del área de participación social les ha facilitado asesoría e información constante, además que han trabajado en conjunto con la institución. Lo que se asocia a lo mencionado en la entrevista enfocada a los Dirigentes, ya que expresan que se han integrado desde la génesis del HCSF, siendo pioneros en este sentido. Por lo que se interpreta, que la etapa de planificación el Consejo de Desarrollo ha sido un espacio de intercambio de información entre el HCSF y la comunidad, aportando con estrategias de desarrollo institucional desde la integración de las bases en este proceso colaborativo.

Así también, desde la entrevista a la encargada, desde los Organismos de la red, se encuentra como obstaculizador la exclusión del HCSF por el sector de la comuna donde se encuentra ubicado y desde la entrevista focalizada a los dirigentes, se menciona selectividad en la participación desde el CIRA, y los créditos de la gestión de los dirigentes desde las autoridades, por lo que se interpreta que estas dimensiones estructurales sesgarían el proceso de integración del Consejo de Desarrollo y la integración territorial de la comunidad al trabajo intersectorial del HCSF, obstruyendo los canales de intercambio de información entre los agentes involucrados, lo que generaría impacto contradictorio en una dimensión del modelo de salud familiar denominada accesibilidad enfocada a la presencia de los recursos de organización orientados a superar las barreras estructurales, organizacionales o culturales.

En cuanto a los obstáculos desde el HCSF, desde la encargada del área, se expresa falta de responsabilidad compartida de los funcionarios para asumir responsabilidades del área, además del desgaste en los recursos humanos por la extensa jornada laboral. Según esto, se interpreta que se dificulta el ejercicio de

una gestión apropiada del recurso humano y desde el modelo de salud familiar se dificulta la intervención integral a los usuarios, así como también una de las dimensiones del modelo que es el desempeño técnico de los funcionarios, que refiere a la calidad técnica de los procesos de atención en salud y la integralidad desde la visión biopsicosocial de las intervenciones.

Desde los dirigentes, se visualizan obstáculos desde el Focus que son la disminuida convocatoria a las reuniones del Consejo de Desarrollo, la predisposición inadecuada para asistir a capacitaciones, la prevalencia de la baja convocatoria de la comunidad a actividades organizadas por el HCSF, lo que se puede asociar a la entrevista enfocada a los miembros del Consejo, donde señalan que existe una transmisión de desinterés participativo desde la comunidad, por lo que se interpreta que estas organizaciones tienden a asumir como contraparte, desde la Institución, en base a los recursos y el poder de la convocatoria, lo que influiría negativamente en la participación de espacios de intercambio, impactando en la promoción escasa y/o estrategias de convocatoria poco efectivas para la generación de de espacios de alternancia de conflicto y cooperación entre los actores sociales involucrados.

En cuanto a la comunidad, se identifica como obstáculo desde el focus, el mosaico cultural debido a la población migrante, lo que dificulta el trabajo de los dirigentes por la falta de cohesión, lo que puede según entrevista focalizada a Dirigentes influir en la indiferencia participativa de los usuarios, causada por la falta de motivación personal y prejuicios forjados por las elevadas expectativas en cuanto a la modalidad de Hospital, también se expresa la pasividad de la comunidad y desencantamiento lo que también son factores influyentes para el déficit en la participación. Uno de dichos factores, también fue mencionado en la evaluación sobre la gestión que realiza la encargada del área, la que además agrega que la indiferencia participativa se asocia a que en la población existen carencias en cuanto a las necesidades básicas. Lo que se suma según entrevista focalizada a los Dirigentes a la existencia de factores de riesgo como la alta tasa de natalidad de la población y la carga laboral prolongada de los usuarios. Por lo que se interpreta, que estos factores socioculturales dificultan la aplicación de una Política de ampliación de alianza social, generando como impacto que se potencie la participación funcional, además de disgregar el trabajo intersectorial que es elemento del modelo de salud familiar, lo que dificulta una respuesta social organizada, así como también el elemento promocional y preventivo que orienta al modelo como guía de intervención.

Asimismo, un factor preponderante para el nuevo modelo de Gestión es la escasa sistematización de las acciones; lo que en esta subcategoría, es visualizado sólo en algunos documentos abocados a actividades de participación en la fase de planificación del HCSF, los disponen información parcializada, situación que radica en la escasa certificación de procesos y procedimientos que se generan desde el trabajo del Consejo de Desarrollo con el HCSF u otras instancias de participación. Lo que obstruye, el seguimiento de las acciones y la evaluación de la gestión por medio del control ciudadano, entorpeciendo el proceso de reconversión de estrategias de acción o validación de las mismas para contribuir desde la praxis en el proceso de participación del HCSF.

En cuanto a los facilitadores, se identifican desde la entrevistada del área de participación social, el sentido de pertenencia de la comunidad con el HCSF en cuanto a la infraestructura, al igual que en la entrevista enfocada a los Dirigentes, por lo que se interpreta que este facilitador puede incidir positivamente al potenciarlo como una estrategia para fortalecer la gestión; como espacio de intercambio entre los actores sociales.

Como facilitadores internos de los Dirigentes, desde la entrevista enfocada destacan la capacidad de resolutivez y autogestión en la toma de decisiones frente a contingencias, no obstante se visualizan obstaculizadores los que se generan desde la convocatoria, la escasa capacitación de los Dirigentes, y los créditos de la gestión desde las autoridades, lo que puede interferir en el debilitamiento de las fortalezas. Aunque, cabe destacar que desde el Focus Group, los miembros destacan como estrategia la utilización de publicidad engañosa, lo que manifiesta indicadores de proactividad en base a su gestión, por lo que se interpreta el interés de los Dirigentes por la aplicación y reformulación de estrategias desde su rol promotor, para contribuir a la mejora del proceso de participación ciudadana en el HCSF.

Por último, en cuanto al Comité de Usuarios de FONASA, no se identifica participación formalizada, desde los registros documentales ni tampoco de las otras técnicas aplicadas, por lo que se limita la participación en esta instancia de diálogo y obstruye los procesos informativos sobre los derechos de las personas en el ámbito de salud, lo que impacta en los aprendizajes significativos, por medio de los conocimientos, lo que dificulta el acceso a la salud y la dimensión de participación social y accesibilidad a la que apunta el modelo de salud familiar.

Subcategoría: Diálogos Participativos en base a:

(Agenda pro participación ciudadana)

Los Diálogos Participativos¹⁴⁵ deben entenderse como procesos de información, educación y construcción de acuerdos. Son informativos, porque la comunidad puede conocer los fundamentos en que debe apoyarse una decisión

pública. Son educativos, porque las personas y los grupos de interés ciudadano se empoderan en el conocimiento de temas que resultan determinantes en su desarrollo social. Son constructivos porque permiten alcanzar acuerdos de colaboración mutua entre autoridades y representantes de la sociedad civil, en un ejercicio de democracia deliberativa.

En la implementación de un Diálogo Participativo se deben contemplar las siguientes etapas:

1.- Definición de la materia de interés ciudadano que abre el Diálogo Participativo.

2.- La convocatoria debe representar la diversidad y el pluralismo de la sociedad.

3.- Presentación de Minuta de Posición de la autoridad en la materia de interés ciudadano; trabajo de talleres, plenario y plataforma de compromisos.

4.- Difusión de las conclusiones y etapa del seguimiento de los compromisos.

Resultados obtenidos en base a:

(Revisión documental)

En cuanto a esta subcategoría no se identifica documentación referida al desarrollo de los diálogos específicamente en el HCSF, no obstante se registra un documento que hace mención a su desarrollo a nivel regional, el cual se titula "*Foros de Salud, Desafíos y Propuestas ciudadanas, resultados del proceso Foros, construyamos juntos una mejor Salud para todos y todas al 2020*". En su contenido se expresa que se realizan 4 foros en la región entre el 2009 y 2010,

- ¹⁴⁵Op. cit. 13 (pp. 16)

exponiendo que las propuestas se enmarcan a una estrategia de desarrollo integral enfocado a la interculturalidad, entre lo que se menciona el trabajo infantil, el cual apela a normativas que lo regulen y a la incorporación del conocimiento de la medicina ancestral de los pueblos originarios.

(Entrevista semiestructurada a encargada de área de participación social)

Respecto a esta subcategoría la entrevistada menciona que los Diálogos Participativos se realizaron a fines del 2009 en el HCSF, a través de una actividad realizada con los Representantes de Organizaciones Sociales dirigido a completar unas cartillas que se abocaban a los desafíos y propuestas al año 2020 y que la documentación sobre aquello se encuentra especificada en un cuadernillo confeccionado a nivel Regional, mencionado anteriormente desde la técnica Revisión documental.

(Focus Group)

En cuanto a los espacios de consulta desde los Diálogos participativos, desde el discurso de los miembros del Consejo de Desarrollo señalan que se realizaron diálogos participativos, uno de ellos agrega que fueron tres y el otro agrega que en una ocasión estuvo presente el Director del SSI. Otro de los actores sociales señala que los diálogos se realizaron el año 2009, mientras otro señala que fueron el 2010. Además, se añade que los actores sociales en cuanto a estos espacios de consulta ciudadana, identifican que desde el HCSF hacia la comunidad, en general estas instancias son consideradas perjudiciales desde los organismos, puesto que existe escasa aceptación a la crítica constructiva.

Desde la interacción social del párrafo anterior, en cuanto a los turnos de habla en un comienzo estos se respetan los turnos, hasta que dos miembros se interrumpen señalando que se han realizado diálogos participativos, en tiempos distintos. Luego siguen esta dinámica de conversación mientras complementan la respuesta.

De acuerdo a lo anterior, además desde el discurso, dos miembros señalan que estos diálogos se realizaron por la desinformación de los actores sociales y de la comunidad respecto del posible cambio del HCSF a Institución municipalizada.

Por otro lado, un dirigente responde erróneamente la pregunta al referirse a los medios de difusión que utiliza el HCSF para la comunidad, en vez de los diálogos participativos. En cuanto a la interacción social los hablantes complementan la información sobre el tema, tratando el tema del que hablan como algo problemático y la información es disyuntiva.

Otro participante, cuando se refiere a la realización de los Diálogos Participativos, desde el discurso señala que a causa de la desinformación se generó descontento de la comunidad, a causa de aquello se desarrolló una especie de dialogo participativo, con el objetivo de aclarar a la comunidad las Prestaciones que ofrece la institución y además permitirles expresar sus inquietudes. Otro miembro, agrega que esta situación fue consecuencia de la falta de información hacia la comunidad y por la incongruencia de los Organismos Estatales por la atención que habían prometido. Por lo que se distingue a los diálogos participativos como una instancia que ha tenido un desarrollo insuficiente y ante esta circunstancia señalan que como iniciativa han contemplado realizar contactos con medios de difusión radial para mantener a la comunidad informada e integrada.

(Entrevista enfocada a encargada de área de participación social)

Desde esta técnica sobre la evaluación que hace la encargada sobre el nuevo modelo de Gestión, se puede asociar en cuanto al desarrollo de esta subcategoría, que la modalidad de Hospital es pionero a nivel regional, falta de tiempo de la encargada del área, falta de responsabilidad compartida de los funcionarios del HCSF y la existencia de prejuicios de la comunidad por la modalidad de Hospital.

(Entrevista enfocada a los miembros del Consejo de Desarrollo)

Respecto a esta entrevista transversal, desde las respuestas atinentes a esta subcategoría, se vuelve a abordar de forma implícita, ya que en la técnica anterior se obtuvo información difusa e incompleta.

La pregunta se focalizó indirectamente a cómo fue la elaboración de las cartillas en salud (2010-2020). En un principio, no se reconoce este momento de una etapa de los diálogos participativos, por ninguno de los miembros. No así, cuando se focaliza más la pregunta, uno de los dirigentes recuerda haberlas trabajado, mientras otro de los entrevistados no recuerda haber participado en esa reunión. Además, uno de los participantes que reconoce la realización de las

cartillas no recuerda completamente de qué trataban, no obstante, después de unos minutos logra identificar un aspecto de una de las etapas, que refiere al trabajo en una asamblea y en las JJ.VV de cada sector a fines del 2009. Proceso que culminó en Enero del 2010.

De lo anterior, se desprenden los resultados de los Diálogos Participativos a nivel regional a través de un documento expuesto en la revisión documental. No obstante, uno de los dirigentes menciona que si bien recibieron tales resultados documentados, la encargada del área de participación social no realizó una difusión detallada de los mismos y tampoco se acordó cómo se ejecutarían sus propuestas a nivel del HCSF.

Además, cabe mencionar que los Dirigentes subrayan desde su discurso que permanentemente exponen sus inquietudes y propuestas en torno a las actividades que ejecuta el HCSF, pero no reciben los resultados esperados ni concretizan acciones, es por ello que constantemente manifiestan sus inquietudes a través de reclamos.

Análisis de los resultados e interpretación de la subcategoría Diálogos Participativos.

Respecto a la triangulación de las técnicas se arroja mediante la revisión documental un documento de los Foros de Salud 2009-2010. Respecto a la etapa de trabajo específicamente con el HCSF no se obtienen registros al respecto, por lo cual mediante la entrevista semiestructurada a la encargada del área de participación social, se evidenció que se realizaron algunos momentos de las etapas de los diálogos en el HCSF, a través del trabajo de unas cartillas que contemplaban propuestas para mejorar la salud, de las cuales no se dispone de registros que avalen la participación del Consejo de Desarrollo y la comunidad. Por lo que se interpreta que el trabajo que se realizó no determina registros formales que reflejen la implementación de los Diálogos de acuerdo a sus etapas.

De acuerdo al Focus group, se pregunta acerca de los espacios de consulta del HCSF, desde lo que se menciona que son perjudiciales en los organismos, puesto que, existe escasa aceptación a la crítica constructiva desde los actores sociales. Posteriormente, existen divergencias en torno al reconocimiento de los espacios de consulta dirigidos a los Diálogos Participativos. De acuerdo a esto, se interpreta que los participantes no reconocen los diálogos

participativos, puesto que desde su discurso apuntan a otro tema ocurrido en el HCSF el que no tiene relación con los Diálogos Participativos. Lo que certifica que este espacio de entrega de información de información se encuentra obstruido de acuerdo a las etapas de implementación que se requiere desde la Agenda.

Posteriormente, se vuelve a abordar la pregunta acerca de los Diálogos Participativos con preguntas indirectas mediante la entrevista focalizada a los miembros del Consejo de Desarrollo, con el objetivo de corroborar la información difusa extraída otra de las técnicas. Aún, con la aplicación de esta estrategia, las respuestas fueron difusas en un principio, las que después se fueron aclarando a través del reconocimiento de una arista de acción para la implementación de los Diálogos, la misma a la que apunta la encargada del área de participación social, la que se enfoca a la tercera etapa de implementación abocada a la ejecución, en este caso, el trabajo de un taller en una asamblea con el Consejo de Desarrollo y el trabajo entre los representantes de Organizaciones Sociales y la comunidad desde las JJ.VV de cada sector, no obstante, señalan que no se expusieron los resultados a nivel de Hospital y tampoco como se accionarían sus propuestas.

Cabe señalar, que todo lo anterior, se puede asociar según entrevista focalizada a encargada del área, la modalidad de pionero del HCSF en la región, lo que podría incidir en la dificultad para la integración de procesos participativos masivos como lo son los Diálogos Participativos, además de la falta de tiempo para la sistematización del trabajo desde el HCSF, ya que no se evidenciaron registros a nivel micro sólo fueron detectados a nivel regional, así también, la falta de responsabilidad compartida de los funcionarios para el desarrollo de esta iniciativa de integración y participación de todos los actores y la existencia de prejuicios de la comunidad lo que interfiere en el déficit de la convocatoria y en la información efectiva en torno a estos mecanismos; factores intervinientes que podrían impactar en que se genere un desarrollo poco efectivo de esta iniciativa.

De acuerdo a todo lo anterior, el proceso informativo, que rige como principio de esta instancia de participación no se cumple, puesto que no se contemplan todas las etapas desde la Agenda, así como también la información que manejan los actores sociales es difusa y divergente. En cuanto al principio educativo no se cumple, puesto que los actores sociales no disponen de conocimientos efectivos en los temas que se tratan en estas instancias, los cuales son determinantes para su desarrollo social, lo que obstruye los aprendizajes

significativos y el proceso posterior que refiere a la concientización de las bases a través de la educación.

Así también, no se cumple con el principio constructivo, ya que además de no cumplir con todas las etapas descritas en la Agenda, el trabajo realizado no contempla la convocatoria masiva que integre la diversidad del tejido social, en base a sus inquietudes y propuestas en cuanto a salud, así como también no se registran y/o reconocen acuerdos entre las autoridades y la sociedad civil desde el HCSF.

Por otro lado, las propuestas que realizaron los miembros del Consejo de Desarrollo y la comunidad para mejorar la salud desde el HCSF, no fueron explicitadas en cuanto a cómo se abordarían, ni tampoco se compartieron los resultados de estos Diálogos de forma participativa en el HCSF, sólo se hizo entrega de un documento de los resultados generales a nivel regional, lo que obstruye la circularidad de los procesos, además de potenciar la pseudoparticipación que se conforma con la inclusión de ciertos sectores de la sociedad civil en la participación, visualizado desde el ejercicio de estos mecanismos. Por lo que además, se interfiere en el elemento del modelo de salud familiar abocado a la participación social, puesto que se obstruye el trabajo colaborativo entre los actores sociales involucrados en pro del bien común, desde el acceso colectivo a la toma de decisiones.

Subcategoría: Cuenta Pública en base a:

(Agenda pro participación ciudadana)

La Cuenta Pública Participativa¹⁴⁶ debe realizarse ante representantes de la sociedad civil a fin de recoger las preguntas, observaciones y sugerencias respecto de la gestión de la Institución Pública respectiva.

El diseño metodológico contempla los siguientes pasos:

- Elaboración de la Cuenta: a partir del Balance de Gestión Integral (BGI), la entidad elabora un documento base de rendición que contenga de manera didáctica, la información más relevante acerca del desempeño del servicio.
- Difusión de la Cuenta: como una práctica de transparencia y control social; debe habilitarse una página en el sitio web del servicio.

- ¹⁴⁶Op.cit. 13 (pp. 17)

- Entrega de la Cuenta: la autoridad debe exponer, en forma clara y pedagógica, los avances principales del periodo anual de su gestión en un acto ciudadano convocado para tal efecto.

- Diálogo Participativo: después de la presentación de la Cuenta por la autoridad, corresponde que los participantes dialoguen sobre ella, expresando sus inquietudes, planteamientos y sugerencias.

Resultados obtenidos en base a:

(Revisión documental)

Para esta subcategoría sólo se registra un “*Ordinario N° 451*” del Servicio de Salud del 01 de abril del 2008 en el cual se expresa una invitación a una mesa de trabajo para una cuenta pública del SSI. Además, de acuerdo a “*acta de reunión con el consejo consultivo del SSI*” del 15 de junio del 2009 se señala la inquietud de las organizaciones sociales a trabajar en la Cuenta Pública, se agrega que el encargado del área de participación social del SSI enviará formato de Cuenta Pública, el cual no se evidenció documentado.

(Entrevista semi estructurada a ex Directora Subrogante)

De acuerdo a esta subcategoría, la informante clave, señala que no se ha realizado una Cuenta Pública en el HCSF, no obstante si han participado de Cuentas Públicas desarrolladas en el Hospital Regional. Además, reconoce que es un tema que está pendiente.

(Focus Group)

No se abordó desde esta técnica, puesto que se extrajo la información requerida desde la técnica entrevista semiestructurada.

(Entrevista enfocada a encargada de área de participación social)

Desde la información sobre la evaluación sobre el nuevo modelo de Gestión del HCSF que realiza la entrevistada, se puede asociar esta subcategoría a la existencia de una modalidad de hospital pionero en la región y a la sobrecarga laboral de los funcionarios de las Instituciones Públicas.

(Entrevista enfocada a miembros del Consejo de Desarrollo)

De acuerdo a la información arrojada desde esta técnica, se puede extraer como información atinente a esta subcategoría, la existencia de un facilitador externo que impacta en la comunicación efectiva que existiría entre los actores sociales que es la transparencia de las acciones desde el HCSF hacia la comunidad. Además, de la modalidad de Hospital pionero y sobrecarga laboral de las Instituciones Públicas.

Análisis de los resultados e interpretación de la subcategoría Diálogos Cuenta Pública

En relación a la triangulación de las técnicas en base a esta subcategoría se extrae desde la revisión documental que según un acta de reunión existió la inquietud de los representantes de Organizaciones Sociales a trabajar en una Cuenta Pública desde el 2009. No obstante, la informante clave confirma que no se ha realizado una Cuenta Pública en el HCSF a la fecha y que es un tema que se encuentra pendiente. Lo que se puede asociar a la evaluación que realiza la encargada del área en cuanto a que el Hospital es pionero y a la sobrecarga laboral en general de las Instituciones Públicas, puesto que han participado sólo de rendición de Cuentas desde el Hospital Regional. No obstante, esta evaluación

se contradice desde el discurso de los Dirigentes en la entrevista enfocada, puesto que expresan la existencia de transparencia de las acciones del HCSF lo que impactaría en la comunicación efectiva que se genera entre todos los actores sociales involucrados en el proceso. Lo que expresa, falta de sintonía de las percepciones cuando se contrasta con los requerimientos de la Agenda, ya que el HCSF no cumple con lo decretado, considerando que las Cuentas Públicas son anuales y que el HCSF lleva desde su implementación casi cinco años de funcionamiento.

Por lo tanto, en base a lo anterior, se visualiza que se obstaculiza el proceso participativo y la toma de decisiones de la comunidad en torno a la decisión sobre la inversión del presupuesto desde la comunidad y con ello se entorpece la evaluación de la Gestión Institucional del HCSF, en especial la transparencia de sus acciones, ya que no existe rendición de cuentas hacia la comunidad, factor que desde los miembros del Consejo de Desarrollo no es visualizado mediante la aplicación de las técnicas. Esta situación, genera que se

inhiban las prácticas de responsabilización de la administración pública, lo que impacta en la falta de desarrollo de un diálogo participativo de la cuenta, el desconocimiento de la comunidad de los gastos operados desde el HCSF, obstruyendo los procesos de información y concientización y con ello el control social desde los actores sociales involucrados en el proceso de participación ciudadana del Hospital. Además, se entorpece una dimensión del modelo de salud familiar que se enfoca a la accesibilidad, puesto que se dificulta el conocimiento de los recursos financieros y/o de organización orientados a superar las barreras estructurales, organizacionales o culturales para recibir atención primaria efectiva.

Subcategoría: Presupuestos Participativos en base a:

(Agenda pro participación ciudadana)

El Presupuesto Participativo¹⁴⁷ es un mecanismo de participación ciudadana en el que la Institucionalidad Pública define que una parte de su presupuesto será priorizado y decidido por los ciudadanos/as que se involucran en el proceso. Son materias de interés público, orientadas por la propia institución de acuerdo a su misión y por la demanda ciudadana asociada a estas materias.

En su implementación deben considerarse los siguientes momentos.

- Definición montos reservados para el ejercicio del Presupuesto

Participativo y las materias a presupuestar.

- Diseño del modelo de gestión, que debe incluir las fases de convocatoria, difusión y capacitación para los/las participantes.

- Definición de criterios y mecanismos de levantamiento, implementación y priorización de ideas.

- Priorización presupuestaria por votación individual.

- Monitoreo y acompañamiento por parte de la ciudadanía.

- Evaluación del proceso y renovación del ciclo presupuestario.

- ¹⁴⁷Op. Cit. 13 (pp. 17)

Resultados obtenidos en base a:

(Revisión documental)

Referente a los presupuestos participativos de acuerdo a los lineamientos establecidos en este ámbito se identifica un “*Documento de Presupuestos participativos en Salud*” en el que se especifica mediante un cronograma una resolución afecta N° 150 en el 2009 en donde se apela a la conformación de un equipo de técnico para los PPS. En torno a esta resolución, no se evidencia la Carta de Compromiso o copia firmada, con los representantes del Consejo de desarrollo, lo que sellaría la disposición para esta iniciativa.

De acuerdo a la implementación de los PPS según documentación, el 27 de Agosto del 2009, se realiza asamblea introductoria. Luego, el 02 de Septiembre se realiza una asamblea para establecer ideas, las que fueron categorizadas a través de tres ejes temáticos; Participación Social, Interculturalidad y Satisfacción Usuaría.

El 9 de Septiembre del 2009, se efectúa asamblea para crear los Pre-proyectos mediante el establecimiento de prioridades.

El 28 de Septiembre, a través de una exposición final, se determinan los 4 proyectos a votación: “Aprende de una vez”, “Tú primero, te cedo mi lugar”, “Guíame” y “Apoyando una buena Salud”. También en esta reunión se designan los siete representantes territoriales, que asistirían a la votación de los proyectos. Luego, se realizó difusión de los proyectos factibilizados a votación mediante

unas “Fichas de presentación”.

El 03 de Octubre del 2009 según “*hoja de registro de asamblea*”, se realiza jornada de votación de los proyecto.

Respecto a los momentos sobre los lineamientos sobre las bases técnicas de los proyectos aprobados, la confección de Resoluciones, la presentación de los proyectos al CIRA la difusión en el Portal de Mercado Público, el cierre de licitación, y evaluación de los Proyectos, no se registra documentación.

En cuanto a la adjudicación de los PPS según “*acta de asamblea*” el HCSF se adjudica dos de cuatro proyectos, los que tuvieron mayor votación; estos fueron: “Tú primero, te cedo mi lugar” y “Aprende de una Vez”

En cuanto a la etapa de ejecución de los proyectos, se obtiene el programa del proyecto “Aprende de una vez” en cuanto a sus actividades que fueron: una Jornada de ciclo vital infantil, adolescente y adulto, los que no detallan fecha de ejecución.

En cuanto a la etapa de evaluación no se registra documentación al respecto.

(Focus Group)

Con respecto a la participación del Consejo de Desarrollo en la etapa del diseño de los P.P.S., los participantes señalan que los proyectos se adjudicaron el 2010 y la reconocen como “la mejor experiencia” que han tenido en torno a la participación social. Desde la interacción social, la acción que destaca en varias respuestas fue la risa y se trata el tema del que hablan con entusiasmo.

En cuanto a la etapa de ejecución de los Diálogos Participativos, desde el discurso, los miembros del Consejo manifiestan que participaron en la ejecución de los proyectos. Del proyecto “Aprende de una vez” se realizó una jornada de ciclo vital infantil, del adolescente y del adulto, no así el del adulto mayor, obteniendo mayor convocatoria el del ciclo vital del adolescente.

Con respecto al otro proyecto “Fila preferencial” mencionan que se implementó, no obstante, en el desarrollo se han generado dificultades, las que se han sopesado con un trabajo colaborativo desde los dirigentes con el objetivo de contribuir con el funcionamiento efectivo de la fila.

En cuanto a la etapa de evaluación de los proyectos, manifiestan que esta no se ha realizado.

(Entrevista enfocada a encargada del área de participación social)

De acuerdo a esta técnica que es transversal a la categoría, desde la evaluación que realiza la encargada del área se puede extraer como respuesta relacionada a esta subcategoría un obstaculizador desde la encargada y los funcionarios que refiere a la falta de tiempo por la sobrecarga laboral y la falta de responsabilidad compartida de los funcionarios.

(Entrevista enfocada a miembros del Consejo de Desarrollo)

Respecto a esta técnica que es transversal a la categoría, se puede extraer en base a esta subcategoría la integración sostenible del Consejo de Desarrollo desde el HCSF, el trabajo sinérgico que han realizado, la comunicación efectiva y la integración desde la génesis.

Análisis de los resultados e interpretación de la subcategoría Presupuestos Participativos.

Mediante la triangulación de las técnicas se obtuvo por medio de la Revisión Documental un documento de los PPS que sugiere la estructura para la implementación de los mismos. Dentro de esta estructura se apela a una carta de compromiso, que debía ser firmada por los representantes del Consejo de Desarrollo, de la que no se obtiene registro.

Se identifica, que se cumple con la definición montos reservados para el ejercicio del Presupuesto Participativo y las materias a presupuestar, por lo que se interpreta se integran los criterios de priorización y decisión, en cuanto al momento diseño del modelo de gestión que debe incluir las fases de convocatoria, difusión y capacitación para los/las participantes no se cumple, ya que no se detectó desde alguna de las técnicas, por lo que se interpreta que se obstruyen los procesos iniciales que certifican la base del desarrollo integral de las etapas, con énfasis en el punto de la convocatoria y capacitación. En tanto, a la definición de criterios y mecanismos de levantamiento, implementación y priorización de ideas se cumple, ya que se certifica desde la revisión documental y el focus group, y se puede asociar desde la entrevista enfocada a los miembros del Consejo de Desarrollo respecto a la comunicación efectiva de los actores sociales y el trabajo sinérgico entre el Hospital y el Consejo, lo que denota participación de las bases en la elaboración de estos PPS. En cuanto, a la priorización presupuestaria por votación individual se cumple, se identifica desde la revisión documental al igual que el monitoreo y acompañamiento por parte de la ciudadanía en el proceso. Lo que se evidenció por medio de las actas de asamblea y en el Focus group cuando se pregunta acerca de su participación en la etapa del diseño, donde señalan que ha sido “su mejor experiencia” en

participación ciudadana en el HCSF. Lo que a su vez se puede asociar a la entrevista enfocada a los Dirigentes, donde se menciona como facilitador la integración sostenible y el trabajo sinérgico que han tenido con el Hospital.

No así, en la evaluación del proceso, lo que sesga el proceso participativo, dificultándose la confirmación o reformulación de estrategias en torno a la ejecución de nuevas experiencias de PPS. Lo que se puede asociar a la entrevista focalizada a la encargada donde menciona la falta de tiempo por la sobrecarga laboral desde los funcionarios, además de la falta de responsabilidad compartida de los funcionarios para asumir tareas desde el área, por lo que se interpreta que, dicho obstaculizador puede haber influido en la sistematización de las acciones y/o realización de esta evaluación. Lo que interfiere en la dimensión desempeño técnico de los funcionarios desde el modelo de salud familiar, lo que implica irregularidades en el proceso, puesto que no se cumple con todo lo decretado desde la Agenda. Así también, se entorpece un elemento del modelo que es la participación social en base al trabajo colaborativo y la toma de decisiones desde el rol activo de los actores sociales, lo que dificulta la circularidad de los procesos.

Por último, en relación a la renovación del ciclo presupuestario no se cumple, puesto que, se realiza sólo el 2009, lo que interfiere en la sostenibilidad de estos mecanismos participativos en los que la ciudadanía es parte de la toma de decisiones e inhibe la circularidad del proceso.

Subcategoría: Educación ciudadana en base a:

(Agenda pro participación ciudadana)

En cuanto a la Educación ciudadana, la generación de capacidades y la facilitación de herramientas para la acción dirigenal requieren de un conjunto de orientaciones en el ámbito de la educación para la formación ciudadana en la convivencia democrática, capacidades y destrezas que se expresan en los procesos de aprendizajes de líderes y dirigentes sociales. Un sistema integrado e inclusivo para la formación ciudadana debe reconocer lo que se hace en los diversos órganos de la administración del Estado, y a la vez, en las diversas iniciativas que el mundo de la sociedad civil implementa para facilitar el acceso de

la ciudadanía a la conversación de los asuntos de interés ciudadano en la Gestión Pública. Empoderamiento Dirigencial que se manifiesta a través de la Formación de Dirigentes Sociales por medio de la capacitación de dirigentes sociales y cursos de Alfabetización digital de dirigentes sociales; además de las Escuelas de Gestores Sociales para las Políticas Públicas.¹⁴⁸

Resultados obtenidos en base a:

(Revisión Documental)

Para esta subcategoría se obtienen 4 documentos que se abocan a la capacitación de los Dirigentes, de los que se registran las programaciones no así su ejecución. Programaciones que son las siguientes:

Un “*Acta de la tercera reunión de la mesa de participación provincial*”, con fecha 8 de septiembre 2008, en la que se establece que la Dirección del Servicio de Salud, deberá capacitar a los dirigentes de los Consejos de Desarrollo. También se cita a un “*curso virtual*” a un para junio y noviembre del mismo año.

Un documento de “*Capacitación de los dirigentes CPSS*”. Del cual no se detalla mayor información.

Un documento sobre un “*Curso de Lideres para el trabajo comunitario en salud*”. Del cual no se detalla mayor información.

En relación a las capacitaciones de los funcionarios se registran 8 documentos que son los siguientes: Un “*Ordinario N° 2952*” 2008” el que señala el envío de los lineamientos estratégicos para la formulación de los Planes y Programas Anuales de Capacitación 2009 de los Servicios de Salud. Un “*Memorándum N°198*”, de Septiembre del 2008, referido a los lineamientos estratégicos para la formulación de los planes y programas anuales de capacitación del 2009. Un Documento sobre los “*Lineamientos estratégicos para la elaborar planes y programas de capacitación 2009*” su propósito es orientador y no detalla fecha. Un “*Formato para elaborar el Plan de Capacitación 2009*”, con fecha 8 de agosto del 2008, Una “*Resolución Exenta N° 993*”, con fecha 27 de noviembre 2009 en donde se señala que debe constituirse un Comité Bi partido de Capacitación (CBC) locales, que tienen dos años de vigencia, Un “*Memorándum N°43*” del HCSF, con fecha 3 de marzo del 2010 en donde se invita a la primera reunión del comité de capacitación del HCSF, PAC 2010, Un Informa General de

- ¹⁴⁸Op. Cit 13 (pp. 34)

Capacitación “*curso avanzado de salud familiar*” del HCSF, se expone un curso que está inserto en el Plan Anual de Capacitación del HCSF que tiene como beneficiarios a los funcionarios del HCSF y un documento titulado “*Programa Funcionarios, curso de gestión en el modelo de atención en salud*”, el que evaluaría las técnicas de registros de información familiar, el sistema de registro de información familiar y los factores de riesgo social familiar.

(Focus Group)

De acuerdo a la participación de los miembros del Consejo de Desarrollo en Capacitaciones, desde el discurso señalan que el 2009 se realizaron capacitaciones y el 2010 se ejecutaron estas actividades, obteniendo baja convocatoria. Asimismo, mencionan que las capacitaciones son un ámbito que ellos solicitaron y estaría inserto en el programa de acciones del Consejo de Desarrollo para el año 2011.

En cuanto a la interacción social, a nivel general se observó que los participantes estaban desconcentrados con la pregunta, puesto que se generaron respuestas inconclusas al principio las que luego se fueron aclarando y concretizando. Además, tratan el tema del que habla como algo importante y pendiente para el desarrollo de este ámbito de participación ciudadana.

(Entrevista enfocada a encargada de área participación social)

Desde esta técnica transversal a la categoría se puede extraer según focalización de subcategoría desde la evaluación de la entrevistada, los cuales son obstaculizadores tales como: falta de tiempo para las labores desde los funcionarios y la encargada del área, la falta de responsabilidad compartida de los funcionarios, desde la comunidad pasividad y falta de asimilación de información desde los Dirigentes.

(Entrevista enfocada a miembros del Consejo de Desarrollo)

De acuerdo a la entrevista transversal realizada a los Dirigentes, se puede añadir a esta subcategoría información respecto a un facilitador externo que refieren a las actividades de promoción y prevención desde el HCSF, lo cual es mencionado por un entrevistado. Por el contrario, se identifican obstaculizadores

que se desencadenan para la participación, como el individualismo e indiferencia a la participación de la comunidad, lo que se transfiere hacia los Dirigentes. Así también, la selectividad de la participación desde el CIRA hacia los miembros del Consejo; obstáculos que contribuirían al déficit en la convocatoria.

Análisis de los resultados e interpretación de la subcategoría Educación ciudadana

De acuerdo a la triangulación de las técnicas se obtiene desde la revisión documental un acta del 2009, que dicta que se deberá capacitar a los dirigentes de los Consejos de Desarrollo y en el cual se cita a un *“curso virtual”*. Registro de curso que no se identifica y que corresponde a uno de los puntos que deberían abarcar desde la Agenda que corresponde a la Formación de Dirigentes Sociales por medio de la capacitación de dirigentes a través del desarrollo de cursos de *“Alfabetización digital”*.

También, se visualizaron programaciones sin fecha, una dirigida al punto de la agenda que es capacitación de los Dirigentes sociales y que según documento se titula: *“Capacitación de los dirigentes CPSS”* y la otra dirigida al punto abocado a la formación de Escuelas para Gestores sociales de las Políticas Públicas, de acuerdo al documento obtenido en el HCSF *“Curso de Lideres para el trabajo comunitario en salud”*.

De acuerdo al Focus Group, se visualizó que los interactuantes se encontraban desconcentrados en el desarrollo de su respuesta acerca de las capacitaciones que han realizado, mencionando que se diseñaron las actividades de las capacitaciones el 2009 y fueron aplicadas el 2010 obteniendo baja convocatoria, además se declara como un tema importante y pendiente con el HCSF. Lo que se puede asociar a la técnica enfocada a la encargada del área, cuando menciona obstaculizadores para la implementación del nuevo modelo de Gestión, los cuales son internos, falta de tiempo para el desempeño de labores y dependencia de los actores sociales; desde los funcionarios, falta de responsabilidad compartida y desde la comunidad; pasividad y falta de asimilación de información desde los dirigentes por la escasa realización de reuniones mensuales. A su vez, en sintonía con lo anterior, desde la entrevista enfocada a los miembros del Consejo, se desencadenan obstaculizadores enfocados al individualismo e indiferencia a la participación de la comunidad, por lo que se

transfiere dicha desmotivación hacia los Dirigentes, así también la selectividad en la participación desde una instancia de participación (CIRA). Por lo que se interpreta, que lo anterior se traduce en factores de riesgo para el desarrollo de capacidades a través de la integración de aprendizajes significativos desde los Dirigentes a través de, los flujos informativos efectivos, impactando en la concientización y empoderamiento de los Dirigentes por la dificultad generar herramientas y habilidades que promuevan la formación de líderes comunitarios.

—

Además de obstruir los flujos informativos desde los Dirigentes a la comunidad, dificultando también los procesos informativos, de concientización, movilidad social empoderamiento y autoorganización de la comunidad que se generaría por el control social.

Por otro lado, se identificaron capacitaciones dirigidas a los funcionarios del HCSF, las que contemplan Planes y programas anuales de capacitación del 2008 y 2009, y formatos para la elaboración de estos planes, además de un documento para la elaboración del Comité Bi partido de Capacitación en el 2010 y otros enfocados al modelo de salud familiar, de los que tampoco se registra desarrollo. Dicha información, se puede asociar a la entrevista enfocada a la encargada del área, en cuanto a la sobrecarga laboral de los funcionarios para la realización acabada de las labores.

Por lo anterior, se interpretan falencias en la sistematización de las acciones, lo que entorpece la disposición de herramientas, habilidades y aptitudes de los funcionarios para la intervención con la comunidad, lo que impactaría en el desarrollo de estrategias deficientes para dicha intervención. Por lo que, se inhibe la integralidad de los procesos como se decreta desde el modelo de salud familiar y desde este nuevo modelo de gestión pública, además de dificultar la dimensión gestión del recurso humano y el elemento uso de tecnologías apropiadas del modelo.

- **Triangulación entre la Agenda Pro Participación Ciudadana y la Gestión Pública Participativa desde la Teoría de Sistemas**

En torno a la Agenda, desde la categoría Gestión Pública Participativa se influiría en el cambio político – cultural, puesto que se produce una nueva sinergia con el nuevo enfoque desde el Suprasistema Reforma, lo que modificaría la intervención de la red primaria de atención, lo que generaría un impacto en el

sistema HCSF, por medio de la participación activa de las bases en el diseño, ejecución, seguimiento, evaluación y control social de las políticas públicas con el fin de reforzar el enfoque de derechos de las mismas, ya que se integrarían los Outputs de las bases para el mantenimiento de un sistema estructural abierto, lo que se desarrollaría desde una función. También, se ejercería un Feedback permanente entre los actores sociales involucrados en el proceso de participación ciudadana, lo que favorecería además como Retroinput la creación de espacios abiertos efectivos a la ciudadanía para el fortalecimiento del sistema HCSF.

- **Desde la praxis de la categoría Gestión Pública Participativa, se puede señalar a través de sus sub categorías lo siguiente:**

De acuerdo a lo concretado en el campo de acción en torno a esta categoría desde la subcategoría Consejos de la Sociedad Civil se generan servicios que impactan al subsistema Consejo de Desarrollo, que son el escaso reconocimiento de los actores sociales sobre estas instancias, lo que obstaculiza la sinergia de los sistemas y obstruye los Retroinput desde la función del sistema ejecutor en torno al macrosistema políticas públicas y viceversa.

En relación a la subcategoría Comité de Usuarios, se reconoce el subsistema Consejo de Desarrollo, el que a través de los Input recoge los lineamientos de acción desde el sistema HCSF, lo que se expresa como servicio a través de su participación en la fase de planificación y ejecución del HCSF, generando como output flujos informativos al subsistema comunidad, puesto que se convierte en un espacio de intercambio de información, por medio de un proceso sinérgico entre el sistema HCSF, subsistema Consejo de Desarrollo y subsistema comunidad, lo que facilita la producción de retroinput desde los sistemas para las etapas de trabajo posteriores. No obstante, se identifica un conglomerado en la etapa de evaluación, puesto no se dispone de sistematización y evidencia del seguimiento de las acciones. Además no se verifica participación del subsistema Consejo de Desarrollo en el Comité de Usuarios de FONASA. Todo lo anterior, contribuye a una relación entre el sistema y el subsistema Consejo de Desarrollo con obstaculizadores y como retroinput la obstrucción de los procesos participativos, lo que como output entorpece la formulación de aportes y creación de nuevas estrategias de intervención para el sistema HCSF, desde la participación del subsistema Consejo de Desarrollo en la toma de

decisiones, dificultando el Feedback de los sistemas y con ello la función para el ejercicio del Control Social Ciudadano.

En tanto a la subcategoría, Diálogos Participativos los output del sistema HCSF sobre esta instancia participativa son difusos en cuanto al proceso, lo que genera como servicio a los subsistemas Consejo de Desarrollo y comunidad aprendizajes inconclusos en torno al proceso de implementación, puesto que se identifica desde el subsistema Consejo de Desarrollo y comunidad trabajo de la etapa enfocada al desarrollo de talleres. Por lo que los input informativos, educativos y los outputs que se generan en base a la construcción de acuerdos con el Suprasistema, que se exponen como principios desde los Diálogos Participativos, facilitan la conformación de un conglomerado, puesto que se

reconoce sólo un aspecto para el desarrollo de los Diálogos Participativos, además de dificultar la morfostasis de los subsistemas por medio de los conocimientos y aprendizajes suscitados desde su participación.

En cuanto a la subcategoría Cuenta Pública se distingue que en el proceso input/output entre el sistema y los subsistemas se forma un conglomerado, ya que los servicios del sistema HCSF a los subsistemas Consejo de Desarrollo y subsistema comunidad no son equivalentes desde lo decretado desde la Agenda, lo que genera como output dificultad para la transparencia del desempeño del sistema HCSF, lo que como servicio obstruye el control social ciudadano y con ello la retroalimentación de los sistemas y la morfostasis de los subsistemas, por medio de los hitos comunicacionales que se crean en el proceso de input/output.

Respecto a los Presupuestos Participativos, se obtiene una relación entre el sistema HCSF y los subsistemas Consejo de Desarrollo y comunidad de integración en la etapa de planificación y ejecución de este mecanismo. Los output del sistema HCSF se traducen en inclusión en el diseño y ejecución de los PPS al subsistema Consejo de Desarrollo y como input desde el subsistema Consejo de Desarrollo participación desde la toma de decisiones, generando como output priorización y focalización de los recursos. Lo que genera un Feedback entre los sistemas en torno al trabajo colaborativo que se originó. Desde la etapa de evaluación y renovación del ciclo presupuestario no se inscriben funciones que aporten a la retroalimentación del sistema HCSF desde el subsistema ejecutor, que apunten a los outputs generados por la reutilización de la experiencia y/o reconfiguración de los resultados, lo que obstruye los retroinput

del sistema en cuanto su Gestión Institucional e impacta en el nivel participativo de los subsistemas Consejo de desarrollo y comunidad.

Referente a la subcategoría Educación ciudadana, se desprenden output desde el Sistema HCSF hacia el subsistema Consejo de Desarrollo referidos a la ejecución de instancias escasas de capacitación ciudadana, lo que obstruye la viabilidad para la formación de líderes comunitarios en salud, causando un conglomerado en torno a los procesos de información, concientización y empoderamiento del subsistema Consejo de desarrollo y comunidad y con ello a la autoorganización comunitaria. La morfostasis del subsistema comunidad se entorpece a causa de los outputs en base a la facilitación escasa y difusa de conocimientos desde el sistema HCSF al subsistema comunidad, los que como input se traducen en la dificultad de aprendizajes significativos generando como output dificultades para el desempeño de su rol como agentes promotores de la participación ciudadana y déficit de retroinput para el mejoramiento de sus estrategias de acción en torno al proceso de participación ciudadana.

- **Categoría: Fortalecimiento de la Sociedad Civil**

En la siguiente Triangulación se expondrán los resultados de la aplicación de las técnicas revisión documental, Entrevista enfocada a informante claves, encargada del área de participación social y miembros del consejo de desarrollo, correspondientes a las subcategorías: Iniciativas de Asociacionismo y Desarrollo Social, Fomento al Voluntariado y Apoyo Institucional a Dirigentes Sociales. Primeramente se planteara el objetivo con la intención de enfocar lo que se pretende abordar, en segundo lugar se adjuntaran los procedimientos reglamentados desde la agenda de participación social 2006 - 2010. En tercer lugar se expondrá una síntesis de la información que arrojaron las técnicas.

Por último se realizará una comparación de los resultados recopilados por las técnicas, lo que ha sido decretado por los documentos y el marco teórico.

Objetivo específico

Identificar y describir los ámbitos de participación social del eje fortalecimiento de la sociedad civil generado por la implementación del modelo de salud familiar a partir de la percepción de los actores sociales involucrados en el proceso de participación social del HCSF.

Referencias desde la Agenda pro-participación ciudadana:

De acuerdo a los mecanismos identificados desde la Agenda se pueden mencionar los siguientes:

Desde las *iniciativas de asociacionismo y desarrollo social* se señala que se deben establecer mecanismos adecuados que fortalezcan la alianza del Estado con la sociedad civil exige desarrollar modelos de cooperación y de interacción compatibles con las funciones sociales propias de una sociedad democrática y pluralista.¹⁴⁹

Además, se sugiere que las políticas públicas deben abordar los nuevos fenómenos de asociatividad, entre ellos la circunstancia de que un número significativo de personas, aunque no integran organizaciones formales, igual se agrupen para impulsar iniciativas de bien común, abriendo espacios institucionales y entregando apoyo necesario para visibilizar la existencia de estos grupos y promover sus actividades de interés público.

Por otro lado, se encuentra el *fomento al voluntariado* el que constituye una modalidad de acción social, que se caracteriza por su alto contenido ético solidario. Las y los voluntarios realizan actividades de interés público, no remuneradas, y llevadas a la práctica de forma libre y por propia convicción personal, a través de organizaciones que le dan al compromiso voluntario una proyección en el tiempo, en forma regular, permanente y sistemática.¹⁵⁰

Por último se destaca el *apoyo institucional a dirigentes sociales*, se puede señalar que son de importancia al ser parte de una institucionalidad organizacional amplia y diversa de la sociedad civil. Representan un capital social, que acumula el aporte cotidiano de más de cien mil organizaciones de distinto tipo, donde se sitúa el llamado tercer sector. Su trabajo está orientado a mejorar la calidad de vida para cada una de las comunidades que representan.¹⁵¹

(Entrevista enfocada a encargada del área de participación social)

La encargada del área de participación social señala que para el fortalecimiento de esta categoría es importante mantener constantemente

-
- ¹⁴⁹Op. Cit. 13 Revisada el 15/03/2012 a las 20:33 am.
 - ¹⁵⁰Op. Cit. 13 Revisada el 15/03/2012 a las 20:33 pm.
 - ¹⁵¹Op. Cit. 13 Revisada el 15/03/2012 a las 20:33 pm.

informada a la a la ciudadanía para facilitar los Flujos Informativos, de esta manera podrá surgir la movilidad social.

Como propuestas para el fortalecimiento de esta categoría en el HCSF, la entrevistada se refiere al asociacionismo que refiere a la formación de nuevos subgrupos con énfasis educativo, esto se visualiza como un efecto de la etiqueta “movilidad social”. Paralelo a este al asociacionismo se produce la concientización de la comunidad, que refiere a la conciencia de la comunidad acerca de los efectos que tienen sus decisiones.

Lo anterior origina el empoderamiento lo que ocurre cuando la ciudadanía tiene acceso a la información obteniendo aprendizajes significativos lo que genera que se comprometa de forma activa con su realidad social.

Por último surge el autocuidado que indica que se genere una ciudadanía responsable y consciente de sus decisiones y el impacto que estas generan en el futuro.

(Entrevista enfocada a miembros del Consejo de Desarrollo)

De acuerdo a la promoción de la autonomía de la comunidad, un dirigente social señala que la encargada del área se ha caracterizado por fomentar la proactividad, quien entregó herramientas prácticas y resolutivas a los actores sociales para enfrentar contingencias.

Otro dirigente señala que también implicó un empoderamiento por parte del Consejo de Desarrollo, quien se caracterizó por su autonomía y fortalecimiento.

Otro agrega que en el proceso de participación social de este eje también hubo integración a los dirigentes sociales.

Según un dirigente en esta categoría existió el facilitador denominado sentimiento de pertenencia.

El obstaculizador identificado por otro actor social es la pasividad de la comunidad que se generaría producto del no cumplimiento de sus funciones dirigenciales.

En cuanto a las propuestas que señalan los actores sociales en este eje, destaca la responsabilidad social, el fortalecimiento a la participación y el proceso

democrático. Además, señala que cuando el proceso de participación social no es democrático se puede generar un proyecto no sostenible como la fila preferencial.

*Análisis de los resultados e interpretación de la categoría Fortalecimiento
de Sociedad Civil*

Los miembros del consejo de desarrollo señalan sentirse integrados en el proceso de participación social, destacando además la labor de la encargada del área como también el empoderamiento del Consejo de Desarrollo, y la pasividad de la comunidad.

Si bien ellos señalan que el proceso es integrador, identificaron un proyecto que no tuvo sostenibilidad, la fila preferencial, lo que contradice el postulado anterior y da cuenta que no hubo un proceso democrático, lo que obstruye la gestión social participativa y a su vez impide que se reformule esta iniciativa, debilitando las prácticas de involucramiento de la comunidad.

De acuerdo a lo anteriormente señalado, los miembros del consejo de desarrollo identifican como facilitador, el sentido de pertenencia y como obstaculizador la pasividad de la comunidad, ante esto proponen la existencia de una mayor responsabilidad social. De lo anterior se puede interpretar que la pasividad de la comunidad genera un déficit en la recepción de información del HCSF, lo que incide directamente en el proceso de concientización y autocuidado de este, apuntando a fomentar responsabilidad social y asociacionismo.

Las propuestas de la encargada del área de participación social y de los dirigentes sociales coinciden al señalar el compromiso y responsabilidad social que debe tener la ciudadanía, lo que no se cumpliría si no cambian las características de pasividad de la comunidad por proactividad. Asimismo se desaprovecharía el capital social y por ende la finalidad, mejorar la calidad de vida. En cuanto a lo anterior no se estaría cumpliendo con un mecanismo adecuado que fortalezca la alianza del estado con la sociedad civil para desarrollar modelos de cooperación e interacción compatibles con las funciones sociales propias de una sociedad democrática como lo señala la agenda participativa.

De acuerdo a los hallazgos de las técnicas no se identifican insumos informativos acerca de la subcategoría fomento al voluntariado, lo que impacta en

la comunidad manteniendo las organizaciones formales y obstruyendo la descentralización para la creación y autonomía de las organizaciones informales, las cuales aportan con propuestas desde las bases, debilitando uno de los lineamientos del modelo de salud familiar que es la descentralización. Además se debilita el trabajo intersectorial entre las organizaciones formales e informales que dinamizar iniciativas conjuntas para aportar a la solución de problemáticas sociales.

- **Triangulación entre La Agenda pro Participación Social y la categoría Fortalecimiento de la Sociedad Civil desde la teoría de Sistemas**

Este eje impacta en la organización de los sistemas, desde el servicio del subsistema Consejo de Desarrollo, a través de los outputs de este subsistema, aportando desde una circularidad al Suprasistema, desarrollándose por medio de un sistema abierto que transporta inputs de propuestas y demandas desde el subsistema Consejo de Desarrollo al sistema HCSF.

- **Desde la praxis del Fortalecimiento de la Sociedad Civil se puede señalar lo siguiente:**

Desde el subsistema Consejo de Desarrollo, como outputs señalan sentirse integrados, empoderados y reconocen la labor de la encargada, generándose outputs para la retroalimentación del sistema HCSF. No obstante, desde el subsistema comunidad a través de los inputs pasividad aportan a la existencia de un sistema cerrado.

Si bien ellos señalan que el sistema HCSF integra en su sinergia al subsistema consejo de desarrollo, este postulado se contradice al mencionar un proyecto que no tuvo un proceso democrático, la fila preferencial, la cual provoca una homeostasis en el proceso de participación social y obstruye la retroalimentación entre los sistemas, generando un déficit en la gestión social participativa lo que promueve un sistema trivial que debilita las prácticas de involucramiento con la comunidad.

Además agregan como output el sentido de pertenencia y reiteran como input la pasividad de la comunidad, ante esto proponen la responsabilidad social para la reconversión del sistema. De lo anterior se puede interpretar que el

obstaculizador impide el proceso de Retroinput concientización y autocuidado obstruyendo la morfogénesis para generar responsabilidad social y asociacionismo.

Además la encargada del área de participación social propone mejorar los inputs Flujos Informativos para lograr un proceso de Retroinput, la Concientización de la comunidad. A su vez propone que se genere una sinergia de empoderamiento para obtener como output el compromiso del subsistema comunidad con su realidad social, a través del proceso de Retroinput autocuidado y la retroalimentación que conlleva el asociacionismo, para lograr la morfogénesis que implica la Movilidad social.

En cuanto a lo anterior se estaría desarrollando un conglomerado que obstruye la alianza del estado con la sociedad civil para desarrollar modelos de interdependencia compatibles con las funciones sociales propias de una sociedad democrática como lo señala la agenda participativa.

Además no se identificaron inputs u outputs desde el fomento al voluntariado, impactando en subsistema comunidad desde un sistema cerrado generándose un conglomerado que obstruye la descentralización. Por lo que se extrae de la relación anterior la existencia de un sistema trivial para las organizaciones formales, cerrándose los inputs de organizaciones informales.

- **Categoría No Discriminación y Respeto a la Diversidad**

Introducción

En la siguiente Triangulación se expondrán los resultados de la aplicación de las técnicas revisión documental, entrevista semiestructurada a informante clave, entrevista enfocada a informante claves, encargada del área de participación social y miembros de consejo de desarrollo, correspondientes a las subcategorías: Enfoque intercultural y planes de mejora del trato. Primeramente se planteara el objetivo con la intención de enfocar lo que se pretende abordar, en segundo lugar se adjuntaran los procedimientos reglamentados desde la agenda de participación social y en tercer lugar se expondrá una síntesis de la información que arrojaron las técnicas.

Por último se realizará una comparación de los resultados recopilados por las técnicas y lo que ha sido decretado por la agenda participativa para interpretar los datos obtenidos.

Objetivo Específico

Identificar y describir los ámbitos de participación social del eje no discriminación y respeto a la diversidad generado por la implementación del modelo de salud familiar a partir de la percepción de los actores sociales involucrados en el proceso de participación social del HCSF.

Referencias desde la Agenda Pro Participación Ciudadana.

Se hace referencia a los lineamientos de las Naciones Unidas que reconocen derechos humanos cuya observancia permite tener un desarrollo más inclusivo y de mayor calidad democrática. Tales derechos se ven garantizados hoy por el sistema de protección social. Además el Gobierno está impulsando una ley que tiene por objeto prevenir o tender a la eliminación de toda discriminación arbitraria en contra de cualquier persona o grupo de personas.¹⁵²

Las políticas públicas que abordan los derechos de los pueblos indígenas deben orientarse por lo que se ha propuesto en el “Pacto Social por la Multiculturalidad, Re- Conocer”, en cuanto a inscribir sus acciones programáticas en una agenda política que ha dado el paso decisivo de poner en vigencia el Convenio 169 de la OIT, y reiterar el compromiso democrático de su reconocimiento constitucional. En esta misma línea es que se plantea el acceso institucional de los pueblos indígenas al sistema político representativo, y su efectiva participación en todas aquellas áreas públicas que están vinculadas a su desarrollo y defensa de sus derechos.¹⁵³

Se requiere de medidas tendientes a un enfoque de derechos para la inclusión ciudadana. Dirigido a personas y grupos vulnerados por motivos de racismo, xenofobia y otras formas de discriminación e intolerancia. Asimismo respeto a la diversidad se afirma en una perspectiva de género, en el reconocimiento de los pueblos indígenas. Los principios son la no discriminación

- ¹⁵² Op. Cit. 13 Revisada el 15/03/2012 a las 20:33 pm.

- ¹⁵³ Op. Cit. 13 Revisada el 15/03/2012 a las 20:33 pm.

y respeto a la diversidad, los derechos económicos sociales y culturales y la igualdad de oportunidades y equidad de género Pueblos Originarios. ¹⁵⁴

Subcategoría: Enfoque Intercultural

(Revisión Documental)

De acuerdo a la subcategoría enfoque intercultural se puede señalar que en el año 2007 se realiza un proyecto denominado “*Promotores de Salud Familiar, Hospital Comunitario*” y la planificación del PESPI 2008 obteniéndose registro de la etapa de planificación.

En el año 2008, de acuerdo a “*REM Facilitadora Intercultural Enero 2008*” se registran las actividades de las facilitadoras interculturales que corresponden a modelo de intervención de choque.

En el año 2009 se realiza el “*Informe Intercultural del 2009*” que registra solo información estadística de la población indígena, no obteniéndose sistematización de las intervenciones de carácter intercultural.

De acuerdo a la planificación del PESPI 2010 se obtiene registro de una invitación a una mesa de trabajo, sin encontrar insumos informativos de su planificación, ejecución y evaluación. Por último se obtiene información sobre el diseño del proyecto “*Atención de salud con pertinencia cultural a las familias del HCSF, control pre-natal con partera 2009*”, no encontrándose documentación de la ejecución y evaluación de esta iniciativa.

Para el año 2010 se obtiene el informe “*Programa Intercultural 2010*” que registra información estadística de la población indígena y de las intervenciones interculturales de los profesionales en esta área.

(Entrevista Semiestructurada)

Según una de las Facilitadoras Interculturales, señala que en el año 2007, se realizó mayoritariamente asesoramiento a la OIRS en cuanto a orientación y consultas debido a la implementación del HCSF a mediados de dicho año.

En el año 2008 se realizaba asesoramiento a la OIRS en cuanto a orientación a la comunidad adscrita, señala también que existiría sistematización

- ¹⁵⁴Op. Cit. 13 Revisada el 15/03/2012 a las 20:33 am.

de la atención al público con pertinencia indígena, no obstante, indica que no dispone de los registros, agrega también que se ejecutaron escasas acciones en dicho año y hubo programaciones de actividades que no tuvieron continuación.

En el año 2009 señala que no se habrían realizado actividades de promoción de interculturalidad en el HCSF, sino a partir del Hospital Ernesto Torres Galdámez (HETG) habrían surgido iniciativas relacionadas a este eje de acción.

En relación al año 2010 expresa que se realizó atención al público perteneciente a alguna etnia y además se realizaron funciones de refuerzo en la OIRS. A su vez indica que se incluye la labor de una Partera, que se dedica a la atención de los Partos Interculturales, haciendo referencia a los controles prenatales tanto en dependencias del HCSF, como por medio de Visitas Domiciliarias, además de acompañamiento en el proceso de Parto en el Hospital Regional o en el HCSF en caso de que ocurriese algún tipo de emergencia.

(Entrevista Enfocada A Encargada Del área De Participación Social)

Se identifica como unidad superior la salud integral, que deviene de la integración de las prácticas no discriminatorias, también se identifica como obstaculizador la inadecuada entrega de los recursos económicos de parte de las consultoras a las comunidades indígenas.

Desde el análisis surge la unidad cosmovisión intercultural que se visualiza como un facilitador interno de la entrevistada, puesto que la llegada y cercanía que tiene con la población objetivo facilita el trabajo intercultural, no obstante también surge un obstaculizador interno, su “inadecuada priorización del tiempo”, al señalar que destina una alta demanda de tiempo a sus funciones en el HCSF.

Se identifica otro obstaculizador que corresponde al “Apoyo Técnico escaso” el cual trae como efecto la “falta de sistematización” y el “Déficit de Tiempo” por parte de los funcionarios. Esta situación genera “Información desfasada” ya que los flujos informativos no llegan en los momentos estipulados y también genera “estrategias de convocatoria”, al utilizar las actividades de promoción y prevención para abordar temáticas de interculturalidad.

La “Inconstancia” es otro obstaculizador identificado, se señala que los funcionarios no desarrollarían un trabajo constante en este eje lo que generaría “Falta de decisiones participativas” debido a la visión cuantitativa de los

funcionarios, esto provocaría que no se realice un trabajo participativo con las bases.

El tercer obstaculizador identificado es la “falta de reconocimiento intercultural”, el que implica una dificultad para la práctica de la salud intercultural, a esto se suma la falta de autoreconocimiento de la comunidad indígena al sentirse disminuidos.

La entrevistada identifica dos facilitadores externos, “Capacitación de la No discriminación” e “Integración a las diversidades”, en el cual se señalan las prácticas del personal del HCSF que integran a la diversidad de los usuarios destacando a los extranjeros.

(Entrevista Enfocada a Miembros del Consejo de Desarrollo)

Desde los relatos de tres dirigentes sociales del consejo de desarrollo no se identifican obstáculos en este eje. Dos concuerdan en que la institución permite la inclusión social de la comunidad usuaria lo que conlleva la integración de la comunidad no indígena en la práctica de la medicina ancestral como el parto intercultural.

También señalan que otra característica de la ejecución de este eje es la concientización de la comunidad al reflexionar sobre la adecuada utilización de los recursos, en este caso la fila preferencial.

Entre las respuestas de los actores sociales resalta el Programa Intercultural, el cual ha sido efectivo y reconocido por la comunidad usuaria al utilizar los beneficios, según señala un dirigente.

Subcategoría: Plan de Mejora del Trato en base a:

(Agenda Pro Participación Social)

Esta subcategoría no es abordada desde la agenda de participación ciudadana.

(Revisión Documental)

De acuerdo a “*Ordinario N° 752* con fecha 28 de Mayo del 2009, se detectó un nudo crítico en la gestión de las prestaciones de salud por lo que se requiere de la implementación de los planes de mejora del trato.

Según “*Recomendaciones del Plan de Mejora de diseño del Trato*”, se establecen las orientaciones metodológicas para ejecutar el plan. El 30 de septiembre del 2009 tendría que haber sido evaluado el plan en ejecución y el 30 de diciembre tendría que haber estado ejecutado y evaluado. Los documentos aluden a fechas para el cumplimiento de las etapas, de estas no se registran elementos verificadores.

Se obtiene registro de una intervención sin fecha “Pauta de evaluación del trato del HCSF” realizada por encargado de SOME, se identificaron brechas para el cumplimiento laboral. Las que se abordaron mediante una capacitación de actualización del sistema de referencia y contrarreferencia de la red asistencial, una reunión de trabajo con dirigentes vecinales, la publicación de paneles informativos en OIRS-SOME y la entrega de información por Alto Parlante del estado de Agendas Dentales, participando usuarios internos y externos.

(Focus Group)

El informante clave no hizo referencia a esta subcategoría.

(Entrevista Enfocada encargada del Área de Participación Social)

El informante clave no hizo referencia a esta subcategoría.

(Entrevista Enfocada a los miembros del Consejo de Desarrollo)

El informante clave no hizo referencia a esta subcategoría.

Análisis de los resultados e interpretación de la categoría:

De acuerdo a la sistematización realizada en el HCSF de los proyectos con enfoque intercultural se puede señalar que se obtiene información de la planificación de estos, lo que no permite saber si las iniciativas se concretizaron y evaluaron puesto que no se encontraron insumos informativos de estas etapas.

En cuanto a los informes de las intervenciones realizadas en el programa intercultural se puede señalar que se encuentran registros a partir del año 2008, en donde las facilitadoras interculturales del HCSF realizan actividades con un modelo de intervención de choque con la población objetivo. En el año 2009 se registra información estadística, a diferencia del año 2010 en donde se realiza un informe detallado de las intervenciones interculturales.

Si establecemos relaciones entre la técnica revisión documental y entrevista semiestructurada podemos señalar que de acuerdo a la última técnica se verifica que en el año 2007 no se realizó sistematización de las actividades, además para este año las intervenciones que realizaron las facilitadoras interculturales se enfocaron a la inserción en la red de atención primaria.

Existe un consenso entre la información de las técnicas al señalar que en el año 2008 se realizaba asesoramiento a la OIRS, con esta técnica se arrojó nueva información que indica que hay registros de los cuales no dispone la institución, además de que en ese año según la informante clave las actividades fueron escasas y sin continuidad.

De acuerdo al año 2009 con la técnica entrevista a informante clave se puede saber que en ese año las actividades interculturales se realizaron desde el Hospital Regional, lo que concuerda con la sistematización de datos desde el HCSF puesto que no fueron encontrados registros de intervenciones interculturales.

En el año 2010 hay un consenso entre la información que señala la informante clave y los documentos, se expresa el trabajo intercultural que realizaron las facilitadoras interculturales y la partera, al apoyar la atención de partos interculturales haciendo referencia a los controles prenatales y visitas domiciliarias.

De acuerdo a la forma en cómo se han ejecutando las acciones interculturales los dirigentes señalan que estas se caracterizan por ser inclusivas y no discriminatorias, destacando la práctica del parto intercultural de la comunidad

no indígena, en esto concuerda la encargada del área de participación social quien también señala la integración a las diversidades destacando a los extranjeros y el trabajo de los profesionales jóvenes en la promoción de estas prácticas. Además ella señala que se habrían realizado capacitaciones a los funcionarios para las prácticas no discriminatorias.

Ahora bien los dirigentes sociales señalan la concientización de la comunidad para la utilización de la fila preferencial.

En cuanto a los obstaculizadores se puede señalar que de acuerdo a la sistematización, entrevista semiestructurada a informante clave y entrevista

enfocada a encargada del área de participación social se pudo identificar como obstaculizador la falta de sistematización de los procesos ejecutados en este eje, haciendo hincapié en las etapas de ejecución y evaluación puesto que de los proyectos y programas solo se encontró información de la planificación de estas iniciativas. Esto contrasta con la percepción de los dirigentes sociales quienes afirman que en la ejecución de este eje no existirían obstaculizadores.

Desde la información que arrojó la entrevista enfocada a la encargada del área de participación social se identificaron los siguientes obstaculizadores: la falta de claridad de la información para la entrega de recursos en este eje, el apoyo técnico escaso, la información desfasada para la cual se utiliza como estrategia la convocatoria de otros programa para la entrega información intercultural, la falta de reconocimiento por parte de la sociedad hacia las comunidades indígenas y autoreconocimiento de ellos mismos.

Si consideramos que solo en el año 2010 se realizaron intervenciones con pertinencia intercultural, podríamos señalar que en los años anteriores no se cumplió con el enfoque de derecho que señala la agenda pro participación ciudadana al no incluir a los grupos vulnerables en las acciones del programa intercultural, esto conlleva un proceso no democrático que contradice el lineamiento participación social del modelo de salud familiar, que señala la incidencia de la comunidad en la toma de decisiones para la etapa de planificación, ejecución, evaluación y seguimiento.

Además las intervenciones registradas tanto para el programa intercultural como para los planes de mejora del trato no cuentan con sistematización de la ejecución y evaluación, si estas etapas no se cumplieron, no se habría realizado el proceso de acercamiento e involucramiento de la comunidad en la toma de decisiones sobre el control de estas intervenciones, lo que no permitiría que se

cumplieran los flujos informativos, necesarios para la concientización y para alcanzar la movilidad social. Esta última es fundamental para el empoderamiento y autoorganización de la comunidad. Por parte del hospital el no contemplar una etapa evaluativa en donde se integre a la comunidad genera que se entorpezcan los procesos de reformulación de estrategias, lo que conlleva que no se cumpla la gestión social participativa y por ende el control social.

Las actividades interculturales que se realizaron el año 2010 se restringen a una actividad, el parto intercultural, la cual no integra otras intervenciones como

el trabajo comunitario con las organizaciones de comunidades indígenas u otros grupos vulnerables en donde ellos tengan incidencia sobre los tipos de intervenciones interculturales que se deben ejecutar desde sus necesidades. Lo que impacta en la pérdida del reconocimiento de la medicina indígena y su valoración para la práctica de esta en el contexto urbano, entonces se sigue reproduciendo las prácticas del modelo occidental que contradice el lineamiento interculturalidad del modelo de salud familiar.

Desde la agenda participativa se alude al CONVENIO 169 para el trabajo con las comunidades indígenas respaldando sus derechos humanos, si consideramos estos principios en el HCSF no se estarían cumpliendo ya que no se ha realizado consulta ciudadana a los pueblos originarios para ejecutar intervenciones interculturales en HCSF. Lo que implica que las intervenciones que han ejecutado no reflejan la realidad social de la comunidad, factor determinante en desarrollo del sentido de pertenencia e identidad que tenga esta población sobre todo en la población adulta mayor indígena que tiene una práctica medicinal ancestral más arraigada a su cultura. Además en el ámbito de la política se puede señalar que al no considerar las características de la diversidad de las comunidades no se estaría promoviendo el desarrollo cultural armónico, pluralista y equitativo que señala la agenda participativa.

- **Triangulación entre La Agenda pro Participación ciudadana y la categoría No discriminación y respeto a la diversidad desde la teoría de Sistemas**

De acuerdo a la agenda pro participación ciudadana se puede señalar que entre el sistema HCSF y los subsistemas comunidad y consejo de desarrollo debiera existir una constante sinergia para acoger las diversas necesidades de estas comunidades considerando las características de los grupos vulnerables y promoviendo una viabilidad para la convivencia de estas cosmovisiones culturales y el HCSF. De esta forma los inputs traducidos en demandas del subsistema comunidad serían acogidos por el consejo de desarrollo y así transmitidos al sistema HCSF.

Estas sinergias debieran establecerse en cada una de las etapas para que se cumpla con el principio de la movilidad social, de lo contrario no se estaría produciendo retroalimentación al no integrar a la comunidad o representantes de

base en el control de esas intervenciones, para poder reformular y producir una morfogénesis.

- **Desde la praxis de la No discriminación y Respeto a la Diversidad a través de sus subcategorías se puede señalar lo siguiente:**

De acuerdo a la información obtenida para el eje no discriminación y respeto a la diversidad se puede señalar que según la percepción de los actores sociales la principal estrategia de intervención es el programa intercultural. Según ellos en este programa la sinergia y retroalimentación se produce a través de las intervenciones de las facilitadoras interculturales y la partera quien apoyaría en este trabajo a la comunidad indígena y no indígena.

En este programa ocurren constantes procesos homeostáticos a través de su ejecución en donde el subsistema comunidad se tiene que ir adaptando a las diferentes intervenciones. Durante los años 2007 al 2009 se produjeron output procesos de cambio en el sistema ejecutor, que a través de los input mantuvieron la forma de intervención sin característica intercultural produciendo una morfostasis en estos años hasta el 2010 en donde se cambio a un enfoque de intervención intercultural.

Los sistemas mayores se deben adecuar a la realidad del subsistema comunidad en este eje se trabaja con subsistemas complejos por la diversidad de las características de los subsistemas comunidad por ende se requiere que los sistemas mayores realicen una morfogénesis, un cambio estructural, lo que no estaría realizando el HCSF ya que no integra a los grupos vulnerables en la toma de decisiones para ejecutar acciones interculturales, esto incidiría en un proceso de participación social con indicadores de exclusión puesto que para esos años no se considero a la diversidad de la ciudadanía y a los pueblos indígenas, lo que dificulta el Retroinput, concientización y autocuidado. En consecuencia no se cumpliría lo estipulado en la agenda que deviene de la implementación del lineamiento interculturalidad del modelo de salud familiar.

Los insumos informativos señalan que las intervenciones en el programa intercultural no habrían cumplido con la etapa de evaluación y en algunos casos con la ejecución, lo que no permitiría la integración de la comunidad en estas

etapas, generando un conglomerado entre este subsistema y el sistema HCSF y con ello la gestión social participativa. Al no ejercer control sobre estas intervenciones se obstruyen los procesos de reformulación de nuevas estrategias y con ello la retroalimentación en estos sistemas.

Por último cabe señalar que las actividades interculturales se enfocan solo al parto intercultural no contemplando un nivel comunitario de intervención con las comunidades lo que no permite la organización de los grupos vulnerables, es decir, la generación de interdependencia, relación intersectorial necesaria para un trabajo que cumpla con este lineamiento del modelo de salud familiar.

- **Respuesta a la Pregunta de Investigación**

De acuerdo a la Agenda Pro Participación Ciudadana y el Modelo de Salud Familiar, se identifican irregularidades en la implementación del proceso de participación ciudadana, puesto que se evidencia inexistencia de algunos mecanismos y/o instancias participativas o se visualiza un déficit en la articulación de los mismos, desde los medios verificadores y desde el discurso de los actores sociales involucrados en el proceso. Identificándose, obstaculizadores y facilitadores que se desprenden desde los Organismos de la red salud, el HCSF (Funcionarios), el Consejo de Desarrollo y la comunidad adscrita.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

La presente investigación cualitativa de tipo exploratorio descriptivo se desarrolló a través de las variables Participación Ciudadana, Modelo de Salud Familiar y Agenda Pro Participación Ciudadana, las cuales surgen con la incorporación de la Reforma en Salud por medio de la Ley de Autoridad Sanitaria de Gestión, cuyos Marcos Orientadores son los siguientes: Sistema de Protección Social, Enfoque de Determinantes Sociales, Agenda Pro- Participación Ciudadana y Modelo de Salud Familiar. Los cuales se abordarán desde la teoría. Desde la conclusión se abordará el Modelo de Salud Familiar y la Agenda que contempla en específico la categoría Derecho Ciudadano a la información Pública y Gestión Pública Participativa las que son transversales para la investigación del fenómeno de participación ciudadana.

I.- Elementos gatillantes de la Participación Ciudadana desde la Teoría General de Sistemas.

(Desde el Suprasistema)

1.1 Obstrucción del rol del Estado.

- Desde el Estado se identifica como elemento gatillante, la obstrucción en su rol regulador, facilitador y garante de derechos, pues no se genera sinergia para el desarrollo efectivo de estos roles.

1.2 Políticas Públicas cíclicas

- Otro elemento gatillador desde el Suprasistema son las *Políticas públicas cíclicas*, puesto que al no integrarse los inputs, sugerencias para el control social del subsistema comunidad al Suprasistema en la etapa evaluativa, no se genera la retroalimentación entre los sistemas interactuantes lo que provoca que no se reformulen las políticas públicas integrales y no se desarrolle una circularidad para lograr una participación sustantiva.

1.3 Dificultad para el desarrollo de los Marcos Orientadores

Además se considera como elemento gatillante, la dificultad que tiene el Suprasistema Estado para desarrollar de forma efectiva los marcos orientadores, que son: el modelo de salud familiar, Agenda Pro Participación ciudadana, Sistema de Protección Social y Enfoque de Determinantes Sociales, lo que impide que se genere una morfogénesis para contribuir a la

modificación de la intervención hacia lo promocional y lo preventivo con énfasis en la equidad.

1.4 Déficit en la implementación de programas de modernización

Esto último impacta, en la implementación de Programas de Modernización para el mejoramiento de los procedimientos, especialmente desde el eje Derecho Ciudadano a la Información Pública y Gestión Pública Participativa, ya que la revolución de la información, la comunicación y la Gestión, se ve entorpecida por la ejecución de estas Políticas públicas cíclicas, lo que no permite avanzar y que se genere una tecnologización de lo descrito recientemente.

Todo lo anteriormente descrito provoca un conglomerado, puesto que si bien se genera un proceso de inputs – outputs, desde los sistemas interactuantes la estructura se mantiene invariante, conservando la dinámica de cultura genérica en salud.

(Desde el sistema HCSF)

1.5 Visión biomédica (Cultura genérica)

Desde los elementos gatillantes del HCSF, se identifica una visión de modelo biomédico en salud, puesto que se han identificado dificultades para romper con la visión hegemónica de salud, para contribuir con la originación de una morfogénesis con inputs de una visión biosicosocisocial. Por lo que, se identifican signos de un sistema trivial con la existencia de una cultura genérica, lo que trae consigo inputs del desarrollo de una visión cuantitativa, un trabajo segmentado, desfasado, y un déficit en la responsabilidad compartida de los funcionarios del sistema HCSF, lo que genera como outputs irregularidades en el proceso de participación ciudadana. De las cuales se visualizan, la escasa sistematización de los mecanismos e instancias participativas. Como efecto de lo anterior, se genera un conglomerado, puesto que se entorpece la etapa de evaluación del sistema HCSF y se estanca el proceso de circularidad de todos los sistemas involucrados, lo que obstruye la dinámica de reformulación de estrategias de intervención, a unas con mayor sentido holístico.

(Desde el subsistema Consejo de Desarrollo y Comunidad)

1.6 Déficit en la educación social informal

Desde los elementos gatillantes del Consejo de Desarrollo, se encuentra un déficit en la Educación Ciudadana, puesto que se integran inputs informativos deficientes, por la realización de escasas capacitaciones al subsistema Consejo de Desarrollo, lo que sugiere como outputs falta de aprendizajes significativos dificultando la creación de herramientas para la acción dirigenal de este subsistema. Además, estos aprendizajes impactan como outputs, en el grado de concientización del mismo subsistema, lo que inhibe los Retroinput, influyendo desde una función en la obstrucción del empoderamiento en torno a la formación de líderes y dirigentes sociales para la elaboración de estrategias que contribuyan al trabajo del sistema HCSF, generándose un conglomerado en el trabajo colaborativo de los sistemas, especialmente en el rol del subsistema Consejo de Desarrollo.

Desde lo anterior, como servicio se identifica también un déficit en la educación del subsistema comunidad; como inputs flujos informativos deficientes desde el subsistema Consejo de Desarrollo, lo que dificulta las relaciones entre los subsistemas y el sistema HCSF. Sumado a esto, se identifican como inputs factores de riesgo en el subsistema comunidad los que como outputs impactan en los determinantes sociales desde el enfoque de Derechos y en la concientización del subsistema comunidad, por la falta de aprendizajes significativos. Lo que involucra, la formulación de un conglomerado que inhibe la movilidad social y el asociacionismo, lo que obstruye los Retroinput, impactando en el nivel de empoderamiento, y como output final en la autoorganización de este subsistema; desde la necesidad de una morfogénesis que incite el ejercicio del control social para la creación de un Suprasistema Políticas Públicas integral.

Y desde un Retroinput al ejercicio de participación sustantiva desde el proceso sinérgico de los subsistemas, que desde una función contribuyan al sistema HCSF - ejecutor y Suprasistema, rompiendo con la visión hegemónica que se traduce en una actual cultura genérica en salud, desde una morfostasis.

II) En cuanto a la categoría Derecho Ciudadano a la Información Pública

Desde la percepción de los dirigentes sociales se puede identificar que ellos se sienten incluidos en el proceso de participación ciudadana desde este eje.

En cuanto a la evaluación que realiza la encargada del área de participación social identifica como obstaculizador central la existencia de una cultura genérica, y como propuesta indica sistematización de las acciones y educación social informal.

Desde los procesos reglamentados en el HCSF se pudo identificar irregularidades en torno a la sistematización de las acciones, la ejecución de los mecanismos y al cumplimiento de sus directrices de acuerdo a la agenda participativa. Lo anterior impacta en la generación, procesamiento y transmisión de la información, no permitiendo que se desarrolle una revolución de las tecnologías de la información y comunicación, puesto que los mecanismos de información no se van adecuando al perfil de la demanda de la población y al comportamiento de los factores sociales determinantes.

En base al acceso a la información, desde la responsabilidad compartida de la comunidad y el HCSF se puede señalar que no existe una articulación efectiva de los mecanismos e instancias de información, lo que dificulta la contraloría social y conlleva que no se genere una retroalimentación de los procesos y se inhiba la transparencia de la función ejecutiva, el control social y las garantías de protección social. Esto último se traduce en una pseudo-participación, ya que no se logra una responsabilidad compartida entre la comunidad y el HCSF para el acceso a la información, lo que genera carencia de aprendizajes significativos y estancamiento de los procesos de concientización que se requiere para la evaluación del trabajo institucional.

De esta forma se dificultan las acciones preventivas y promotoras que apela el modelo de salud familiar impactando en el pleno ejercicio de los derechos y deberes ciudadanos, puesto que se obstruye la generación de alianzas estratégicas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida en salud desde la movilización de recursos locales, lo que impactaría a su vez en la obstrucción del ejercicio de la democracia directa.

III) En cuanto a la categoría Gestión Pública Participativa

Según percepción de los miembros del Consejo de Desarrollo se identifica que no se sienten integrados en todas las instancias y/o mecanismos de participación ciudadana a los que apela la Agenda.

En cuanto a la encargada del área de Participación Social, según percepción, se identifica la existencia de obstáculos para el ejercicio del nuevo Modelo de Gestión, los que se originan desde los Organismos de la Red por la exclusión demográfica del HCSF; desde los funcionarios por la falta de responsabilidad compartida en las acciones del área de participación social, desde los Dirigentes pasividad y desde la comunidad, escasez de recursos.

Desde el HCSF se identificaron irregularidades en el cumplimiento de los mecanismos e instancias de participación ciudadana. Por un lado, existen medios verificadores escasos, que certifiquen el proceso participativo de cada una de las subcategorías de acuerdo a las directrices de la Agenda Pro Participación Ciudadana. Además, los actores sociales involucrados reconocen escasamente estos mecanismos e instancias participativas y su participación se limita a etapas o momentos.

Por lo que todo lo mencionado anteriormente, expresa irregularidades en el proceso de participación ciudadana del HCSF, lo que impacta en la falta de espacios de co gestión, puesto que se visualizaron espacios de intercambio reducidos desde el HCSF hacia la comunidad, lo que dificulta que se activen los mecanismos de control, por la falta de Información y conocimiento sobre el perfil de demanda y el comportamiento de los factores sociales determinantes de los problemas de salud a nivel de los territorios, lo que obstruye la integración territorial en torno al Sistema de protección social, por lo que no se pueden reconocer los recursos disponibles ni las potencialidades de las comunidades locales para abordar de forma efectiva sus problemas y necesidades.

Además, se identifica escasa capacitación de los actores sociales involucrados, lo que inhibe su participación en los procesos de información, concientización movilidad social y empoderamiento, dificultando los aprendizajes

significativos para la formulación y/o reformulación de estrategias de desarrollo institucional, de articulación y de coordinación de procesos.

Así también, no se evidencia transparencia de las acciones en base a la rendición de cuentas, lo que impacta en las formas de evaluación institucional impidiendo desde esta orbita el control social de las acciones. Por el contrario, desde la percepción de los actores sociales, el HCSF se caracteriza por la transparencia de sus acciones. No obstante, desde los criterios técnicos de la Agenda y mediante el análisis realizado los flujos de información se han visto afectados en el transcurso de este proceso de participación ciudadana desarrollado en el HCSF.

Todo lo anterior, provoca un papel seguidista de la ciudadanía en las Políticas Públicas, e inhibe la reversividad, los desbordes de reversividad, y la contraloría social, generando activismo y una pseudoparticipación, ya que aún existe una burocratización de los procesos vinculados a la gestión y a la adecuación de las Instituciones Públicas para la intermediación de intereses. Lo que provoca una falta de tecnologización e informatización de la Gestión, estancando los procesos de modernización en base a la implementación del nuevo modelo de Gestión en el HCSF.

Por lo que, se visualizan Políticas Públicas desde los diseñadores, lo que se traduce en Políticas Públicas cíclicas que impiden la inclusión de la diversidad y el pluralismo, y fomentan la fragmentación social, obstruyendo la formación de líderes comunitarios en salud y el fortalecimiento de una comunidad auto organizada a través de su participación en la toma de decisiones como sujetos activos y protagonistas de cambio inmersos en una real participación ciudadana, en torno al ejercicio de una democracia directa con la existencia de una voluntad Política, de incidir y reconocer las potencialidades de la sociedad civil. Lo que a su vez incide en el nivel de implementación del modelo de salud familiar, puesto que engloba la transversalidad e integralidad de las acciones, al igual que el nuevo Modelo de Gestión, lo que no se identificó desde el análisis, sino más bien se visualizó dificultades para la internalización de estos modelos de intervención.

Por lo tanto, las Políticas Públicas cíclicas, sumadas a las condiciones de exclusión y fragmentación social, asociadas a las condiciones políticas, económicas y sociales y culturales, dentro de un marco de relaciones sociales

complejas y diversas generan obstáculos para el ejercicio de una participación sustantiva, por lo que se concluye que se mantienen los modelos excluyentes en el ámbito de salud Primaria desde el HCSF.

No obstante, se identificaron acciones que contribuían a la implementación del modelo de salud familiar, de acuerdo a los facilitadores identificados que apuntaban a reforzar la sostenibilidad y perdurabilidad de esta estrategia de acción en el HCSF.

CAPÍTULO VII: APORTES AL TRABAJO SOCIAL

Desde el nuevo rol que ejerce el Trabajador Social en el ámbito comunitario, se expresa la necesidad de que éste sea un agente de cambio con énfasis en lo promotor y preventivo, que intervenga en una realidad compleja y dinámica, estableciendo una relación de ayuda que provocaría autonomía individual y social de las personas, familias, grupos y comunidades. De acuerdo a esto, se requiere que se generen metodologías participativas para el trabajo en los distintos niveles de intervención, las que se abocan a la existencia de un trabajo desde las bases, abarcando procesos internos del HCSF y procesos externos desde la administración del área de salud, con el objetivo de articular las estrategias que determinan la integralidad de los procesos.

De acuerdo a lo anterior, es necesario la auto reflexión constante de los profesionales involucrados en el proceso de participación ciudadana, por medio de estilos profesionales con enfoque de creatividad social, al reconocer la sintonía de las actuaciones sociales que buscan su implicación en el proceso, basándose en el respeto y la reconstrucción continua por medio de diversas iniciativas de integración.

De esta forma se pueden ir elaborando canales de mutuo entendimiento, como espacios de consulta ciudadana, dispositivos de movilidad social como los diagnósticos, que sean atingentes a la realidad local, desde las nuevas posiciones emergentes de la colectividad, lo que se visualizaría en el proceso de elaboración y evaluación desde la sociabilización de los resultados. A su vez, estas nuevas posiciones emergentes facilitarían la integración del enfoque de los determinantes sociales, en torno al reconocimiento de los factores de riesgo y/o protectores que puedan incidir en los niveles de salud y bienestar de la ciudadanía.

Para ello, se debería considerar la transición demográfica, por lo que se debe añadir el enfoque intergeneracional para integrar a todos los grupos organizados y no organizados de la sociedad civil, de esta forma se promueve el asocianismo y se facilitan recursos de acción a la Trabajadora Social por medio de un trabajo de escucha activa con los actores sociales, lo que facilitaría indicadores de liderazgo democrático.

Por medio de la inclusión de todos los actores sociales, se van articulando mecanismos y visualizando la existencia de vínculos y el grado de relación con la

red, por lo que el Trabajador Social requeriría abocarse a reconocer, analizar y modificar situaciones relacionales establecidas de acuerdo a lo definido por el colectivo, desde los dispositivos de movilidad social, lo que promovería la sinergia entre los actores sociales, contribuyendo a un trabajo colaborativo y con enfoque multidisciplinario.

Para la elaboración de los Planes operativos, se demandaría activar el rol mediador del Trabajador Social, puesto que requiere moverse ante la incertidumbre de las situaciones, manejando elementos y herramientas propias del Trabajo Social comunitario, oscilando entre el conflicto y la cooperación. Lo anterior fomentaría en la creación de espacios de intercambio desde el inicio de los procesos.

Además, desde la concientización de los actores sociales involucrados, se requiere la identificación de la sistematización como medio facilitador del conocimiento de las acciones, para disponer de indicadores de evaluación de los procesos del HCSF. Lo que generaría retroalimentación entre los sistemas y favorecería a la flexibilidad de estrategias de intervención.

Por todo lo anterior, estas metodologías participativas facilitarían la planificación estratégica a nivel local, lo que promovería la descentralización para aumentar autonomía de las redes locales, permitiendo la flexibilidad de la Gestión y el ajuste de los Servicios a las necesidades locales.

Asimismo, se facilitaría un proceso de participación ciudadana no tecnocrático, ya que se reconocerían e integrarían los diversos actores sociales por medio de, una participación activa en la etapa de diseño, ejecución, evaluación y seguimiento de las Políticas Públicas. A su vez, se promovería el ejercicio del Control Social, lo que impactaría en la elaboración e implementación de Políticas Públicas Integrales.

Lo que se traduciría en el ejercicio de una participación sustantiva, mediante la cohesión social, puesto que se realizaría un trabajo colaborativo entre todos los actores involucrados en el proceso de participación ciudadana. A su vez esto fortalecería el objetivo central de la Reforma que es la equidad para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida en salud de forma sustentable y sostenible, lo que facilitaría el ejercicio de la democracia directa y la formación de capital social en pro al bien común de la ciudadanía.

VIII.- BIBLIOGRAFÍA

- Aparicio V. - Bes C.- Mazarraza L. Merelles A. - Sánchez A. Moreno-Sánchez A. García, “*Salud Pública y Enfermería Comunitaria*”, Editorial Mc Graw Hill, 2ª edición Vol. I, Madrid- España, año 2000.
- Frenk Julio “*La salud pública de la población*” Editorial Ciencia para todos, México, año 2004.
- Departamento de Promoción de Salud y Participación Ciudadana, División de Políticas Saludables y Promoción de Salud, Ministerio de Salud “*Documento de Trabajo 2009, Aportes a la Gestión Pública Participativa en Salud*”, Chile, año 2009.
- Artículo N° 25, Ley N° 19.937 “Autoridad Sanitaria y Gestión”, promulgada el 1° de Enero del año 2005, Chile.
- Méndez Claudio-Vanegas Jairo “*La participación social en salud: el desafío de Chile*”, Opinión y análisis, año 2010. (En línea).<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n2/a09v27n2.pdf>.
- Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria Departamento de Diseño y Gestión de APS, “Manual de apoyo a la implementación del modelo de atención Integral con enfoque familiar y comunitario en Establecimientos de Atención Primaria” Santiago-Chile, Enero 2008. (En línea)
<http://www.serviciodesaludnuble.cl/recursos/archivos/Manual.pdf>.
- Ministerio de Salud, Secretaria General de Gobierno, División de Organizaciones Sociales, Ministerio de Salud (MINSAL) “*Agenda Pro Participación Ciudadana 2006-2010*” Santiago-Chile, Agosto 2008. p.p 11 (En Línea) http://www.dipres.cl/572/articles-42503_doc_pdf.
- Departamento de Asesoría Jurídica (Chile), Norma General de Participación ciudadana en la Gestión Pública, Resolución Exenta N° 186, 2009, Santiago, Ley N° 20285. Disponible en http://www.ispch.cl/ley20285/t_activa/participacion_ciudadana/norma_general.pdf.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (En línea) Disponible en <http://www.who.int/es/>.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (en línea).
<http://new.paho.org/hq/>
- “*Declaración del Alma Ata de 1978*”. (En línea) Disponible en <http://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2006/12/alma-ata.pdf>.
- Sanabria Gisela Ramos, “*Participación Social en el campo de la salud*”, Revista cubana de salud pública, volumen 30, n° 003, la Habana, Cuba,

2004 (En línea). Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/214/21430305.pdf> Revisada el 15/11/2010.

- Vázquez – Siqueirab E. – Kruzeb I. - Da Silvac A. – Leiteb I.C “*Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina*”, España, 2000. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/gsv16n1/v16n1a03.pdf>.
- Hidalgo Carmen- Carrasco Eduardo “*Salud Familiar: Un modelo de atención integral en la Atención Primaria*”, Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago-Chile, 1999.
- Servicio de Salud de Magallanes, Ministerio de Salud, Chile, <http://www.saludmagallanes.cl/hospiporv.htm>.
- Ministerio de Salud, Servicio de Salud Ñuble, Chile, 2011. Disponible en <http://www.serviciodesaludnuble.cl/index.php?Destino=hlwrmvgmlx&Sub=mlrxzkrxrgizkrmr>.
- Hospital Comunitario de salud Familiar Alto Hospicio, Diagnóstico de salud HCSF, Dr. Héctor Reyno, Alto Hospicio – Chile, año 2009.
- Hospital comunitario de Salud Familiar, “Propuestas a construcción de carta de derechos y deberes usuarias externos”, Alto Hospicio – Chile, año 2008.
- Participación Social, Hospital Comunitario de Salud Familiar, “Acta de constitución Consejo de participación social en salud HCSF Dr. Héctor Reyno Gutiérrez”, Alto Hospicio- Chile, año 2009.
- Hospital Comunitario de Salud Familiar “Acta numero 11 informe actividad votación pps (proyectos), representantes de organizaciones comunitarias HCSF”, Iquique – Chile, año 2009.
- Hospital Comunitario de salud familiar, “Programa intercultural 2010”, Alto Hospicio – Chile, año 2010.
- Mazzafero Vicente Enrique 1999 “*Medicina y Salud Publica*” Editorial Universidad de Buenos Aires, Argentina, año 1999.
- Payne Malcom “*Teoría contemporánea de la restauración, una introducción crítica*”, Edición Paidós Iberica, España, año 1991.
- Facultad de ciencias Sociales, Universidad de Chile, Santiago Chile (En Línea) Disponible en: <http://www.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/03/frprinci.htm>.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, Política de participación Social en Salud, 2008, Documento Preliminar, Chile, 2008.

- Hernández Sampieri Roberto; Fernández Collado Carlos; Baptista Lucio Pilar. *“Metodología de la Investigación”*. México. Editorial, McGraw-Hill Interamericana. 2006.
- Escribano Adrian Oscar. “El proceso de investigación social cualitativo”. Editorial, Prometeo libros. Buenos Aires, Argentina. 2007. Pág. 33.
- Sandoval Casilimas Carlos .A. Pág. “Investigación cualitativa”. ARFO editores. Bogotá, Colombia. 2002.
- Iñiguez Rueda Lucpicinio. “Análisis del discurso”. Editorial OUC. Barcelona. 2006. Pág. 91.
- Ministerio de la secretaria general de gobierno de chile, división de organizaciones sociales, Guía metodológica 2010 sistema integral de atención ciudadana, 8va edición, Chile, 2010 pp 12. En Línea [http://siac.msgg.gob.cl/uploads/f15be81f87_guia_final\[1\].pdf](http://siac.msgg.gob.cl/uploads/f15be81f87_guia_final[1].pdf)
- Ministerio de Salud “Encuestas de satisfacción usuaria” (En Línea) http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/page/transparencia/g_ss/ssarauco_normas/encuestas%20de%20satisfaccion%20usuria_0.pdf.

- **IX.- ANEXOS**

ANEXO 1: REVISIÓN DOCUMENTAL

Subcategoría: Portales de información ciudadana;

Portal presencial OIRS

De acuerdo a formato de *“Registro mensual de atención en la OIRS”* del año 2007, se visualizan los tipos de consulta e informaciones entregadas al usuario en ese año distribuidas por sexo las que son: Informaciones y consultas entregadas, total de sugerencias recibidas, total de felicitaciones recibidas, total de reclamos recibidos, trato, competencia técnica, infraestructura, tiempo de espera, información, procedimientos administrativos, probidad administrativa y Acceso Universal con Garantías Explícitas en salud (AUGE). Además se especifica el N° de reclamos respondidos dentro del plazo de 20 días hábiles, el N° de reclamos resueltos dentro de 180 días, el N° de sugerencias acogidas en el mes, el N° de reclamos respondidos fuera de plazo legal que son 20 días hábiles, el N° de reclamos GES respondidos en 48 horas y el N° de reclamos GES respondidos después de las 48 horas. Luego se especifica el título de material educativo e informativo entregado por cada mes.

Según *“Informe de Trabajo con OIRS”*, obtenido de área de participación social del HCSF, con fecha 2 de Octubre del 2007. Se determina la realización de una reunión con representantes de establecimientos de la Red Salud en SSI, donde se trabajó en lo siguiente: se elaboró mediante consenso un flujograma de los procedimientos para la gestión de Reclamos, los que deberían permanecer en cada OIRS y ser difundidos a la comunidad en reuniones con sus respectivos Consejos de Desarrollo. Se realizó a su vez, un trabajo práctico de llenado de información en el formulario de registro de la OIRS a fin de evitar errores y aclarar dudas en los mismos integrantes, también se aplicó con los asistentes a la reunión una pauta de conocimiento de conceptos básicos referidos al funcionamiento legal, técnico y práctico de la OIRS.

Según documento del *“Sistema de Atención Integral OIRS”*, obtenido de la misma instancia en el año 2007 se registraron: 34 captura de reclamos, 1 captura de sugerencia, 8 capturas de felicitaciones. No se registra entrega de información, orientación y respuesta a consultas.

-Según “*Ordinario N° 211, Materia: Informa respecto a nuevo registro OIRS*” enviado por MINSAL, con fecha 08 de Marzo del 2008, Unidad de Participación Social, Departamento Subdirección Gestión Asistencial, Servicio de Salud Iquique. Se determinó informar de un nuevo formulario de registro de atención a utilizar por el funcionario que se desempeña en la OIRS. Según documento el HCSF debería informar al usuario que ha acogido su solicitud en un plazo no superior a los cinco días, ya sea entregándole una copia de la solicitud ciudadana, a través de una llamada telefónica, envío del Ordinario al domicilio del usuario u otra modalidad que acuse el recibo.

De acuerdo a formato de “*Registro de atención Mensual en OIRS del año 2008*”, las consultas e informaciones entregadas mantienen el formato determinado para el año 2007 que se ha descrito en párrafos anteriores. No obstante, se añade lo determinado en el Ordinario descrito anteriormente, que refiere el total de acuse de recibo de solicitud ciudadana dentro del plazo de cinco días. Este acuse de recibo de solicitud ciudadana se divide en: Entrega de copia o talón de solicitud ciudadana, Llamada telefónica, Envío de Ordinario o comunicación escrita al domicilio u otra modalidad de acuse de recibo que debe especificar cuál es la forma y describir el contenido.

Según documento del “*Sistema de Atención Integral OIRS*”, obtenido de la misma instancia en el año 2008 se registran actividades tales como: 120 reclamos, 21 sugerencias, 55 felicitaciones, 7.428 consultas.

Según documento del “*Sistema de Atención Integral OIRS*”, obtenido de la misma instancia en el año 2009, se registran actividades tales como: 28 reclamos no ges, 202 reclamos ges, 23 sugerencias, 52 felicitaciones y 2.305 consultas

Según documento del “*Sistema de Atención Integral OIRS*”, obtenido de la misma instancia en el año 2010, se registran actividades tales como: 115 reclamos no ges, 11 reclamos ges, 9 sugerencias, 42 felicitaciones y 13.576 consultas.

Subcategoría: Mecanismos de Satisfacción usuaria

Encuesta de satisfacción usuaria.

-De acuerdo a un “*Informe asistencia a reunión consejo consultivo SSI*”, del área de participación social del HCSF, con fecha 15 de junio del 2009 se establece el compromiso de realizar una encuesta de satisfacción usuaria por

establecimiento, el HCSF no participa, considerado comuna de Iquique solamente por cobertura usuarios – as

-De acuerdo a la “*encuesta de satisfacción usuaria HCSF*”, del área de participación social del HCSF se señala que el propósito de esta es “Conocer el nivel de satisfacción usuaria del establecimiento y el punto de vista que tenga la comunidad de diversos temas que tengan relación con el servicio de salud”.

La encuesta se basa en 52 afirmaciones que abordan temas como el funcionamiento, la calidad de la atención, la infraestructura, etc. Las cuales contiene siete categorías, nunca, casi nunca, pocas veces, mitad de las veces, muchas veces, casi siempre, siempre.

Subcategoría: Carta de Derechos y Deberes

De acuerdo al Ordinario N° 1261, de la Unidad de Participación Social, Departamento. Subdirección Gestión Asistencial, Servicio de Salud Iquique, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, con fecha 3 de septiembre del 2008, se puede señalar que se invitó para el día 8 de septiembre ha participar en una Mesa de Trabajo de la Carta de Derechos y Deberes, en la dependencia del Servicio de Salud, además se solicita un estado de avances de la carta. Dicha invitación es distribuido ha: Hospital Comunitario de Salud Familiar (HCSF) y Hospital Ector Torres Galdes (HETG), corporación Municipal de desarrollo Iquique (CORMUDES) área departamento de salud y participación, consultorio Videla, consultorio Sur, consultorio Cirujano Guzmán y consultorio Aguirre.

De acuerdo al Ordinario N° 1369, Referencia; Envía acta de reunión de Participación y citación próxima reunión (7 de octubre 2008), MVZ/CMA, Departamento SDGA, Servicio de Salud Iquique, Ministerio de Salud, Gobierno de

Chile, con fecha 3 de octubre del 2008. En el documento se expone el acta de la tercera reunión del día 8 septiembre del 2008, en el cual se invita a participar en la cuarta mesa de trabajo para el 7 de octubre en dependencias del servicio de salud. Dicha invitación es distribuido a el consultorio de Pica, consultorio P. Pulgar, consultorio Cirujano Guzmán, consultorio Sur, consultorio Videla y consultorio Aguirre, dos hospitales el HCSF y el HETG, la CORMUDES del área del departamento de salud y participación, y los Encargados de departamento de salud: pozo Almonte, Huara, Camiña y Colchane.

De acuerdo al Acta de la tercera reunión de la Mesa de Participación Provincial, MVZ/RMO/CMA Departamento SDGA, Servicio de Salud Iquique, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, con fecha 8 de septiembre del 2008. Se puede señalar que en el documento se explicita que se acordó un compromiso con las instituciones de crear la Carta de Derechos y Deberes, propuesto por la directora del Consultorio Sur, convocando a los consultorios; Videla, Aguirre, Sur y a dos hospitales HCSF y el HETG.

Documento titulado “Enfoque de derecho en salud, satisfacción ciudadana y carta de derechos” de la Unidad de Participación, Servicio de Salud Iquique, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, no se detalla fecha. En dicho documento se expresa que el 26 de julio del 2006 la presidenta Michelle Bachelet presentó el proyecto de ley que regula los derechos y deberes, el cual es aprobado el 2007. Para mejorar la gestión la subsecretaria de redes asistenciales del ministerio de salud, ha propuesto en el 2008 que todos los establecimientos de la red cuenten

con una carta. Dado que apelan que a través de esta ley se supone “generar espacios de deliberación y reflexión... Recogiendo la revaloración de los aspectos no médicos de la atención en salud”. El documento expone la propuesta de trabajo de la construcción de la carta de la red del servicio de salud Talcahuano titulándola “propuesta para las cartas de derecho y deberes” en dicho documento se expresan 3 Ítems: el primer ítem apela a una cercanía con una lógica de cogestión, el segundo ítems apela que el encargado de participación u OIRS tiene la responsabilidad de resguardar el cumplimiento de las normativas y el tercer ítem señala que el usuario externo será presidente de consejo de desarrollo quien velara por el cumplimiento del programa. A su vez este proceso deberá realizarse en dos diálogos uno con la comunidad y otro con los funcionarios. Y la comisión de trabajo será la responsable de seleccionar los contenidos. A su vez en el documento se expone lo que deberá contemplar la carta: de 5 a 8 derechos y deberes tanto a los internos como los externos, además de ser párrafos cortos y sencillos. A si mismo se expone un cronograma mensual de los productos esperados de Junio a Septiembre. En Junio se debería realizar socialización interna y externa del proceso, diálogos o foros funcionarios, en Julio se debería realizar reuniones comisión de trabajo, elaboración de carta de derechos. En Agosto se debería realizar una asamblea bi partita con funcionarios / usuarios para la sanción de la carta, elaboración carta y en Septiembre asamblea final bi partita para la sanción de la carta de derechos, e hito de presentación carta de derechos a la comunidad y funcionarios (esta

segunda asamblea se realizará en el caso que no se llegue a acuerdo en la primera).

De acuerdo al Memorándum N° 0256, MATERIA; Remite Pauta de Trabajo y solicita trabajar cartas de Derechos y Deberes Usuarios. Dr. ASE/ACHA/rpt, Hospital Comunitario de Salud Familiar, Servicio de Salud Iquique, Gobierno de Chile, con fecha 22 de septiembre 2008. En el documento se señala el acuerdo al compromiso de Participación Social, se solicita trabajar en la construcción de la Carta Derechos y Deberes de los usuarios. A su vez se establece una propuesta, que consta de tres ítems; 1- El propósito de generar un trato más cercano y de respeto. Crear la carta desde una logística de cogestión y trato cercano. 2.- La responsabilidad caerá en el encargado del área, debiendo resguardar el cumplimiento de las normativas. 3.- Se debe realizar a través de reuniones mensuales con representantes de Juntas Vecinales y Organizaciones Sociales, quienes al final del trabajo deberán elegir un representante para participar con el (SSI). A su vez esta propuesta apela que las cartas deberán contemplar: 5 a 8 derechos y 5 a 8 deberes tanto para los internos como para los externos. A su vez deberán ser párrafos cortos y sencillos.

De acuerdo al Acta de la Reunión, con Fecha 24 de septiembre del 2008. Se registro un documento manuscrito que cuenta con siete Derechos y siete Deberes. Por lo que desde la lectura que se puede transcribir del dicho manuscrito, en base a los derechos y deberes, el primero por lo general como derecho y el segundo como deber, se exponen textual: 1.- Trato humanizado (desde nombre y función), empatía frente a relato, 2.- Explicar diagnóstico y/o a seguir de forma clara, con vocabulario sencillo – seguir el “Ho” como indica el médico, 3.- Tener atención oportuna en prestaciones de salud – asistir a la atención de profesional y/o avisar en forma oportuna si no se va a asistir a la consulta 4.- Tener hora de especialistas en HCSF – solicitar a las autoridades respuesta sobre la contratación de especialistas, 5.- Atención segura y consecuente frente a diagnóstico emitidos por urgencia – asistir al servicio de urgencia cuando la patología acredite de este servicio, 6.- Dar información del usuario que queda en observación 6.- que la fila espere de forma tranquila la información 7.- Derecho que se realice una correcta.....al usuario. Deber Informar veraz alergias y patologías crónicas pre existentes. Fecha Prox. Sra. G.R y Sr. D.O.

En base al documento titulado “Propuesta a construcción de carta de Derechos y Deberes usuarios – externos” con la misma fecha 24 septiembre

2008, del Hospital Comunitario de Salud Familiar, del Servicio de Salud Iquique, Gobierno de Chile. Se señala una propuesta de la Carta, que cuenta con 12 derechos y 12 deberes. Dichos derechos y deberes son los mismos que se expone en el documento que prosigue sobre la carta de derechos y deberes oficial. En la propuesta Participaron: unidades vecinales y otras organizaciones sociales HCSF, representantes a reunión: G.C.L., Presidenta JV Pioneros del Desierto (sector sol) y D.A.L., Presidenta JV La Pampa (sector Luna).

Según Documento Titulado “Cartas de derechos y deberes usuarias – Externos Hospital Comunitario Salud Familiar Dr. Héctor Reyno Gutiérrez de Alto Hospicio”, publicado desde Alto Hospicio, Hospital Comunitario de Salud Familiar, Servicio de Salud Iquique, Gobierno de Chile, con fecha 24 de septiembre del 2008, que participaron las Unidades Vecinales y Otras organizaciones sociales del HCSF, es el documento oficial, en el se exponen 12 derechos y 12 deberes. Desde los derechos: (Identificar al personal y/o funcionario que atiende. (nombre y función, Trato humanizado, empatía frente a relato, Explicación de diagnóstico, síntomas y tratamiento a seguir de forma clara y con un vocabulario sencillo, A recibir atención oportuna en prestaciones de salud, de acuerdo a su enfermedad y prestaciones brindadas por el establecimiento, Atención segura y consecuente frente a diagnósticos emitidos en unidad de Urgencia, Recibir la información del usuario que queda en observación en unidad de Urgencia, Que se realice una correcta anamnesis al usuario, De mantener su privacidad en el proceso de atención, A la confidencialidad de toda la información relacionada con el proceso de su enfermedad, A no ser sometido a proyectos con fines docentes sin previa autorización, A presentar sus sugerencias y reclamos en relación a su proceso de atención, como a su vez recibir su respuesta correspondiente y A recibir información solicitada referente a su proceso de enfermedad y atención en salud.) Y desde los Deberes (De tratar con respeto al personal del establecimiento, a los demás usuarios y a sus acompañantes, Comentar de forma clara y oportuna los síntomas, y ser verás en el relato, Seguir y cumplir con el tratamiento, según las indicaciones recibidas, De responsabilizarse y asistir a las atenciones solicitadas, del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el establecimiento. Avisar oportunamente si no va asistir, Asistir al servicio de Urgencia cuando realmente la patología lo amerite en este servicio, Esperar de forma tranquila la información. (acompañante y/o familiar), Informar verazmente y oportunamente de alergias y patologías pre-existentes, Colaborar en el cumplimiento de las normas e instrucciones establecidas en el establecimiento, De cuidar las instalaciones y de

colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad del establecimiento, De solicitar información sobre las normas de funcionamiento de la institución y los canales de comunicación, De utilizar las vías de reclamos y sugerencias a través de los mecanismos actualmente vigentes y De exigir que se cumplan sus derechos.)

En base al documento titulado “Propuestas a construcción de cartas de derecho y deberes usuarios – internos” del HCSF, Servicio de salud Iquique, Gobierno de Chile, no detalla fecha. Cuenta con 31 derechos y 32 deberes, En los cuales 16 derechos y 18 deberes es para los internos 15 derechos y 14 deberes es para los externos. En base a los 16 Derechos expuestos a los Internos son: Respeto de licencias y no ser molestados durante el período de reposo, No ser interrumpido mientras se efectúa la atención clínica y que el usuario llegue 10 minutos antes de la hora establecida, No ser interrumpido durante los períodos de colación, Que el usuario se refiera al funcionario con un vocabulario adecuado y buen trato, Al respeto a su integridad como persona y como funcionario de un establecimiento público, A ser defendidos y a exigir que la institución a que pertenecen persiga la responsabilidad civil y criminal de las personas que atenten hacia su persona, A participar en actividades de capacitación según las normativas vigentes, A recibir asistencia en caso de accidente en actos de servicio o de enfermedad contraídas consecuencia del desempeño de sus funciones, Hacer uso de feriado cumplido efectivamente un año de servicio, A percibir por sus servicios las remuneraciones y asignaciones que establezca la ley, en forma regular y completa, A afiliarse a los servicios de bienestar en los casos y condiciones que establezca su estatuto, Al goce de remuneraciones en caso de presentar licencia médica, tramitada e informada según tiempos normados, Derecho a ser respetado por el usuario tomando en cuenta que el funcionario siempre hará lo que sea mejor para los usuarios, Derecho a ser escuchado por el usuario cuando entrega la información sobre la terapia debido a que es en beneficio para ellos mismos, Derecho a tener un buen trato por parte de los usuarios ya que el funcionario siempre tendrá buena disposición hacia ellos, Derecho a ser comprendido; el usuario debe comprender que el funcionario debe atender en forma personalizada a cada uno para poder dispensar de correctamente los medicamentos. Y a los 18 Deberes expuestos a los Internos son: Presentación personal adecuada (higiene, vestuario, identificación), Iniciar la atención en la hora establecida y no retirarse del lugar de trabajo antes del término de bloque o jornada, Respetar el horario de colación establecido por la

institución, Efectuar una atención adecuada con buen vocabulario y trato, Cumplir con horario de jornada de trabajo, A desempeñar su cargo en forma permanente durante la jornada de trabajo, Obedecer las órdenes impartida por su superior jerárquico, Cumplir con la probidad administrativa, que implica una conducta funcionaria moralmente intachable y una entrega honesta y leal al desempeño de su cargo, Guardar secreto en los asuntos en los asuntos que revisten el carácter de reservado, Entregar un trato amable y respetuoso a todo usuario del sistema ya sea externo o interno, Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad del establecimiento, Hacer uso racional de los recursos del establecimiento, Deber de atender amablemente al usuario; el funcionario deberá tener la mejor disposición hacia los usuarios, Deber de preparar a conciencia las prescripciones y revisarlas para no cometer errores que puedan causar daño al usuario, Deber de informar sobre cómo debe realizar su farmacoterapia al usuario; aunque el usuario conozca su terapia el funcionario deberá de igual manera volver a repetírsela para asegurar que la cumpla correctamente, Deber de velar por el buen uso de los medicamentos; cuando el usuario esté tratando de abusar de los medicamentos ó esté cumpliendo mal su tratamiento y estos no le alcancen para el periodo por el cual fueron entregados, Ser multifuncional es decir debe poder orientar y ayudar al usuario ya sea con temas referentes a farmacia o a otras áreas del hospital derivándolo correctamente cuando corresponda, para así dar solución a las necesidades de los usuarios. Y en base a los 15 derechos expuestos para los Externos son: A conocer su equipo de cabecera, A recibir una atención integral y de calidad, A recibir una atención oportuna, A ser tratados con respeto, A recibir una atención personalizada, A conocer su diagnóstico y tratamiento, A conocer la planta física, A conocer calendario y fechas de agendas, A participar en las actividades comunitarias del hospital, A manifestar sus inquietudes, sugerencias y felicitaciones, A recibir respuesta a sus reclamos y sugerencias, Recibir remuneraciones como corresponde, incorporando bonos respectivos, A mantener dialogo abierto dentro de la jefatura hacia los funcionarios, Proponer soluciones de diferencias en servicios en los servicios, A un ambiente de seguridad, confort y ambiente grato para trabajar. Y los 14 deberes expuestos para los Externos son: A cumplir con las citaciones, A mantener el respeto con el personal, A respetar los horarios estipulados por la institución, A cumplir sus tratamientos, A mantener una higiene adecuada, A cuidar la planta física e infraestructura del hospital, A informar su llegada, A comunicar su inasistencia o cancelar su cita, A traer en buen estado documentos, carnets y exámenes, Puntualidad, Buen trato hacia los usuarios y compañeros de

trabajo, Respeto hacia nuestros superiores y compañeros de trabajo, Atención sin discriminación a nuestros usuarios, Honestidad y lealtad hacia el servicio. Y los participantes fueron el equipo de salud sectores HCSF, unidad de urgencia y unidad de apoyo diagnóstico y tratamiento.

Subcategoría: Consejos de Sociedad Civil

Comité Vida Chile

De acuerdo a “*Pauta de Programación Planes comunales de Promoción de salud*”, obtenido del área de Participación Social del HCSF, se determina que el Comité Vida Chile dentro de sus líneas programáticas para el año 2008 planificó estrategias para lograr mejorar la calidad de vida de la Comuna involucrando en cada una de sus acciones de PROMOCIÓN, a los diferentes sectores públicos, privados y comunitarios pertenecientes a la ciudad, haciendo de esta un compromiso de todos en la Salud Física, Mental y Social de la población. En esta pauta en primera instancia se determinó la identificación de la comuna la cual corresponde a Alto Hospicio y además la identificación del coordinador comunal de promoción de salud que en este caso es la Directora de Servicios Traspasados y encargado de promoción comunal. Posteriormente, se describe el diagnóstico participativo en el cual se señala que una de las metodologías para la planificación participativa para abordar la promoción de la salud de la población fue lograda a través de reuniones sostenidas en el Consultorio Pedro Pulgar y en el colegio Juan Pablo II, utilizando en ambos eventos ampliados, la técnica de la lluvia de ideas y mesas redondas.

Estas reuniones las organizó el equipo de promoción de la salud, tanto en las actividades programadas por el Consejo de Salud Local de Alto Hospicio y el Comité “Vida Chile”, de la municipalidad. Los integrantes del intersector, agrupaciones comunitarias funcionarios del área social, integrantes del equipo de promoción del consultorio y funcionario de la municipalidad en su calidad de representante del alcalde, que conforman el comité “vida chile”, y que participaron en estas reuniones, realizando diversas actividades durante el año 2006 y 2007 de promoción, son: Juntas vecinales y otros organismos de bases, colegios y jardines infantiles, instituciones y municipalidad.

Según documento anterior, entre las áreas y problemas planteados por la comunidad y el equipo Vida Chile en las reuniones realizadas con el Consejo Local y Comité VIDA CHILE se identificó:

- Insuficiencia de infraestructura y falta de funcionarios en el consultorio “Pedro pulgar” para la atención de la población de la comuna
- Problemas ambientales: como presencia de malos olores por la existencia de lagunas, vertederos y basurales clandestinos. existencia de vectores
- Aumento de VIF, drogadicción, delincuencia, narcotráfico, y alcoholismo.
- Existencia de sitios eriazos con falta de iluminación en algunos sectores y adolescentes que abandonan el sistema escolar
- Dificultad de acceso a los servicios públicos y otras instituciones o centros recreativos, debido a que no existen en la comuna y deben pensar en trasladarse a la ciudad de Iquique

Los problemas laborales que se identificaron fueron:

- Falta infraestructura y dotación planta consultorio y municipalidad.
- Falta de ofertas de trabajo en la comuna de alto hospicio.
- Falta de vivienda en Iquique, obliga a que el SERVIU planifique programas de viviendas en alto hospicio, con la consiguiente tasa de cesantía y allegados en nuestra comuna.
- Hacinamiento y promiscuidad producto de programas de viviendas sociales que no satisfacen una necesidad básica de confort habitacional donde las soluciones habitacionales tienen un área para convivir de 3 metros por 7 metros, donde lo que se entrega construido corresponde a 15 metros cuadrados.
- Continua explosión demográfica con consecuencias que llevan a que las viviendas se construyeran y sigan construyendo tan cercanas a los vertederos y lagunas existentes, favoreciendo la proliferación de enfermedades como: hepatitis, tifus, meningitis, bronco pulmonares, sarna, depresión, lumbociatica y otras enfermedades en menor grado, como cefaleas, resfríos.

- Aparición de problemas de hacinamiento y promiscuidad.
- Crecimiento indiscriminado de la delincuencia asociados en muchos casos al narcotráfico, consumo de drogas, VIF
- Aumento de embarazos y problemas de paternidad responsable.
- No se cuenta con fuentes laborales para la demanda de cesantes residentes en alto hospicio.
- Falta de áreas verdes.
- Incremento de micro basurales, donde proliferan los roedores y plagas endémicas, producto de los depósitos de ropas americanas que compra la comunidad para subsistir con su venta.

Los problemas afectan en mayor medida a sectores tales como: sector santa rosa, sector la pampa, sector el boro, población Raúl Retting y tomas de alto molle.

Los instrumentos y técnicas utilizadas para el diagnóstico en el comité comunal de promoción de la salud – vida chile de Alto Hospicio fueron: diagnósticos epidemiológicos aportados por el consultorio en relación a mediana nacional (mapa), participación activa y entrevistas en operativos de salud, plaza ciudadanas, reuniones de gestión entre organizaciones comunitarias, consultorio y redes intersectoriales en conjunto con la SEREMIA y Servicio de Salud de Iquique, entrevistas de coordinación con las redes sociales comunales e intersectoriales, a nivel comunal, provincial y regional, talleres educativos y de capacitación, dictados por las SEREMIA correspondientes de: educación, salud, vivienda, entre otros.

Los problemas priorizados en el comité comunal de promoción de la salud en el sector de tomas y vertederos son: baños químicos comunitarios sin mantención y escasos para la cantidad de familias existentes en la toma de alto molle, pobladores que habitan en el vertedero de alto hospicio, con los consiguientes brotes de enfermedades y refugio de delincuentes.

De acuerdo a la priorización de la población en general fue: la proliferación de ratas, guarenes y vectores en varios sectores poblacionales de la comuna, el aumento del consumo de drogas en diversos sectores poblacionales, el aumento

focos delictuales, el aumento de trastornos en salud mental, por carencia de fuentes laborales, cesantía y el aumento de perros vagos.

El Objetivo General del Plan consistió en: Implementar nuevas estrategias de promoción de la salud, para mejorar los índices de calidad de vida de la comuna, a través de actividades intersectoriales y de participación comunitaria mancomunada.

Los Objetivos Específicos fueron: Lograr que el Comité “Vida Chile” fuese un organismo activo, con integrantes comprometidos con la salud de la población y que generen espacios de promoción, integrando el enfoque cultural; Motivar la participación social de todas las organizaciones comunitarias en la promoción,

como herramienta necesaria para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población; Facilitar el acceso a grupos de extrema pobreza, de vulnerabilidad social, etnias y otros, a los servicios básicos, acercando a la población los recursos, servicios existentes en la comuna y región; Reactivar las redes sociales como entes de apoyo efectivo y resolutivo, en apoyo de la comunidad toda; Prevaler estrategias de promoción hacia grupos sanos de la población con tendencia al sobrepeso en colegios con alto índice de obesidad diagnosticados el año anterior y Reducir los índices de proliferación de ratas y vectores en 4 sectores diagnosticados por la comunidad.

Las intervenciones temáticas en la promoción de la salud fueron: la alimentación y nutrición, actividad física, tabaco, ambiente sano y seguro, zoonosis y vectores, consumo de alcohol (accidentes, violencia), salud sexual, salud bucal, otros componentes (Carnaval de Alto Hospicio, concurso de bandas escolares, aniversario comunal, fiesta de la octava de Tirana chica y san Lorenzo).

Con respecto a la identificación de actividades por área temática se distinguieron actividades comunicacionales, educativas y comunitarias de participación de acuerdo a las áreas temáticas: alimentación y nutrición, educación física, otros componentes factores protectores psicosociales, otros factores ambiente sano, seguro y tabaco.

También en el documento se señala que la formación “Comité Vida Chile Comunal” se realizó en una ceremonia oficial el día 18 de agosto del 2006, en las aulas del Colegio Juan Pablo II, formada por 28 personas de diferentes

organizaciones de base e instituciones a enunciar y presidida por el Sr. Alcalde de la Comuna.

- De acuerdo a “*Programa de Promoción de Salud 2009*”, obtenido de área de participación social del HCSF, se determina que el Comité Vida Chile dentro de sus líneas programáticas para el año 2009 planificó estrategias para lograr mejorar la calidad de vida de la Comuna, involucrando en cada una de sus acciones de PROMOCIÓN, a los diferentes sectores públicos, privados y comunitarios pertenecientes a la ciudad, haciendo de esta un compromiso de todos en la Salud Física, Mental y Social de la población. En esta pauta en primera instancia se determinó la identificación de la comuna que corresponde a Alto Hospicio, como también la identificación del Coordinador Comunal de Promoción de Salud, el Alcalde de la Municipalidad de Alto Hospicio, el jefe Departamento de Salud Municipal, la Directora Consultorio Pedro Pulgar, el Director Hospital Comunitario Salud Familiar A. Hospicio, la Coordinadora Comité Vida Chile, la encargada promoción Hospital Comunitario Salud Familiar.

Posteriormente, se describe el Diagnóstico Participativo en donde se señala que los distintos actores sociales participantes fueron: Juntas Vecinales y otras organizaciones Sociales de base, colegios y jardines infantiles, Instituciones y la Municipalidad de Alto Hospicio.

Entre las áreas y problemas planteados por la comunidad y equipo VIDA CHILE, en reuniones, se ha logrado identificar:

En salud se puede señalar que la población de la comuna bordea los 80.000 mil habitantes, cuyas características que sobresalen están asociadas a factores de riesgo bio-psicosociales, tales como:

- Población adulta joven, con familias en proceso de formación, con niños pre-escolares y escolares.
- Población flotante, sin arraigo en la comuna
- Embarazos adolescente, y de temprana edad (12 años de edad), con escasas redes de apoyo familiar e institucional
- Alta deserción escolar, por factores psicosociales.
- Analfabetismo en población adulta joven (30 años).

- Población pasiva, no existe mayor proyección de superación y concientización de su situación actual, lo que influye significativamente en la sobrecarga de los equipos para el trabajo en salud.

- Patologías de salud mental presentes en todos los ciclos vitales, principalmente Depresiones, víctimas de VIF, trastornos desadaptativos, hiperactividad, consumo experimental de Alcohol - Drogas, y Maltrato Infantil.

- Se hace presente que en la población existe el tráfico y micro tráfico, lo que genera inseguridad ciudadana.

- Familias uniparentales con hijos en edad pre-escolares y escolares.

- Un porcentaje importante de extranjeros en condición de indocumentados, por tanto el acceso a la red pública es dificultosa.

- Alto porcentaje de adultos y adultos mayores, que deben ser sometidos al Sistema de Calificación de Derechos (FONASA), por no tener cotizaciones suficientes para una pensión de sobre vivencia que lo garantice.

- Infraestructura deficiente, más aún si se considera el insuficiente espacio físico (Box) para la atención de población de la comuna.

- Falta de funcionarios en el área, los existentes cumplen una multiplicidad de funciones, para dar respuesta a las demandas de la población.

- La población comunal está en constante aumento, experimentando un crecimiento poblacional acelerado, correspondiente a familias o personas que llegan en busca de oportunidades laborales en la provincia de Iquique, específicamente en la zona franca de Iquique y las zonas mineras.

- Problemas ambientales: como presencia de olores nauseabundos por la existencia de lagunas, vertederos y basurales clandestinos. Presencia de vectores como garrapatas, moscas, proliferación de perros callejeros infectados por sarna, o sanos, que son abandonados en las laderas o quebradillas de alto hospicio desde la ciudad de Iquique.

- Existencia de sitios eriazos con falta de iluminación en algunos sectores (problemas de vandalismo hacia el alumbrado público).

En el ámbito Laboral se identificaron:

-Falta de fuentes y oportunidades en la comuna, la mano de obra adulta, mujeres jefas de hogar y adolescentes que abandonan el sistema escolar.

- La comunidad de Alto Hospicio tiene dificultad de acceso a los servicios públicos y otras instituciones o centros recreativos, debido a que no existen en la comuna.

De acuerdo a lo anterior se puede señalar que los grupos o ciclos vitales más impactados corresponden al infantil, adultos mayores, mujeres jefas de hogar, víctimas de Violencia Intrafamiliar (VIF), adolescentes con deserción escolar, grupos culturalmente diferenciados, quienes habitan mayoritariamente en los siguientes sectores de la comuna: Sector Santa Rosa, Sector La Pampa, Sector El Boro, Población Raúl Rettig, Tomas de terreno en los alrededores del Ex Vertedero “La Pampa” y Familias que habitan al interior del Vertedero Municipal.

Según instrumentos y técnicas utilizadas para el diagnóstico en el Comité Comunal de Promoción de la Salud – Vida Chile de Alto Hospicio, en las reuniones se utilizaron diversas estrategias de acuerdo a las formas de trabajo establecidas en los establecimientos, según las propias demandas de su población beneficiaria, quienes son representadas por los Consejos Locales de Salud que ejercen un rol de co-responsabilidad para la toma de decisiones de sus representados, en el Consejo de Salud Local de su Centro de Salud y el Comité “Vida Chile”, de la comuna, a través de, las representaciones y participación permanente en reuniones de gestión y coordinación técnica entre establecimientos de salud de la comuna y las redes intersectoriales, SEREMIA de Salud y Servicio de Salud Iquique. Además se encuentra la participación activa y entrevistas en operativos de salud, plazas ciudadanas, patios abiertos y ferias comunitarias, talleres educativos y de capacitación que se desarrollan a través de los programas salud y otros que se imparten por otras instituciones como Educación, Salud, Vivienda, Justicia, entre otras.

De acuerdo al documento en el sector tomas y vertederos se lograron identificar los siguientes problemas priorizados: Baños químicos comunitarios sin mantención y escasos para la cantidad de familias existentes en la toma de los alrededores del ex – vertedero La Pampa y Pobladores que habitan en el

vertedero municipal, con los consiguientes brotes de enfermedades y refugio de delincuentes.

Mientras que en la población general se identificaron los siguientes problemas: Existencia de lagunas de tratamiento de aguas servidas, cercanas a las poblaciones. Administradas por Aguas del Altiplano, problema de resolución particular, proliferación de ratas, guarenes y vectores en varios sectores poblacionales de la comuna, aumento del consumo de drogas en diversos sectores poblacionales, aumento focos delictuales, aumento de trastornos en salud mental, por carencia de fuentes laborales, cesantía y aumento de perros vagos.

A la vez se lograron identificar otros problemas no priorizados por la comunidad como importantes, en el Comité Vida Chile: Obesidad y Actividad Física, Consumo experimental de tabaquismo, alcohol y/o drogas desde edades escolares, Problemas de salud bucal, Salud sexual y reproductiva, embarazos de adolescentes, Aseo Domiciliario, Limpieza del frontis de sus hogares, Aseo y Ornato de sus viviendas y espacios públicos aledaños, Insuficiente cuidado de las plazas y bienes públicos.

De acuerdo al Plan de Promoción de Salud su objetivo general fue: Contribuir a la promoción de la salud a través de los cambios de estilos de vida saludable, para disminuir la aparición de problemas de salud de mayor prevalencia epidemiológica y otras enfermedades derivadas de la obesidad, sedentarismo, tabaquismo, salud mental de la comuna, mediante actividades intersectoriales y de participación comunitaria.

Los objetivos específicos fueron: Motivar y mantener la activa participación de la comunidad organizada e intersector en el Comité Vida Chile, a fin de generar compromisos con la salud de la población, Promover los cambios de hábitos alimenticios de la población beneficiarias de los establecimientos de salud de la comuna, mediante acciones educativas e intervenciones integrales de los equipos de salud, Crear e implementar el desarrollo de planes de actividad física, en coordinación con los programas de Estilos de Vida Saludable de la población infantil, adolescente, adulta y adulta mayor, Contribuir al respeto de los derechos de la población no fumadora, a través de la creación de ambientes libres del humo del tabaco, Estimular la creación y desarrollo de actividades artístico/culturales y

recreativas, deportivas en la comunidad de Alto Hospicio, como un factor psicosocial protector para la salud, Facilitar el acceso de la población a los servicios e instituciones presentes en la comuna, acercando a las poblaciones los recursos existentes, mediante actividades, como las ferias comunitarias, patios abiertos en escuelas y operativos de salud y Facilitar el acceso de la población a los servicios coordinados con el intersector y con las redes sociales de la OPD, Red social comunitaria, etc.

Las intervenciones temáticas en la promoción de la salud fueron: la alimentación y nutrición, actividad física, tabaco, ambiente sano y seguro, zoonosis y vectores, consumo de alcohol (accidentes, violencia), salud sexual, salud bucal, otros componentes (carnaval de Alto Hospicio, Festival de la voz infantil, participación juntas vecinales, anfiteatro Plaza de Armas, aniversario comunal y Mejorando el sistema de acceso a la atención de salud).

Con respecto a la identificación de actividades por área temática se distinguieron actividades comunicacionales, educativas y comunitarias de participación de acuerdo a las áreas temáticas: alimentación y nutrición, actividad física, tabaco, ambiente sano y seguro, zoonosis y vectores, consumo de drogas y alcohol (accidentes y violencia), salud sexual, salud bucal, salud mental, otros componentes (factores psicosociales).

Finalmente cabe destacar que el Comité Vida Chile está conformado por Instituciones del intersector y personas y/o dirigentes de las diferentes Organizaciones funcionales de la comuna, presidida por el Sr. Alcalde de la Comuna y en su representación los coordinadores comunales del Comité "Vida Chile" Comunal, que actualmente año 2009 continuarán su participación y otras que se integrarán voluntariamente al trabajo en vías de mejoramiento de la salud de la población de la comuna:

- E. G. Jefe del Departamento de Salud MAHO
- G. A. Directora Consultorio "Pedro Pulgar"
- A. S. Director Hospital Comunitario de Salud "Dr. Héctor Reyno Gutiérrez"
- O. Z. Departamento de Deporte y Recreación MAHO

- R. R. Dirigente Vecinal
 - M. E. J. de Vecinos “Mario Miranda”, sector santa Rosa
 - O. G. JV “San Lorenzo” LP
 - F. B. Centro de Reiki “Amor Angelical” La Tortuga
 - G. C. Dirigente Vecinal
 - C. V. Dirigente Vecinal
 - S. C. Radio Flores del Desierto
 - A. L. DIDECO – OPD /MAHO
 - P. C. Escuela Lenguaje Oasis del Saber
 - C. G. Colegio Rupanich School
- Representantes Servicio Salud Iquique
- Representantes SEREMIA de Salud Tarapacá
- A. V. Dirigente Vecinal, sector Santa Rosa
- Responsable Radio “Nikol” Sector La Negra (radio comunitaria)
- E. G. Presidente de la Asociación Adulta de Fútbol de A. Hospicio

-Según “*Planes Comunales de promoción de salud convenios 2009, Pauta de evaluación plan comunal de promoción de la salud*”, obtenido de área de participación social del HCSF, se determina que la evaluación del Plan todavía sigue en ejecución y además se menciona que existen dificultades para aportar al cumplimiento del plan de trabajo, en cada sector prima los objetivos institucionales que son.

En primera instancia se señalan los objetivos del plan comunal de promoción de salud del año 2009.

Luego se señalan los indicadores de cumplimiento productos del plan de acuerdo a las áreas temáticas identificadas. Los componentes de la evaluación son: producto esperado, actividades, indicador de meta, % de cumplimiento,

medios de verificación, recursos programados, recursos ejecutados, saldo al 31 de diciembre del 2009.

En el primer ítem del área temática Alimentación los productos esperados son los siguientes:

-Cantidad de niños con disminución de mal nutrición el cual tiene como indicador de meta la atención de 300 menores para disminuir la mal nutrición que le afecta, su porcentaje de cumplimiento es de un 100%.

-Número de talleres educativos, el cual tiene como indicador de meta la educación sobre la alimentación saludable y talleres de educación física teórico – prácticos al interior de las unidades educativas, su porcentaje de cumplimiento es de un 50%.

- Número de establecimientos que incorporan y aumentan la actividad física, no se señala indicador de meta y su porcentaje de cumplimiento es de 100%.

En este ítem los medios de verificación son: el REM, Medios audiovisuales, Paneles, Dípticos, Charlas educativas, Plaza, Feria ciudadana y Operativos Comunitarios.

Con respecto al segundo ítem cabe señalar el producto esperado Número de participantes, el cual tiene como indicador de meta la participación de 06 establecimientos educacionales, 20 juntas vecinales, 5 grupos de adultos mayores en las actividades a organizar en los establecimientos de salud y su porcentaje de cumplimiento es de un 100%. En este ítem los medios de verificación son: REM, Fotos talleres, Patios abiertos – colegios y entrega de folletería y piochas.

En el tercer ítem el primer producto esperado es Número de talleres y su indicador de meta es Implementación de Talleres de Activ. Física y Alimentac. Saludable. El segundo producto esperado es Tipo de implementación y su indicador de meta es Implementación y realización de Actividad física en pacientes Crónicos (J. Vecinal 29 Enero) y Piscina semi olímpica El Boro. El tercer producto esperado es Número de participantes y su indicador de meta es Continuación de Talleres de A. Mayor (Club Amame). Para los tres indicadores de

metas el porcentaje de cumplimiento es 100% y sus medios de verificación son: Registro fotográfico y Contratación docente educación física.

En esta área temática los recursos ejecutados fueron 930.000 de 1.200.000 recursos programados.

En cuanto al área Actividad física se señala que el producto esperado es incrementar la participación ciudadana en los eventos deportivos de la comuna, con el objeto de mejorar la calidad de vida y salud mental, el cual tiene como indicador de meta el número de eventos y participantes, no señala porcentaje de cumplimiento por falta de evaluación de la municipalidad.

En esta área temática se menciona como medios de verificación el Registro fotográfico, Continuidad contratación docente educación física y Continuidad de funcionamiento piscinas municipales. De acuerdo a los recursos se puede señalar que se ejecutaron 1.000.000 de 1.000.000 programados para este producto.

En el primer y segundo ítem del área temática Tabaco se señalan los siguientes productos esperados: involucrar a 4 colegios y 5 juntas vecinales en la ley del tabaco, acreditar 3 colegios, previos talleres realizados, reacreditar 5 colegios y acreditar 4 familias. De acuerdo a estos productos no se trabajan los indicadores de metas y los porcentajes de cumplimientos.

En el tercer ítem se señalan los siguientes productos:

- Realizar 300 consejerías en cada establecimiento de salud, el cual tiene como indicador de meta la realización de las 300 consejerías en cada establecimiento de salud y su porcentaje de cumplimiento es de 66%.

- Realizar consejerías en 5 escuelas o liceos, a contar desde el séptimo año básico, no se señalan indicadores de metas y porcentajes de cumplimiento.

En esta área temática no se señalan los medios de verificación y los recursos utilizados.

El primer producto esperado del área temática ambiente sano y seguro es la recuperación de espacios comunitarios y recreativos para la comuna de Alto

Hospicio, el cual tiene como indicador de meta el porcentaje de áreas verdes recuperadas y forestadas y porcentaje de cumplimiento de un 95%.

El segundo producto esperado es prevención de la Delincuencia y el Delito a través del Diseño Urbano integral, el cual tiene como indicador de meta el Porcentaje de luminarias instaladas y recuperadas y no tiene porcentaje de cumplimiento. Para estos dos productos los medios de verificación son los siguientes: Registro fotográfico y prensa local, Difusión en radio comunitaria y prensa local y Ceremonia de inauguración de la sede.

En cuanto a los recursos se puede señalar que se ejecutaron 2.000.000 de 2.000.000.

En cuanto al área zoonosis y vectores se determinan los siguientes productos esperados:

- Fumigación, y desratización en sectores emblemáticos de la comuna, el cual tiene como indicador de meta Número de organizaciones sociales que solicitan operativos y su porcentaje de cumplimiento es 100%.

- Atención por veterinario y educación sobre la tenencia responsable de mascotas, el cual tiene como indicador de meta el Número de mascotas vacunadas y su porcentaje de cumplimiento es 100%.

En esta área los medios de verificación utilizados son los siguientes: Registro fotográfico, Difusión en radio comunitaria y prensa local, Registro de Asistencia y contratación de servicios profesional veterinario de asistencia a operativos de salud y Registro de asistencia a patios abiertos. Con respecto a los recursos de se puede señalar que se ejecutaron 200.000 de 200.000 programados.

En el área consumo de alcohol y drogas (accidentes y violencia) se identifican los siguientes productos esperados:

- Incrementar el conocimiento de redes de apoyo comunal e institucional, el cual tiene como indicador de meta Número de patios abiertos en que se participa en colegios de la comuna y su porcentaje de cumplimiento es de 100%.

- Talleres de educación en alcohol y drogas, en colegios, el cual tiene como indicador de meta las Consejerías e intervenciones realizadas que corresponde al 25% del porcentaje de cumplimiento.

- Coordinar acciones con la red OPD 2009, el cual tiene como indicador de meta Número de consejerías y número de atenciones y su porcentaje de cumplimiento corresponde al 100%.

En esta área no se señalan los medios de verificación utilizados y los recursos ejecutados y programados.

En el área de salud sexual se identifican los siguientes productos esperados:

- Lograr la realización de talleres en 4 colegios, el cual tiene como indicador de meta el número de talleres realizados y número de participantes y su porcentaje de cumplimiento corresponde al 50%.

- Lograr la participación de 6 consejeras y la atención de 1000 pacientes de 15 y más años, en los establecimientos de salud, el cual tiene como indicador de meta el número de consejerías y número de atenciones y su porcentaje de cumplimiento corresponde al 100%.

- Formación de consejeros en VIH, no se señala cual es su indicador de meta, su porcentaje de cumplimiento corresponde al 100%.

En esta área los medios de verificación utilizados son: REM, Registro de asistencia talleres colegios y Asistencia de psicólogo y matrona a charlas colegios. En cuanto a los recursos utilizados se puede señalar que se ejecutaron \$100.000 de \$300.000 programados.

En el área salud bucal los productos esperados son los siguientes:

- Lograr 3000 niños y niñas acudan a los diferentes centros y operativos de salud para aprender técnicas del cepillado, el cual tiene como indicador de meta el número de educaciones realizadas y número de participantes y su porcentaje de cumplimiento corresponde al 85%.

- Lograr que 2000 familiares reciban educación en salud bucal, el cual tiene como indicador de meta el número de educaciones individuales a los padres de los pacientes tratados y su porcentaje de cumplimiento corresponde al 85%.

-Lograr prevenir caries 2000 educandos, el cual tiene como indicador de meta el número de alumnos intervenidos y su porcentaje de cumplimiento corresponde al 50%.

En esta área el medio verificador utilizado es el REM y no se señala cuales fueron los recursos utilizados.

En el área salud mental se identifican los siguientes productos esperados:

- Lograr una atención integral en las mujeres víctimas de VIF, el cual tiene como indicador de meta el número de mujeres ingresadas y tratadas en el programa y su porcentaje de cumplimiento corresponde al 100%.

- Mantener y desarrollar actividades permanentes para el autocuidado de los equipos, el cual tiene como indicador de meta el número de actividades desarrolladas y número de funcionarios que participan en las actividades y su porcentaje de cumplimiento corresponde a 100%.

- Lograr la participación en 6 eventos masivos a nivel escolar y vecinal, el cual tiene como indicador de meta el número de actividades realizadas y número de participantes en los eventos y su porcentaje de cumplimiento corresponde al 50%.

En esta área los medios de verificación utilizados son: REM, Registro de asistencia talleres colegios, Registro de asistencia jornadas de autocuidado y Registro de Asistencia realización de talleres. Con respecto a los recursos de se puede señalar que se ejecutaron \$100.000 de \$400.000 programados.

En el área otros componentes los productos esperados son los siguientes:

- Lograr la ejecución del cuarto carnaval, el cual tiene como indicador de meta el número de juntas vecinales y otras organizaciones comunitarias participantes y su porcentaje de cumplimiento no está determinado por la municipalidad.

- Lograr la ejecución del cuarto carnaval, el cual tiene como indicador de meta el número de asistentes al evento y su porcentaje de cumplimiento es 0% señalando que la actividad no se realizó.

- Realizar el Quinto aniversario con la participación de organizaciones funcionales e instituciones de la comuna, el cual tiene como indicador de meta el número de participantes de Juntas Vecinales y su porcentaje de cumplimiento no está determinado por la municipalidad.

-Instalación de un sistema digital de dación de horas, por grupos prioritarios, el cual tiene como indicador de meta el número de grupos participantes y su porcentaje de cumplimiento es de 50% (HCSF).

En esta área no se señala cuales fueron los medios de verificación y los recursos utilizados.

En cuanto a la cobertura poblacional de las actividades del plan se puede señalar que se logro la participación de 44.283 beneficiarios directos y la participación de 20 organizaciones en el plan.

En el documento no se señala el número de beneficiarios directos logrado según sexo y edad. Tampoco se especifica la gestión financiera del plan.

-De acuerdo a “Acta N°1 Reunión con representantes de organizaciones del HCSF”, del área de participación social con fecha 26 de Junio del 2009, se establece la Formación del Comité Vida Chile en el HCSF – Plan de Promoción. Se planteó el tema y acuerda realización de reunión específica para el día 02.07.2009 a las 16:30 hrs. en dependencias del HCSF, quedando conformado el grupo de representantes que iniciará el trabajo; siendo los siguientes: G. C., JV Pioneros del Desierto – Autoconstrucción; R. V., JV Jaime Guzmán, - La Pampa; R. U., JV Nuevo Despertar – La Pampa; P. A., JV Sol Naciente – La Pampa y M. M., JV Nuevo Despertar – La Pampa

-Según “Acta N°2 Reunión con representantes de organizaciones del HCSF”, del área de participación social con fecha 02 de Julio del 2009, se expusieron los lineamientos estratégicos considerados y propuesta de trabajo planteada a equipos de salud, análisis y discusión de los mismos con los partícipes a la actividad. Además se establecieron compromisos desde los representantes comunitarios, el detalle de cada condicionante social considerada debió trabajarse por los equipos de cada sector. Los lineamientos generales del HCSF fueron enviados a los coordinadores de cada sector, previo a reunión. Como acuerdo se asumió que una vez recabada la información desde los sectores, deberá quedar inserta en el Plan Comunal de Promoción Vida Chile. También se detalla la fecha de la próxima reunión de trabajo de comisiones, la que se realizó un día jueves 06 de agosto del 2009, en dependencias del HCSF.

Consejo de Participación Social Servicio de Salud.

-Según “*acta de constitución consejo de participación social en salud del servicio de salud Iquique*”, del Servicio de Salud Iquique, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, con fecha 18 de diciembre del 2008, se constituye el consejo de participación social en Salud, en cumplimiento a las líneas programáticas del MINSAL, para la implementación del programa 2008.

De acuerdo al mismo documento se señala que los integrantes, representantes de las Comunas de la región de Tarapacá y de la dirección del Servicio de Salud de Iquique, cumplirán el rol de: Seguimiento de los programas de mejoras que se establezcan en los establecimientos de la Red. Fomento del trabajo en Red de los componentes de los equipos de salud y comunidad organizada.

Impulsar y resguardar el proceso de desarrollo de la participación social en la red de salud, zanjando situaciones que se presenten en la ejecución del programa, estableciéndose como propósito fundamental el de colaborar en la ejecución y evaluación del desarrollo de los consejos de desarrollo de la red de salud, la instalación de presupuestos participativos, carta de deberes y derechos, participar en la confección de las cuentas públicas.

Luego de la constitución se fija fecha para reuniones ordinarias cada dos meses, y para dar curso a las actividades señaladas se fija una reunión para el viernes 9 de enero del 2009, a las 15:30 hrs. En Aníbal Pinto 815 quinto piso.

Para la constancia del acta de constitución firman los representantes del consejo de desarrollo consultorio Guzmán, consejo de desarrollo consultorio Sur, consejo de desarrollo consultorio Videla, consejo de desarrollo consultorio Pedro Pulgar, consejo de desarrollo Hospital Regional E. Torres G, unión comunal adulto mayor, unión comunal Norte Hospital, ANEF, Asociación Técnicos Atención Primaria, de los trabajadores.

Según “*informe asistencia reunión consejo consultivo SSI*”, del área de participación social del HCSF, con fecha 15 de junio del 2009, se analiza la situación actual del consejo consultivo SSI señalándose que a junio del año 2009

no se ha realizado programa de trabajo a pesar de tener presupuesto asignado desde el SSI. También se señala que existe dificultad de los representantes de Organizaciones Sociales para participar en reuniones más extensas en días hábiles y se enfatiza la importancia de contar con un plan de Trabajo 2009.

Con respecto a lo anterior se acuerda realizar una jornada de trabajo del Consejo Consultivo SSI, para el día 20.06.2009, en horarios comprendidos entre las 9:00 y 13:00 hrs. En el Salón Auditorium del HCSF Alto Hospicio. Además se acuerda formalizar la participación de Representantes sociales del HCSF, al Consejo Consultivo SSI.

Según *“acta n° 1, reunión con representantes de organizaciones comunitarias HCSF”*, del área de participación social de la misma institución, con fecha 26 de junio del 2009, se plantea la necesidad de designar un representante en las reuniones del consejo consultivo del SSI, hasta la constitución del Consejo Consultivo del HCSF.

Los representantes deberán participar en reuniones fuera de horario laboral, quedan designados el dirigente de la JV. Doña Inés de Collahuasi LP y un dirigente de la JV 18 Septiembre – C. Hermoso.

Subcategoría: Comité de Usuarios

Consejo de Desarrollo

De acuerdo a *“invitación del HCSF a las organizaciones comunitarias”*, del área de participación social del HCSF, se puede señalar que la institución convocó a los dirigentes sociales una segunda reunión-once de trabajo a realizarse el día jueves 19 de diciembre del 2007, para que participaran en el análisis de los antecedentes recopilados y determinaran en conjunto con el equipo de salud el proceso de sectorización comunitaria.

De acuerdo a *“acta de reunión con representantes de organizaciones comunitarias HCSF”*, del área de participación social de la institución, con fecha 26 de agosto del 2008 se hace referencia a una pre-evaluación de un trabajo colaborativo con los dirigentes de organizaciones sociales en el SOME del HCSF, la cual según el documento es calificada como positiva a dos días de ser ejecutada.

Además en dicha acta se menciona una propuesta de re sectorización que señala que a partir del desequilibrio poblacional se acuerda que a partir del 1 de septiembre la población de fuera sector asignado al HCSF que solicite adscripción, será adscrito a sector tierra.

De acuerdo a un “*ordinario N° 00131*”, materia: invita a participar, con fecha 01 de septiembre del 2008, del HCSF, Servicio de Salud Iquique, Gobierno de Chile. El director del HCSF invita a la junta vecinal Doña Inés de Collahuasi a participar en el concurso “Logotipo para el HCSF”, con motivo de la celebración del primer aniversario de la institución y con la finalidad de integrar a la comunidad al trabajo del establecimiento.

En tal documento además se adjuntan las bases del concurso en donde se detalla lo siguiente:

Participantes: Concurso abierto en el cual pueden participar la comunidad inscrita al establecimientos y funcionarios.

Requisitos de logo: Objetivos que refleje la orientación del establecimiento por ejemplo (familia, hospital, comunidad, salud, autocuidado, prevención, promoción).

Entrega de los diseños: Desde el 26 de agosto en horario de atención 8:00 a 16:40 hrs. Ultimo plazo Jueves 04 de septiembre del 2008 hasta las 12:00 hrs. La recepción se llevará a cabo en la OIRS.

Elección del ganador: 05 de septiembre del 2008.

Premio: Viaje y estadía un fin de semana para dos personas en la localidad de Pica.

Según “*acta n° 1, reunión con representantes de organizaciones comunitarias HCSF*”, del área de participación social de la institución, con fecha 26 de junio del 2009, se realizan comisiones de trabajo para la conformación y constitución del consejo consultivo del HCSF con personalidad jurídica, una de las dirigentes se compromete a realizar gestiones con el municipio.

De acuerdo a “*acta n° 11, reunión con representantes de organizaciones comunitarias HCSF*”, del área de participación social de la institución, con fecha miércoles 28 de octubre del 2009 se señala la importancia de crear un consejo

consultivo del establecimiento y además según el documento destaca el apoyo y distribución de responsabilidades al interior del grupo.

Según “*programa de encuentro nacional de consejos de la salud*”, no se detalla procedencia de documento, se señala que esta actividad está programada para el 9 y 10 de octubre en la sede Universidad ARCIS. También se expresa en dicho documento que el propósito del encuentro es: Constituir una red interregional y nacional de participación ciudadana de organizaciones sociales territoriales, funcionales, sindicales, gremiales e interculturales, vinculadas a los Consejos de Salud, en defensa de la salud como un derecho y bien público integral, incluyente y solidario.

En esta actividad participarán 700 dirigentes de Consejos de salud, de organizaciones sociales vinculadas y de los gremios de trabajadores de la salud del país.

Los objetivos expresados son los siguientes:

- Definir la estructura orgánica interregional y nacional de participación ciudadana de organizaciones sociales territoriales, funcionales, sindicales, gremiales e interculturales, vinculadas a los Consejos de Salud.
- Formular un programa de acción para la red de participación ciudadana “en defensa de una salud pública integral, incluyente y solidaria”.
- Definir estrategias inmediatas y de mediano plazo que permitan articular un canal de comunicación expedito y efectivo entre los consejos de salud a nivel nacional, en pro de una construcción de una salud colectiva, digna y equitativa.

De acuerdo a “*ficha de inscripción encuentro nacional de salud 9 y 10 de octubre*” del Consejo Metropolitano de Usuarios de la Salud – Consejo Consultivo Metropolitano de Salud, se le solicita a dirigente del HCSF C.V que formalice su participación en el encuentro a través de la ficha.

De acuerdo a “*acta nº 11, reunión con representantes de organizaciones comunitarias HCSF*”, del área de participación social de la institución, con fecha miércoles 28 de octubre del 2009, se hace referencia a la participación de un

dirigente social del HCSF en el II Encuentro de dirigentes de salud. El dirigente expone que la participación en dicha actividad es autogestionada.

También manifiesta que en el evento se realizaron Trabajos Grupales, divididos en Norte, Centro y Sur. Asistieron en promedio 500 dirigentes de todo el país, con el objetivo de elegir a una Directiva Nacional, donde el representante del HCSF C.V fue elegido como Vicepresidente Nacional.

Los problemas expuestos a nivel nacional, fueron:

- Falta información del MINSAL a regiones.
- Coordinar las atenciones al usuario.
- La realidad de sectores extremos que deben esperar el móvil.
- Las horas de atención mal aprovechadas.
- La entrega de fármacos, en especial a personas Crónicas.
- Que la salud dependa de los Municipios, se sugiere retorno al Estado.
- Mayor fiscalización en servicios higiénicos en áreas públicas, como: Plazas, Playa, Ferias, Mall y otros.
- Que en los colegios existan quioscos saludables.

También expone el material entregado en el encuentro: “Guía de Derechos Sociales del MIDEPLAN y “Dirigentes Vecinales” del MINSAL.

Al finalizar la reunión informa que para el 9 de noviembre se realizara otro encuentro en Santiago y podrán asistir más dirigentes.

De acuerdo a “*resoluciones del segundo Encuentro Nacional de consejos de salud, Universidad ARCIS, Santiago, 9 y 10 de octubre del 2009*”, no se detalla procedencia, se señala que se ha desarrollado un proceso de organización ascendente de encuentros zonales, comunales, provinciales y regionales, en el cual se consolida un marco de acuerdos que reflejan el compromiso de las organizaciones sociales que se vinculan o participan en los consejos de salud, desde lo local hasta lo nacional.

En este documento se expresan las siguientes demandas:

1.-Es responsabilidad del Estado asegurar la universalidad, integralidad y equidad de la salud. Es un deber de los consejos de salud y las organizaciones sociales vinculadas, promover una asamblea constituyente.

2.-Es deber de los consejos de salud transformar la sociedad, para terminar con las injusticias sociales que originan las inaceptables inequidades en salud. Exigimos un Estado con un rol activo en la sociedad, que se haga cargo de los recursos naturales como el cobre, agua, energía y el medio ambiente, para mejorar la calidad de vida de la población y el desarrollo del país.

3.-Se plantea la necesidad de revertir la desarticulación, fragmentación y mercantilización existente en el sistema de salud que impide brindar servicios integrales.

4.-Se exige detener toda forma de privatización. No se acepta el lucro con fondos estatales en salud.

5.-El financiamiento per cápita de la APS, pilar de la salud pública, debe incrementarse en un 100% para compensar las inequidades sociales en salud.

6.-Se propone reivindicar un fondo solidario en donde las personas que más tienen más aporten.

7.-Se precisa una política de recursos humanos en salud que asegure suficiencia, calidad y equidad en la formación y distribución regional, provincial y comunal del personal de salud en el sistema público. Es deber del Estado invertir en prevención y promoción de la salud, velando por la asignación de recursos para el trabajo comunitario.

8.-Se considera que las políticas, planes y programas deben ser adecuados a la realidad multicultural y social.

9.-Se exige la inmediata promulgación de una ley de derechos y deberes en salud.

10.-Se exige participación social en salud reconocida como derecho en la constitución y la ley.

11.-Los consejos de salud se comprometen a velar por un funcionamiento democrático y una representación de la diversidad.

12.-Se exige de parte de la institucionalidad, reconocimiento y respeto por la autonomía, la democracia interna y el accionar colectivo de los consejos de salud. La independencia de las organizaciones depende de la capacitación permanente de sus líderes y el acceso a recursos para su funcionamiento.

13.-Los consejos de salud demandan reconocimiento a sus funciones.

14.-Se reclama la participación de los consejos de salud en la política nacional de medicamentos.

15.-Se propone instaurar el día 26 de junio natalicio del Presidente Salvador Allende, como el día nacional de la salud pública.

-De acuerdo a *acta de constitución consejo de participación social en salud hospital comunitario de salud familiar "Dr. Héctor Reyno Gutiérrez"*, del área de participación social de la institución, con fecha 30 de diciembre del 2009, se señala la constitución del consejo de participación en salud en la fecha ya mencionada, además se agrega lo siguiente:

1. Registro de integrantes del Consejo de Desarrollo HCSF, quienes representan a diversas organizaciones territoriales del sector adscrito al HCSF, quedan también incorporados los representantes del establecimiento de Salud y el representante de los trabajadores mediante su gremio más representativo.

2. Elección y conformación de Directorio consejo de Desarrollo HCSF

3.- Habla de las funciones y el marco valorizo que rige al consejo de desarrollo.

4.- En documento escrito se adjunta lista de firmas de dirigentes.

Según "*acta n° 14, reunión con representantes de organizaciones comunitarias HCSF*", del área de participación social de la misma institución, con fecha 30 de diciembre del 2009, en la constitución del consejo de desarrollo del HCSF asisten 11 representantes territoriales de Juntas Vecinales y Clubes de Adulto Mayor. En cuanto al desarrollo de la reunión se puede señalar que una vez planteado y confirmado el objetivo de dicha reunión, se procede a dar lectura al trabajo anterior distribuido a los asistentes de reunión anterior (17.12.2009). Con respecto al Reglamento Interno del Consejo de Desarrollo Hospital Comunitario de Salud Familiar "Dr. Héctor Reyno Gutiérrez", se fueron discutiendo los distintos

capítulos, donde se incorporaron las observaciones planteadas por los asistentes. Quedando el definitivo con el cual se procede a constituir el Consejo, en forma provisoria hasta la obtención de personalidad jurídica otorgada por la entidad correspondiente.

Según “*resolución exenta N° 0031*”, con fecha 25 de enero de 2010 del departamento Subdirección gestión asistencial del servicio de salud Iquique, se constituye el Consejo de Desarrollo en Salud del Hospital Comunitario de Salud familiar, Dr. Héctor Reyno Gutiérrez, a partir del 30 de diciembre del 2009.

Además se deja establecido que para su funcionamiento se atenderá a su reglamento interno, el cual se considerará parte integrante de esta resolución.

De acuerdo al reglamento interno se establece en el título primero su denominación, objeto y domicilio; en el título segundo expresa las características de los socios; en el título tercero hace mención a cómo deben ser las asambleas; en el siguiente título se refiere al directorio luego a las atribuciones del presidente, secretario y tesorero. También en los siguientes títulos se menciona a la comisión electoral, el patrimonio del grupo, la comisión fiscalizadora de finanzas, las comisiones y por último la modificación de los estatutos.

Subcategoría: Diálogos

De acuerdo a un documento titulado “Foros de Salud, Desafíos y Propuestas ciudadanas, resultados del proceso Foros, construyamos juntos una mejor Salud para todos y todas al 2020”, Protege, Red de Protección Social, secretaria de determinantes sociales de la salud, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Se expuso una publicación de los aportes a la salud desarrollada a nivel Nacional. Desde el anexo titulado “Región de Tarapacá” se señaló las fechas de los 4 foros realizados en la región entre el 2009 y 2010. Además se exponen las 14 propuestas de la región de Tarapacá. Las propuestas se enmarcan en: una estrategia de desarrollo integral “interculturalidad”, el trabajo infantil que apelan a normativas que lo regulen y la incorporación del conocimiento de la medicina ancestral de los pueblos originarios.

Subcategoría: Cuenta Pública.

De acuerdo al Ordinario N° 451, MATERIA; Invita a mesa de Trabajo Cuenta Publica DSSI. CWU/CMA/RMO, Unidad de Participación Social, del Departamento Subdirección Gestión Asistencial, Servicio de Salud Iquique, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, con fecha de emisión el 1 de abril del 2008 y fecha de recepción 2 de abril del 2008. El documento señala que se Invita a una reunión para trabajar en un mesa de trabajo sobre la “Cuenta pública DSSI” para el día 4 de abril del 2008 en las dependencias del Servicio de Salud, Convocando para dicha reunión a la encargada de Participación Social de la CORMUDES, Los profesionales Asistentes Sociales de los establecimientos de la Red, la Directiva de los Consejos Locales de Desarrollo. Dicho documento fue distribuido a el departamento de la CORMUDES, HCSF, HETG, Consultorios: Cirujano Videla, Sur, Cirujano Guzmán, Aguirre y P. Pulgar, El Departamento salud comuna A. Hospicio, La subdirección de gestión asistencial, La unidad de participación social y La oficina de partes SSI.

De acuerdo al Documento titulado Informa Asistencia Reunión Consejo Consultivo SSI, con fecha 15 de Junio del 2009, en la sala de reuniones del Servicio de Salud Iquique de las 15° a la s17:30 hrs., dentro de las temáticas que se abordaron fue la Cuenta Pública, en base a las inquietudes a trabajar con las organizaciones sociales. El formato que se utilizara sería enviado por SSI, encargado de Participación Social, don Rafael Miquel.

Subcategoría: Presupuestos Participativos

De acuerdo a documento de “*Presupuestos Participativos en Salud*” (PPS), obtenido del área de Participación Social del HCSF; proveniente de Servicio de Salud de Iquique; se visualizaron los lineamientos de acción de todo el proceso de los presupuestos participativos; lineamientos que comprendieron un cronograma de actividades, ejes temáticos de acción, hitos del proceso, rol que cumple la persona moderadora del proceso, un tipo técnica para acoger las ideas, hoja de prioridades de los pre-proyectos, hoja de recuento de votaciones, hoja de registro asambleas territoriales, acta de asamblea ciudadana, acta de representantes de asamblea ciudadana, cuestionario de evaluación del funcionamiento de asambleas territoriales y ficha de presentación de pre-proyectos.

Según documento anterior, se identificó mediante cronograma, una resolución afecta N° 150, dictaminada en Abril del 2009, en la que se aprobó un

monto de \$ 10.000.000 para ser distribuidos entre la ciudad de Iquique y la comuna de Alto Hospicio, con ello se habría apelado a la conformación de un equipo técnico de Presupuestos Participativos en Salud (PPS). En Agosto, se debería haber firmado una Carta de Compromiso la que expresaría la disposición y disponibilidad para difundir esta iniciativa y organizar las asambleas territoriales las que integrarían a representantes sociales ante el Servicio de Salud, también se habría determinado el proceso de difusión y las Jornadas de Capacitación en Presupuestos Participativos con todos los representantes de los Consejos de Participación en salud de la Provincia.

De acuerdo a “*Hoja de registro de asamblea de actividad N° 1*”, obtenida de área de participación social, con fecha 27 de Agosto del 2009, se realizó asamblea introductoria a los Presupuestos Participativos. Los objetivos fueron Revisión de Juntas Vecinales donde se visualizó el nivel de participación de sus Dirigentes, además de acordar promover la adhesión de otras organizaciones sociales del sector.

De acuerdo a “*Hoja de registro de asamblea de actividad N° 2*”, obtenida de área de participación social, con fecha 2 de Septiembre del 2009, se realizó asamblea para establecimiento de ideas de los PPS, las que fueron categorizadas a través de tres ejes temáticos; Participación Social, Interculturalidad y Satisfacción Usuaría. Además se comunicó monto designado a Iquique (\$6.000.000) y a Alto Hospicio (\$4.000.000) los que se dividirían en etapa correspondiente según proyectos votados en los establecimientos de atención Primaria.

De acuerdo a “*Hoja de registro de asamblea de actividad N° 3*”, obtenida de área de participación social, con fecha 9 de Septiembre del 2009, se efectuó asamblea con el objetivo de crear pre- proyectos mediante el establecimiento de prioridades. Se acordó el número de proyectos y nombre de fantasía de cada uno de ellos. Se escogieron las ideas centrales de cada eje, diferenciándose hasta aquella fecha un proyecto por cada eje temático, siendo los siguientes:

- Participación Social: “Aprende de una vez”
- Interculturalidad: “Tú primero, te cedo mi lugar”
- Satisfacción usuaria: “Apoyando a una buena Salud”

- Según “*Hoja de registro de asamblea de actividad N° 10*”, obtenida de área de participación social, con fecha 28 de Septiembre del año 2009, se determinaron todos los proyectos a votación. Se realizó una exposición final de los cuatro pre-proyectos que son los siguientes:

“Aprende de una vez”

“Tú primero, te cedo mi lugar”

“Guíame”

“Apoyando una buena Salud”.

Además, se integraron observaciones planteadas por los participantes después de la discusión grupal en Ficha de diseño de los proyectos finales.

Finalizado lo anterior, se procedió a la elección de los siete representantes territoriales, que asistirían a la votación de los PPS. Se agrega un representante adicional por eventualidades que pudiesen haber surgido. Quedando comprometidos a la asistencia los siguientes miembros:

- G.C. Representante de JJ.VV Pioneros del Desierto
- J.M. Representante de Agrupación de Feriantes Alto Hospicio
- C.V. Representante JJ.VV Norte Grande
- L.C. Representante JJ.VV Gendecora
- N.M. Representante JJ.VV
- G.V. Representante Club Adulto Mayor
- CH.O Representante Club Adulto Mayor

Según “*Ficha de presentación de Pre- Proyectos*” del área de Participación Social del HCSF, se determinaron mediante el diseño los cuatro proyectos para ser presentados ante la Red, los que se describen a continuación:

“Tú Primero te cedo mi lugar”, cuyo objetivo era implementar una Fila de acceso Preferencial para contribuir a la disminución de los tiempos de espera a los usuarios limitados o vulnerables físicamente: Discapacitados, Mujeres en avanzado estado de gravidez (embarazadas) y Adultos mayores, en las

dependencias del HCSF. Este proyecto integra los ejes Satisfacción usuaria y participación Social.

“Aprende de una vez”, cuyo objetivo era crear y distribuir material didáctico educativo a la población usuaria en terreno y dependencias del HCSF, mediante la distribución de material educativo (trípticos, material audiovisual) en salas de espera de SOME. Además realizar cuatro jornadas educativas de intercambio entre Representantes Territoriales de la Comunidad adscritos y Profesionales de los equipos multidisciplinarios de Salud del Establecimiento, para informar acerca de los flujos de atención y prestaciones según ciclo vital y/o programas de salud. Este proyecto abarca los tres ejes temáticos.

“Guíame”, cuya finalidad era diseñar y confeccionar señaléticas las que describan las áreas de salud (gráfica, bilingüe e imagen) para que la comunidad indígena y en general pueda identificar los espacios que presta atención el HCSF. El proyecto integra el eje Interculturalidad.

“Apoyando una buena salud”, la meta era perfeccionar la gestión en la continuidad de la atención al usuario por parte del personal del HCSF. El proyecto involucra al eje Satisfacción usuaria.

Según “*documento de PPS*” mencionado en párrafos anteriores, se extrae del cronograma que en el mes de Septiembre; posterior a la confección de los Proyectos finales, se habría realizado una difusión de los proyectos factibilizados a votación.

Según Hoja de registro de asamblea de actividad N°11, “*Informe de actividad de votación de PPS*”, obtenida del área de participación social con fecha 03 de Octubre del 2009, se realizó jornada de votación de los proyectos que integraron la red primaria de Iquique y Alto Hospicio. Primero se estableció la bienvenida y registro de Asistencia correspondiente, luego se realizó lectura de los proyectos presentados por Comuna / Establecimientos de Salud de la Red. Posteriormente se explica el sistema de votación de los Proyectos para luego dar inicio a la Votación – Escrutinio y Resultados. Cabe mencionar, que se cumplió con compromiso de asistencia de los representantes designados del HCSF en asamblea realizada con fecha 20 de Septiembre del mismo año.

Según “Hoja de registro de asamblea de actividad N°11 “*Reunión con Representantes de Organizaciones Sociales*”, obtenida de área de participación

social, con fecha 28 de octubre del 2009, se realizó un resumen general de todo el proceso avanzado hasta esa fecha con sus resultados obtenidos. Dentro de los \$ 10 millones, se destinaron \$ 4 millones para la comuna de Alto Hospicio, compartidos entre los tres establecimientos de la comuna, Consultorio Pulgar, Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOF) EL Boro y el HCSF, adjudicándose el HCSF dos de cuatro proyectos, los que tuvieron mayor votación, estos fueron:

- 1) "Tú primero, te cedo mi lugar", monto: 1.030.000 para implementar una fila de acceso preferencial y jornadas de trabajo con la comunidad usuaria.
- 2) "Aprende de una Vez", monto: 1.300.000 para realizar una jornada de trabajo con material educativo para el usuario.

-Según "*documento de PPS*" mediante cronograma, en el transcurso del mes de Octubre se habrían asentado las bases técnicas de los proyectos aprobados, la confección de Resoluciones, la presentación de los proyectos al Consejo Integrador Red Asistencial (CIRA) y se habrían subido al Portal de Mercado Público. El 30 de Octubre habría correspondido al cierre de licitación y adjudicación de los proyectos.

Según "*documento de PPS*" siguiendo la línea del párrafo anterior, del 02 al 30 Noviembre se habría ejecutado la implementación de los proyectos aprobados y del 01 al 11 de Diciembre habría sido la etapa de evaluación de los Proyectos.

Respecto a lo anterior, en contraste a lo presupuestado en el cronograma en cuanto a la ejecución, se obtienen del área de participación social registros del proyecto "Aprende de una Vez" registros que se traducen en programa de Jornada Ciclo Vital infantil, Adolescente y Adulto los que no detallan fecha de ejecución correspondiente ni desarrollo de cada actividad.

Educación ciudadana:

Capacitación (a los dirigentes):

De acuerdo al *Acta de la tercera reunión* de la mesa de participación provincial, con fecha 8 de septiembre 2008. La Asistente Social del Consultorio Sur, reitera que la dirección del servicio deberá capacitar a los dirigentes de los consejos de desarrollo.

De acuerdo al Acta Reunión, es un *manuscrito* que proveniente del área de Participación Social del HCSF, con fecha 24 de septiembre del 2008. De acuerdo a lo que se puede transcribir de este manuscrito se señala un punto subtítulo Plan Auge - Capacitación Junta de vecino y Funcionario, sin detallar más y otro subtítulo Capac. , en el cual menciona a dos personas la Sra. R. H y el Sr. R.M.

De acuerdo al “*curso virtual*” *Diplomado en salud y desarrollo local*”, proveniente del área de Participación Social del HCSF, no detalla fecha. En dicho documento se cita para los días 1 de junio al 30 de noviembre del 2010, por iniciativa de “rostros voces y lugares”. En el cual tuvo fecha de cierre de la convocatoria para el día 11 de mayo del 2010. Tenía una duración de 250 horas. El documento plantea el propósito es “capacitar a los actores locales gubernamentales, instituciones, comunitarios y organizaciones sociales”. Su objetivos son: desarrollar y fortalecer las capacidades que intervienen en la gestión de las políticas y estrategias locales de salud en un entorno de desarrollo local integrado, sustentable y equitativo, y promover procesos de educación descentralizados que sustentan procesos transformadores con aporte se tecnologías de información a nivel local. Para el curso los participantes debían responder a tres perfiles: los responsables de rostros voces y lugares, profesionales de municipios donde se implementa la iniciativa y miembros de la comunidad líderes del desarrollo local. Dicho curso tiene como intención “fortalecer el vínculo entre la salud y desarrollo local para mejorar la situación de salud y calidad de vida de los ciudadanos mediante el desarrollo de competencias para actuar sobre la inequidad y reducir la exclusión y promover el acceso pleno de derechos a la salud”.

De acuerdo al documento titulado “*Curso de Lideres para el trabajo comunitario en salud*”, dirigido a los dirigentes, proveniente del área de Participación Social del HCSF, no detalla fecha, En el documento se detallan 9 puntos; desde Los Antecedentes se señala el enfoque que tiene el curso que esta dirigido “hacia un modelo de salud integral, basado en el proceso salud enfermedad, que incorpore en la mirada los aspectos biológicos, psicológicos, culturales y ambientales, y que permita enfrentar de mejor forma los nuevos desafíos en salud” reconociendo la participación social como un elemento transcendental que permite que las personas sean interlocutoras, a su vez se mencionan cinco Objetivos, enfocadas al empoderamientos de los dirigentes, también otro de los puntos son “Los productos esperados” que son cinco

enfocado a dirigentes: organizados, liderazgo democrático, programados y preparados para actuar en situaciones de emergencia. En base a al cuarto punto de Contenidos se señala que serían “Reforma de salud, enfoques, determinantes sociales, promoción de la salud, Liderazgo y fortalecimiento organizaciones sociales, Metodologías Participativas para el trabajo con comunidades”. En base al quinto punto denominado “Modulo 1 El proceso de reforma de la salud, conceptos, enfoques, estrategias” se desprenden 5 puntos, desde el “Modelo 2 Habilidades para el trabajo comunitario” se extraen 5 puntos, y por último el “Modulo 3 Metodologías participativas para el trabajo comunitario” se exponen 3 puntos.

De acuerdo al documento titulado “*Capacitación de los dirigentes CPSS Programación en salud, auditoria social, planificación*”, proveniente del área de participación social del HCSF, no detalla fecha. Se señala que el encargado fue el Sr. RM.,. En dicho documento se exponen 3 subtítulos con sus respectivas tablas. Fortalecimiento la organización de los consejos, Democratización de la gestión de los establecimientos en salud y Acciones y propuestas para el consejo, que se divide en dos: Reconocimiento en las instancias oficiales del consejo PSS y de los consejos de desarrollo y La Difusión general del CPSS.

Capacitación (a los funcionarios):

De acuerdo al documento titulado “*Formato para elaborar el Plan de Capacitación 2009*” del Servicio y Salud. Es un documento denominado “Formato PAC tres marcos legales” enfocado al personal de la red asistencial, con fecha 8 de agosto del 2008. Se divide en 4 planillas, las tres últimas se señala para que tipo de funcionario que es abalado desde la Ley. La primera consta de requerimientos de capacitación en cada lineamiento estratégico. La segunda señala que está consolidado para el personal que señala la Ley 18.834/89 y es un programa de capacitación del servicio de salud. La tercera está consolidado para el personal Ley 19.664 y 15.076 programa de capacitación del servicio de salud. Y la cuarta ofrecida al personal estatuto de atención primaria Ley 19.378, programa de capacitación 2009 por el servicio de salud. A su vez se señalizan “Pasos metodológicos recomendados para elaborar el programa anual de capacitación, PAC 2009” que toma en cuenta el plan de capacitación recién expuesto en el formato , se señala que se analizarían los requerimientos priorizados en cada uno de los 9 lineamientos estratégicos “para determinar con mayor precisión la respuesta esperada de Capacitación”. El objetivo es diagnosticar las necesidades

colectivas, en base a ellos formular las el tipo de capacitación y según a que beneficiario le corresponde.

De acuerdo al ordinario N° 2952, ANT; PMG de capacitación Servicios de Salud 2008, MAT; Envía Lineamientos Estratégicos para la formulación de los Planes y Programas Anuales de Capacitación 2009 de los Servicios de Salud, del Departamento de Formación y Capacitación, División, Gestión y Desarrollo de personas, Subsecretarías de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Con fecha 03 de septiembre del 2008 Se señaló en el documento el envío de los lineamientos estratégicos para la formulación de los Planes y Programas Anuales de Capacitación 2009 de los servicios de salud, a el personal de la red asistencial. Se adscribe estos lineamientos en base a la ley N° 18.834, 19.664 Y 15.076. Estos lineamientos deberán guiar la elaboración de planes y programas de acuerdo a las realidades locales para el periodo 2005 - 2010. El plan al Departamento de Formación y Capacitación de la División de Gestión y Desarrollo, está definido para el 24 de Octubre 2008, el cual señala que: “deberá elaborar el respectivo programa anual de capacitación (PAC) 2009, el que debe estar aprobado por la dirección de SS e ingresado en el Modelo de Capacitación del SIRH el 29 de diciembre 2008, esto permitirá iniciar su ejecución a partir de Enero 2009”. A su vez otro punto señala que deben ir los mapas metodológicos recomendados para la elaboración del plan de capacitación 2009 desde los lineamientos estratégicos. Los lineamientos apuntan a fortalecer el Modelo de Salud, la Gestión de las redes asistenciales, el sistema GES y el mejoramiento de la calidad de la atención y el trato al usuario. Distribuido ha: Servicio de Salud, Recursos humanos de las SS del país, Jefes de capacitación de las SS del país, Redes Asistenciales, División Gestión y Desarrollo de personas, Departamento de Formación y Gestión, Oficina de partes MINSAL y Subsecretaría de la Salud Pública.

En base al Memorándum N°198, ANT; PMG Capacitación SSI 2008, Ord. N° C32/ 2952 DEL 03.09.08 DE subset. Redes Asistenciales, MAT; Se Adjunta Lineamientos Estrategias para la Formulación de los Planes y programas Anuales de Capacitación 2009 de los Servicios de Salud. Sr. EMS/ems, Servicio de Salud Iquique, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, con fecha 26 de septiembre del 2008. Se adjuntan al documento los lineamientos estratégicos para la formulación de los planes y programas anuales de capacitación 2009 servicio de Salud al personal de la red asistencial. Dichos lineamientos se deberán de guías. Distribuido a: todos los establecimientos del servicio de salud Iquique,

departamentos o encargados de salud de las comunas de la región de Tarapacá y la unidad de capacitación, Hospital.

De acuerdo al Informa General de Capacitación “curso avanzado de salud familiar” del HCSF, Servicio de Salud Iquique, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, no detalla fecha. Se expone un curso que está inserto en el Plan Anual de Capacitación del HCSF que tiene como beneficiarios a los funcionarios del HCSF, cursado en las dependencias del HCSF, a través de dos grupos; el primero grupo participo los días 19, 20 y 21 de noviembre 2008 con una asistencia de 22 funcionarios y el segundo grupo participo los días 03, 04 y 05 de diciembre del 2008 con una asistencia de 25 funcionarios. El informa alude que la “impresión general de los asistentes es positiva y reconocen un aporte a sus conocimientos para su posterior aplicación y continuidad de su implementación en el establecimiento”. No obstante en base a la atención se dejan constancias de quejas con observaciones de productos en descomposición y déficit. A su vez en el texto señala la espera de recepcionar el informe final del curso, con la intención de continuar en los procesos de capacitaron a los equipos de salud.

De acuerdo a la Resolución Exenta N° 993, Dra. MPVZ/Dr.ASE/RVN/ROB/rpt, del Hospital Comunitario de Salud Familiar, Servicio de Salud Iquique, Gobierno de Chile, con fecha 27 de noviembre 2009. Se señala de acuerdo a la norma que debe constituirse un Comité Bi partido de Capacitación (CBC) locales, que tienen dos años de vigencia. El comité bipartito del HCSF debe cumplir con tres objetivos: 1. apoyar y colaborar a la unidad encargada de participación del HCSF, conformándose un espacio de consulta. 2.- asesorar a la administración sobre las acciones de capacitación. 3.- promover el compromiso de los funcionarios para la efectividad de la institución. Dicho comité tiene que desarrollar como mínimo 6 sesiones anuales en el HCSF e invitara a quienes el comité considere necesarios, a si mismo el comité debe elaborar dos informes: plan anual de capacitación y informe de las principales actividades. Distribuido a: Dirección del HCSF y SSI, Comité del HCSF ley 18.834 sub departamento recursos humanos SSI. Departamento recursos humanos HCSF.

Documento titulado “Lineamientos estratégicos para la elaborar planes y programas de capacitación 2009, por los servicios de salud”, no detalla fecha. Su propósito es de orientador al personal de la red asistencial. Se puede exponer cinco de los nueve lineamientos; 1.- Fortalecer el Modelo de Atención, con

enfoque de Salud Familiar y Comunitaria., los enfoques de determinantes sociales, participación activa, enfoque de género en salud. Uno de sus objetivos educativos es los aspectos y valores del modelo de salud familiar y aplicar instrumentos de intervención en salud familiar, incorporar el enfoque familiar, de género e interculturalidad. 2.- Desarrollar un modelo de gestión en red. Local regional y supra regional, desde un enfoque de gestión en red, reconocido las principales características del modelo de gestión en red. 6.- Tecnología de información y comunicaciones, promoviendo alfabetización digital entre otras. 7.- Desarrollar gestión administrativa física y financiera, en el cual se apela al mantenimiento de la infraestructura de salud, entre otras. 8.- Mejorar la Gestión y desarrollo de las personas, señalando una gestión participativa de capacitación, fortalecimiento de la red local, planificación y programación de capacitación, entre otras.

De acuerdo al Memorándum N°43, del HCSF, MAT; Invitación reunión Comité de Capacitación del HCSF, PAC 2010. Servicio de Salud Iquique, Gobierno de Chile, con fecha 3 de marzo del 2010. En el documento se señala una Invitación a la primera reunión del comité de capacitación del HCSF, PAC 2010 el cual se realizó el 22 de marzo del 2010 en las dependencias del HCSF. Dicho documento fue distribuido a la director(a), el supervisor clínico, el Jefe de RRHH, el jefe Finanzas. Y a la encargada del área de participación Sra. A.Ch. y la Sra. M.F.E., Sra A.R.F. y Sra. G.A.S.

De acuerdo al documento titulado “Programa Funcionarios, curso de gestión en el modelo de atención en salud”, proveniente del área de Participación Social del HCSF, no detalla fecha. Según el documento el programa se dictaría por el Sr. O.C.A., Asistente social y Licenciado en E. superior. Además se señala que se dictaría y evaluaría tres ítems, los cuales son: Técnicas de registros de información familiar, Sistema de registro de información familiar y Factores de riesgo social familiar.

Promoción de Salud

De acuerdo a “fuente estadística de información REM-A19”, del área de participación del HCSF, se puede señalar que existen diferentes tipos de actividades de promoción las cuales son: las actividades de promoción según estrategias y condicionantes abordadas y número de participantes, talleres

grupales de vida sana según tipo por espacios de acción, actividades de gestión según tipo por espacios de acción.

Las actividades de promoción según estrategias y condicionantes abordadas y número de participantes se dividen en eventos masivos, reuniones de planificación participativa, capacitaciones jornadas seminarios y educación grupal. De las primeras actividades se puede señalar que 29 actividades se realizaron a comunas comunidades, no se realizaron actividades a adolescentes y jóvenes, 5 actividades se realizaron en lugares de trabajo y no se realizaron actividades en establecimientos educacionales.

Con respecto a las reuniones de planificación participativa se puede señalar que se realizaron 4 actividades a comunas comunidades, no se realizaron actividades a adolescentes y jóvenes, se realizó 1 actividad en lugares de trabajo y se realizaron 3 actividades en establecimientos educacionales.

De las capacitaciones, jornadas y seminarios se puede señalar que no se realizaron actividades a comunas comunidades, no se realizaron actividades a adolescentes y jóvenes, se realizaron 2 actividades en lugares de trabajo y se realizaron 10 actividades en establecimientos educacionales.

Por último en cuanto a la educación grupal se puede señalar que se realizaron 4 actividades a comunas comunidades, se realizaron 4 actividades a adolescentes y jóvenes, se realizó 1 actividad en lugares de trabajo y se realizaron 3 actividades en establecimientos educacionales.

Las talleres grupales de vida sana, según tipo, por espacios de acción se dividen en autoestima y autocuidado, mente sana y cuerpo sano, comunicación, yo me cuido, control de tabaco, otros tipos de talleres. De las primeras actividades se puede señalar que no se realizaron actividades a comunas comunidades, no se realizaron actividades a adolescentes y jóvenes, no se realizaron actividades en lugares de trabajo y se realizaron 3 actividades en establecimientos educacionales.

Con respecto a las actividades de mente sana y cuerpo sano se puede señalar que se realizaron 30 actividades a comunas comunidades, no se realizaron actividades a adolescentes y jóvenes, no se realizaron actividades en lugares de trabajo y no se realizaron actividades en establecimientos educacionales.

En cuanto a las actividades de comunicación se puede señalar que no se realizaron actividades de esta índole.

De las actividades yo me cuido se puede señalar que se realizaron 3 actividades a comunas comunidades, no se realizaron actividades a adolescentes y jóvenes, no se realizaron actividades en lugares de trabajo y no se realizaron actividades en establecimientos educacionales.

De las actividades de control del tabaco se puede señalar que se realizaron 20 actividades a comunas comunidades, no se realizaron actividades a adolescentes y jóvenes, no se realizaron actividades en lugares de trabajo y no se realizaron actividades en establecimientos educacionales.

Por último de otros tipos de talleres se puede señalar que se realizaron 3 actividades a comunas comunidades, no se realizaron actividades a adolescentes y jóvenes, se realizaron 14 actividades en lugares de trabajo y se realizaron 2 actividades en establecimientos educacionales.

Las actividades de gestión, según tipo, por espacios de acción se dividen en reuniones de gestión, reuniones masivas de gestión, acciones de comunicación y difusión, preparación de actividades educativas, entrevistas e investigación y capacitación de RR.HH. De las primeras actividades se puede señalar que se realizaron 24 actividades a comunas comunidades, se realizaron 309 actividades a adolescentes y jóvenes, no se realizaron actividades en lugares de trabajo, se realizaron 24 actividades en establecimientos educacionales y se realizaron 84 otras actividades.

Con respecto a las reuniones masivas de gestión se puede señalar que se realizaron 2 actividades a comunas comunidades, no se realizaron actividades a adolescentes y jóvenes, se realizó 1 actividad en lugares de trabajo, no se realizaron actividades en establecimientos educacionales y se realizaron 8 otras actividades.

De las acciones de comunicación y difusión se puede señalar que se realizaron 11 actividades a comunas comunidades, no se realizaron actividades a adolescentes y jóvenes, no se realizaron actividades en lugares de trabajo, se realizó 1 actividad en establecimientos educacionales y se realizaron 5 otras actividades.

En cuanto a la preparación de actividades educativas se puede señalar que se realizaron 16 actividades a comunas comunidades, no se realizaron actividades a adolescentes y jóvenes, se realizaron 10 actividades en lugares de trabajo, se realizaron 5 actividades en establecimientos educacionales y no se realizaron otras actividades.

De las entrevistas se puede señalar que se realizaron 59 actividades a comunas comunidades, no se realizaron actividades a adolescentes y jóvenes, no se realizaron actividades en lugares de trabajo, se realizaron 38 actividades en establecimientos educacionales y se realizaron 8 otras actividades.

Finalmente en cuanto a la investigación y capacitación de RR.HH se puede señalar que no se realizaron actividades a comunas comunidades, no se realizaron actividades a adolescentes y jóvenes, se realizaron 4 actividades en lugares de trabajo, se realizaron 2 actividades en establecimientos educacionales y se realizaron 3 otras actividades.

Subcategoría: Enfoque Intercultural.

De acuerdo a diseño de proyecto denominado "*Promotores de Salud Familiar, Hospital Comunitario*" del año 2007, fecha de inicio mes de Enero y fecha de término Diciembre del mismo año. Se detalla en documento que esta experiencia comienza a gestarse como necesidad a partir del nuevo sistema de Salud Occidental y de la distancia comunicacional existente entre el HCSF y los pueblos del interior de la región. Por lo anterior se requeriría del apoyo de la comunidad, quienes son intermediarios e interlocutores en el área de salud. Por ello se integraría el trabajo de las promotoras de salud intercultural, las que son apoyo permanente en las postas de salud, las que reciben capacitación continua, brindan horas de atención a pacientes en determinados sectores, realizan rondas junto al equipo de salud, educaciones, visitas domiciliarias, citaciones a control niño sano, citaciones a pesquisa de PAP, citaciones a control del adulto mayor, recordatorio de retiro de alimentos PNAC Y PACAM. El objetivo general se detalla cómo dar continuidad del proyecto de trabajo de las Promotoras de Salud Intercultural en la Comuna de Colchane considerando un incentivo monetario para coordinar y motivar al equipo completo que facilite el trabajo entre ambos sistemas de salud en bien de la población de las comunidades. Entre las

actividades estimadas detallan: Reuniones de coordinación, Capacitaciones, Visitas Domiciliarias, Educaciones Familiares y grupales, Entrega de citas, Rescate y pesquisa pacientes, Acompañamientos, Rondas con equipo de Salud, Supervisión de tratamientos, Actividades de traducción e interpretación en lengua Aymara, Turnos y operación de radio comunicación, Apoyo a familias de riesgo, Apoyo en tratamientos con hierbas medicinales, Comunicación permanente con Auxiliares Paramédicos y Médicos Andinos, Trabajos y Mantenimiento de Invernaderos de las Postas, Avisos y difusión de Campañas sanitarias y rondas médicas.

De acuerdo a documento "*Funciones de asesoras interculturales*" derivado de área de participación social del HCSF. En el año 2008 se determina como objetivo del cargo de las asesoras interculturales, el asesorar a los funcionarios de la red de salud en la cultura indígena de la zona, además de orientar, informar y apoyar al usuario y a sus familiares de etnia indígena, en el proceso de inserción en la red de atención primaria, secundaria y terciaria.

Según "*Ordinario N° 01, Materia: Reunión de trabajo P. Salud y pueblos indígenas*", con fecha 06 de Marzo del 2008, con procedencia de Servicio de Salud Iquique, se citó a cada establecimiento de la Red Asistencial de la Región de Tarapacá, asistir a una reunión de trabajo de Planificación anual del Programa Salud Pueblos Indígenas para el día 7 de Marzo del mismo año a las 9:00 hrs. en el Servicio de Salud de Iquique. Según timbre de recepción de HCSF ubicado en parte inferior del documento se detalla por asistente Social del área que no se pudo asistir, ya que, información llega con desfase a las 11:00 hrs al establecimiento en mismo día ejecución de reunión.

De acuerdo a documento de "*Planificación de Programas de Salud y Pueblos Indígenas 2008*", obtenido del área de Participación Social del HCSF, se habrían determinado ejes de acción que se expresaron en torno a la Equidad, la Participación y la Interculturalidad. Dentro de estos ejes se definieron los ámbitos de acción que fueron: el Diagnóstico de situación e intervención sanitaria, Mesas de Participación Intercultural en Salud, Transversalización del enfoque intercultural en el modelo de gestión y atención que se traduce en lo siguiente: experiencias de acción en salud intercultural, formación para interculturalidad en salud, investigación y apoyo a la gestión.

De acuerdo a “*Registro Estadístico Mensual (REM) de Facilitación Intercultural de Enero del 2008*”, obtenido del área de participación social del HCSF, se determinaron actividades de participación social (atención al público) que se realizaron en ese año. Las que se dividieron en: 190 Consultas, 39 Adscripciones en terreno, 274 Adscripciones a familias indígenas, 5 Operativos por sector. No registrándose Charlas educativas, sugerencias, felicitaciones y reunión por sector.

De acuerdo a diseño de Proyecto “*Atención de salud con pertinencia cultural a las familias del HCSF, control pre-natal con partera*”, obtenido del área de Participación Social del HCSF de Marzo del 2009, se planifica la realización de Ecografías a mujeres a comunas rurales de la provincia del Tamarugal cuyas beneficiarias directas serían mujeres en edad reproductiva que estarían adscritas al HCSF, aquellas que habrían planificado un embarazo, o bien que hubiesen estado cursando su proceso de gestación y que se auto-identificaran con algún pueblo originario. El objetivo general era desarrollar estrategias que permitiesen materializar el desafío de la interculturalidad en salud.

Para la realización de estas acciones, se implementaría la agenda médica de profesionales involucrados (Gineco-Obstetra y Partera). La materialización de agendas de las atenciones a usuarias habría sido parte de las acciones a llevar a cabo por las Facilitadoras Interculturales.

Las actividades que se habrían contemplado para este proyecto fueron: la implementación de una sala multidisciplinaria dentro del HCSF y el Hospital Dr. Héctor Reyno, la orientación y atención personalizada a pacientes de origen Aymara y otras que hubiesen manifestado su interés de participar de este proceso de control prenatal complementario, la realización de controles y/o prestaciones de salud por partera y asesoras culturales en domicilio a embarazadas que estuviesen inscritas en el Parto Intercultural, el manejo completo de Agenda diaria de Partera y Ginecólogo, los controles pre-natales y ecografías obstétricas para evaluación de pacientes de origen aymara u otros que opten por el Parto Intercultural, alimentar Planilla electrónica que se envía al Hospital Regional con las usuarias inscritas para el Parto Intercultural. (FUR – FPP- Antecedentes personales y Clínicos), realizar visitas domiciliarias de controles, el rescate a usuarias y familias indígenas inscritas para evaluación y/o control pre-natal con partera, el desarrollo del programa educativo (taller CH.C.C.) con pertinencia

cultural dirigido a gestantes y sus respectivas familias inscritas para el parto intercultural y por último la elaboración y distribución de material educativo.

De acuerdo a *“Informe Intercultural en salud 2009”* obtenido del área de participación social del HCSF, se determinaron los objetivos del programa que fueron: Promover y fortalecer los espacios de acción que generen la interculturalidad en salud en el HCSF, mediante la contribución a la generación de datos estadísticos y antecedentes que sirvan de insumos y base para un mejor logro de las metas sanitarias, facilitar la coordinación y el desarrollo del programa de salud y pueblos indígenas en el HCSF, potenciar la incorporación y desarrollo de las funciones de las Facilitadoras Interculturales en el HCSF y comunidad usuaria y por último generar espacios y procesos para la atención integral durante el proceso reproductivo de la mujer indígena. En relación a la población del mismo año con descendencia indígena, según población total 18.675 adscritos, los usuarios pertenecientes a alguna etnia son 1.837 lo que corresponde a un 9,8% del total. Un 96% pertenecen a la etnia Aymara, un 4% a etnia Mapuche, 0,4% usuarios de etnia Atacameña y 0,1% usuarios de etnia Quechua. Sin embargo, según detalle de documento podría ser una población mayor a la de la población identificada considerando que se trabajó con factor de auto-identificación. Además se especifica que la población indígena no está exenta a factores de riesgo psicosocial en cuanto a la conformación de familias extensas disgregadas por situaciones de migración, lo que conllevaría a factores de riesgo, según documento generándose un nivel de adaptación complicado por el cambio cultural desarrollado.

Según *“Ordinario N° 1462, Materia: Invitación, Mesa de Trabajo Provincial en Salud Intercultural”*, obtenido de área de participación social del HCSF, con fecha 13 de Octubre del 2009. Según detalle de documento se convocó a dicha actividad con la finalidad de generar la participación de los distintos actores en salud intercultural de todas las comunas pertenecientes a la provincia del Tamarugal para elaborar el Plan de Trabajo del año 2010 del Programa de Salud de Pueblos Indígenas (PEPSI). La actividad se habría realizado el día miércoles 21 de octubre del mismo año, en dependencias del SSI. Se recibió documento en el HCSF sin detalle de fecha. La asistente a reunión fue una funcionaria de área Intercultural.

De acuerdo a *“Programa Intercultural 2010”*, obtenido del área de participación social del HCSF, se determinó que existen 2.113 usuarios indígenas auto identificados, lo que equivale a un 2,5% en relación a la población total de 20.500 usuarios. Además un 94% corresponde a usuarios de etnia Aymara, un 5% corresponde a usuarios pertenecientes a etnia Mapuche y un 1% pertenece a etnia Quechua. Además señala las funciones de las Facilitadoras Interculturales en el recinto hospitalario refiriéndose a que serían una ayuda idónea, orientando al usuario en cuanto a la ubicación, tramitación de horas, controles de salud, indicaciones de exámenes y medicamentos, acompañamientos en atenciones entre otros. Sin embargo el eje de interculturalidad se habría desplegado también a través del desarrollo de controles pre-natales con pertinencia cultural (partera) en domicilio. Según documento el acceso de la población sería mediante acceso directo, demanda espontánea, derivaciones de los distintos profesionales a facilitadora intercultural, operativos de salud que se realizan en terreno, mediante los distintos equipos de salud y visitas domiciliarias de rescate y aquellas realizadas con la partera para control prenatal a las 12, 24 y 37 semanas, y asistencia durante el trabajo de parto en el Hospital Regional.

Según mismo documento la atención diaria de la oficina de informaciones de facilitadora intercultural desde el mes de Enero a Noviembre del año 2010, se detalló en la atención de 5.046 usuarios. Las visitas domiciliarias del control prenatal parto intercultural 2010 con la partera – facilitadora intercultural se determina que en el primer control se atendió a 57 usuarias, en el segundo control se atendió a 26 usuarias, en el tercer control a 11 usuarias y en el cuarto control a 5 usuarias, lo que refiere un total de 99 atenciones. La atención diaria en mesón rural desde Enero a Noviembre del año 2010 se dividen en: 634 Hombres no indígenas, 3.691 Mujeres no indígenas, 166 Hombres indígenas, 681 Mujeres indígenas, lo que da un total de 5.140 atenciones diarias. Las actividades de Participación social referidas a la gestión y solicitud de hora y/o acompañamiento, se determinaron en el área de Infección Respiratoria Aguda (IRA) la facilitación de 04 horas y 04 acompañamientos; en el área Médica la facilitación de 63 horas y 06 acompañamientos; para acceso a Nutricionista la facilitaron 07 horas médicas; para laboratorio el examen- RX se establecieron 14 horas y 09 acompañamientos; para la calificación de derechos se determinó 1 hora y 1 acompañamiento; para enfermero se facilitaron 12 horas y 02 acompañamientos; para PENAC se determinaron 06 horas y 01 acompañamiento; para sección de Vacunatorio se generaron 03 horas y 1 acompañamiento; para Asistente Social se determinó una

hora, para T.P se facilitaron 10 horas; para la Farmacia se facilitó una hora; para Chile Crece Contigo se realizaron 03 acompañamientos; los que se totalizan en 124 horas y 30 acompañamientos. En cuanto a la asistencia de la partera a partos interculturales en el año 2010 en el Hospital Ernesto Torres Galdámez de Enero a Julio asistió a dos partos por cada mes; en Agosto asistió a un parto; desde Septiembre a Noviembre asistió a 3 partos y en Diciembre asistió a un parto.

Subcategoría: Planes de Mejora del Trato

Según “*Ordinario N° 752, Materia: Diseño de Plan de Mejora del Trato*”, con fecha 28 de Mayo del 2009, con procedencia de Servicio de Salud de Iquique. De acuerdo a los Planes de Mejoramiento de la Gestión (PMG) en los Servicios Públicos, la Subsecretaría de Redes Asistenciales habría identificado en sus evaluaciones un nudo crítico en la gestión, que correspondería a la percepción de los usuarios sobre el trato otorgado por los funcionarios al facilitar prestaciones de salud. Por lo anterior en este marco se habría fundamentado la implementación de Planes de Mejora en este ámbito. El compromiso buscaba contribuir a la mejora de la calidad percibida de la atención a través del desarrollo de estrategias de mejora del trato de la red asistencial. Según lo establecido en el compromiso de Gestión N.4.4 Mejora del Trato del usuario, al 30 de Junio del 2009 se debería haber entregado el Plan diseñado participativamente en base a análisis y medición de la satisfacción usuaria.

El plan de mejora del trato se habría implementado

De acuerdo a documento “*Recomendaciones para el diseño de un plan de mejora del trato diseñado, ejecutado y evaluado participativamente*”, obtenido del área de Participación Social del HCSF, provenientes del Departamento de Participación Social del Servicio de Salud de Iquique, determinó que el Ministerio de Salud desde el año 1988 se ha encontrado trabajando en la implementación de la Ley 19.553 que inició el desarrollo de Programas de Mejoramiento de la Gestión (PMG) en los Servicios Públicos. En el año 2001 los PMG se habrían centrado en el desarrollo de sistemas de gestión que mejoraran las prácticas en los Servicios Públicos. En este Marco se crearon las OIRS, las cuales forman parte desde el año 2007 de los Sistemas Integrales de Atención Ciudadana (SIAC), lo que implicaría que formen parte de los procesos de gestión.

Además, según documento anterior, en cuanto al diseño de un plan participativo de mejoramiento del trato, se buscaría contribuir a la mejora de la

calidad percibida de la atención, a través del desarrollo de estrategias. Respecto a las orientaciones metodológicas, se habría esperado que los Servicios de Salud hubiesen diseñado un Plan de intervención, a través de los siguientes pasos: análisis de la información generada por la OIRS, discusión y difusión de esta información en reuniones con el equipo de la red del Servicio de Salud, elaboración de documento diagnóstico participativo de la situación del trato en la red del Servicio, devolución creativa del diagnóstico a la comunidad usuaria, diseño participativo de plan de intervención que contenga al menos una estrategia a desarrollarse en la gran mayoría de los establecimientos de la red. El plan debería haber contado con la construcción colectiva de al menos un indicador de proceso el que debiera reflejar logros respecto de los reclamos por trato de la evaluación de la calidad de atención, difusión de resultados a usuarios internos y externos, identificación de brechas de cumplimiento, elaboración conjunta de planes de mejoramiento para año próximo y difusión de las Cuentas Públicas. En cuanto al cumplimiento del compromiso mencionado anteriormente habría sido evaluado en tres cortes determinados: 30 de Junio: Plan de diseñado Participativamente. Medio de verificación: copia del Plan. El 30 de Septiembre: habría sido evaluado un Plan en ejecución. Medio de verificación, pauta de monitoreo aplicada y el 30 de Diciembre: habría sido evaluado el Plan ejecutado y evaluado. Medio de verificación, Informe de evaluación del plan ejecutado. Por último se diseña un formato tipo para la confección del Plan de Mejora del Trato.

Según *“Pauta de evaluación del Trato”*, obtenida del área de Participación Social del HCSF, cuyo responsable es el encargado de Sección de Orientación Médico Estadístico (SOME) y área de Participación Social, sin detalle de fecha. Se habrían identificado en dicho documento, brechas para el cumplimiento laboral, de acuerdo a ello se programaron y ejecutaron las siguientes actividades: una Capacitación de actualización del sistema de referencia y contrarreferencia de la red asistencial realizada por el Jefe de SOME; una Reunión de trabajo con dirigentes vecinales realizada por Asistente Social- del área Participación Social; Generación de Afiches informativos en OIRS-SOME confeccionados por la Dirección del HCSF, el Jefe de SOME, la Asistente Social y la OIRS; y por último Entrega de información por alto parlante del estado de Agendas Dentales al usuario difundida por el SOME. Para las distintas actividades participaron usuarios internos y externos del HCSF, tales como: Personal de la institución, administrativos del SOME y la comunidad usuaria. Además se especificó en documento el grado de cumplimiento de los objetivos trazados en las actividades

anteriormente mencionadas que según pauta de evaluación del trato, se describen a través de una Tabla de evolución del Plan de Trato donde se especifica que el grado de cumplimiento de las actividades es de un 100%. Las consecuencias se describieron como positivas para la coordinación y responsabilidad de las acciones, para la coordinación y fluidez del sistema de entrega de horas en SOME, para la entrega de información escrita y para la entrega de información del estado de agendas dentales en SOME. (Disponibilidad de horas). Los resultados se describieron en fluidez de gestión de Interconsultas y asistencia a horas agendadas, en la consolidación del sistema de entrega de horas, en generación de información escrita y actualizada en paneles y oficina de informaciones del HCSF.

Según *“Informe de Asistencia Reunión Consejo consultivo Servicio de Salud Iquique” (SSI)*, obtenido de área de participación social del HCSF, con fecha 15 de Junio del 2009. Se detalla realización de reunión efectuada en dependencias de SSI con integrantes de Consejo Consultivo de la región de Tarapacá donde se presentó un Compromiso de Gestión de área de Participación Social de SSI, el cual comprende el Compromiso N° 3 (Encuesta Satisfacción Usuaría), el compromiso N° 4 Plan de Mejoramiento del Trato al usuario que se detalló como “aún por trabajar” en el HCSF y Temas de (Cuenta Pública)

ANEXO 2: TRANSCRIPCIÓN FOCUS GROUP.

Se entenderá por Participación Social para efectos de este estudio y de acuerdo al modelo comunitario de salud familiar como un “proceso en que los miembros de la comunidad, individual o colectivamente, asumen diferentes niveles de compromisos y responsabilidades desde una simetría de relaciones como así también son conscientes de los derechos y deberes asociados a su participación. La población se integra en distintos niveles de gestión, identificando sus problemas, formulando y ofreciendo alternativas de soluciones, contribuyendo en general a satisfacer necesidades de salud de una manera deliberada y democrática.

Glosario

Daniel Flores : D.F.

Marta Rubio : M.R.

Ruth Vilca : R.V.

Carlos Venegas : C.V.

Julio Mendoza : J.M.

Luz Huanupil : L.H.

Alicia Quilodran : A.Q.

Alejandro Palma : A.P.

R.V: En conjunto, uno no participa porque si uno siempre hay un objetivo, entonces como se dice participación es este como se dice es estar presente de repente este como se llama en la necesidad, o en algo que ustedes desean saber o nosotros también participar tratar de averiguar más de un tema o escuchar más cierto.

M.1: Claro.

R.V: Más o menos eso es lo que entiendo por participación estar ahí...

M. 1: Estar ahí estar presente.

M. 1: Y señora marta y usted...

M.R: Es que como nosotros trabajamos cercanamente a la comunidad o sea realmente cuando hablamos de participación siempre por lo menos yo mi

concepto lo llevo a participación ciudadana con la comunidad ese es el concepto amplio que yo tengo ser partícipe de algo cierto en, en dentro de un contexto digamos de comunidad ser parte integrante digamos integrante digamos de un sector y como dice ella también participar en el sentido de estar presente en todo digamos en todos digamos los temas más importantes con respecto a la salud.

M.1: Mmm en la toma de decisiones...

M.R: En la toma de decisiones en poder que se yo poder eh plasmar las ideas realmente participar en las ideas em ya de un objetivo como se dice.

M. 1: En un objetivo común. Alguien más quiere decir algo, don Julio, don Carlos.

J.M: Yo entiendo por tomar parte en la solución de problemas también entiendo por aprender por entregar la experiencia que uno tiene conocer lo que requieren las personas del sector y tratar de darles soluciones eso.

M.1: Como una solución entonces como don Carlos...

C.V: Bueno a ver participar es a veces las cosas no son naturales son normales eh después cuesta encontrar la definición exacta de decir esto es participación eh pero analizando ahora la pregunta.

M.1: ¿Le habían preguntado antes? (carcajadas)

C.V: Yo lo veo en el sentido de, de formar parte en el quehacer diario ser protagonistas tener algo que decir como decía la señora Marta tener algo que decir frente a la contingencia (estornudo) ehh no dejar que la vida pase por el lado de uno y pase sino que uno ser parte de ella entonces por eso yo le decía como es un proceso para mi yo lo encuentro natural en el sentido yo vengo participando desde el colegio desde la básica que se llama ahora de cuando yo estudiaba era primaria cuando yo cuando íbamos con una piedra y un martillo de cincel a la escuela (Carcajada) eh entonces de allá que uno viene participando cierto del colegio después en el barrio con los jóvenes organizando clubes deportivos centros culturales eh haciendo cosas después eh eh de adulto

adquiriendo compromisos con la familia en el sentido de centros de padres, catequesis.

M.1: A también en todo eso (carcajadas)

C.V: Es que todo es participación de una forma u otra uno se va formando en el trabajo participar en un sindicato con sus congenes, o sea con sus compañeros de trabajo y después viene el barrio también organizando muchas cosas eh eh y entonces todo como ven va ligado es como un proceso natural que uno va haciendo yo sé hay algunas personas yo sé que hay algunos dirigentes con los cuales nos ha tocado participar que han descubierto ese esa ansia de participar esa participación ya de adultos ya digamos bien adultos pero hay otros que venimos de atrás entonces participar

M.1: Ha sido parte como de la vida

C.V: Claro ha sido parte o sea no sentirse fuera y en todos los procesos de la vida y de la historia cierto eso he no quiero entrar en el plano político cierto pero uno (carcajadas) participa en muchas cosas eso no solamente en los compromisos vecinal familiar estudiantil como ustedes ven cierto hay una gran gama eh y es un poco el sentir que tiene nos expresamos de muchas formas, las formas como nosotros vemos el participar ahora eh...Buenas tardes (llega un miembro del consejo de desarrollo)...como uno lo venía haciendo en forma espontánea y siendo parte de lo que estaba haciendo lo bueno que se produjo fue cuando se abrieron los espacios y se invitó a la comunidad o sea a los dirigentes a la participación ciudadana que esto se viene viendo no solamente en salud sino que en todos los ámbitos entonces eso es bueno tomar en cuenta o sea la opinión de la gente siempre antes las cosas venían desde arriba impuestas

M.2: Pase buenas tardes tome asiento, (saludo general)

C.V: Eh hola Daniel pero...

M.R: Yo creo que también participación en mi opinión también es querer participar también existe la voluntad y el ánimo de ser porque no todo en la vida las personas tienen interés de participar ósea hay personas que ay no, no, no me gusta no esto no muchas veces entonces la palabra no va con un interés personal de poder estar presente de aquí de allá es más bien un interés de bien adentro porque hay veces en realidad que a la gente le pasa la vida por de lao y pasan ahí nunca se preocupan del vecino no se preocupa de nadie del entorno no está ni

ahí y tener las ganas ¡po! las ganas como se dice de participar en algo tener esa chispa esa magia que muchas veces también es apagada por la misma comunidad, por lo mismo que muchas veces uno tiene muchas ganas mucha chispa pero entrecomillas se apaga porque es un desgaste el participación también es un desgaste también personal en todo ámbito porque uno de repente tiene que poner límites saber poner sus límites también como su tiempo y a veces los dirigentes también les pasa la cuenta porque uno participa y participa siempre sin nada a cambio siempre está presente de aquí pa ya pero no pone como de repente sus límites debería haber una regla estática que diga estos son límites ahí se la arreglan los vecinos ellos pagarán las consecuencias una cosa así (carcajadas) un código o bien como una ley aunque está la ley de junta de vecinos una ley interna que diga sabe que ma si no participa sabe que ma pierde proyecto es bien drástica si pero en realidad como de equidad.

M.1: Claro.

M.R: Pa` todos los vecinos.

M.1: Es más integrador.

M.R: Exacto.

M.1: Pasando a la otra pregunta. ¿En qué instancias creen ustedes que han sido considerados participativamente dentro del área de participación social acá en el Hospital Comunitario? como así como nombrando, las instancias que ustedes pueden reconocer como participativas.

M.R: Cuando se inició también la parte partícipes en un principio nos tomaron en cuenta desde principio para elaborar el proyecto del Hospital Comunitario

M.1: Ahh ya.

M.R: Empezaron a dividir por sectores fue muy maravilloso esa parte porque nos tomaron en cuenta a nosotros a los dirigentes como para plasmar esa parte desde un comienzo nos tomaron en cuenta.

M.1: Después que otro más, que otra instancia ha podido reconocer señora Ruth aparte de eso que nos dieron eh como se puede decir aparte de eso

R.V: Aparte de que nos dieron llamaron nos tuvieron en cuenta para participar yo creo que también eh también tuvieron respeto al escucharnos las

ideas porque nosotros como dirigentes sabemos la problemática que sucede en esta comunidad entonces la gente que iba desarrollarse acá era nueva entonces yo creo que era compartido porque solos yo creo claro lo hubieran podido hacer pero se hubieran demorado entonces con nosotros que conocemos el lugar la gente los motivos entonces parece que es así.

M.1: Se fueron como las ideas plasmando.

R.V: Exacto eh la idea las personas que nos había citado mas nosotros con la ayuda ambos hemos logrado eso no solamente nosotros ellos también porque parece que mutuamente nos necesitamos.

M.R: Hubo feeling desde el principio.

R.V: claro no y yo en realidad independientemente yo me siento contenta de parte de venir para acá de ver la problemática de mi gente de mi comuna incluso como ustedes saben yo vendo acá yo veo cualquier cosa cuando hay una reunión...

C.V: Está la pre- Asistente Social allá afuera...carcajadas de fondo.

R.V: Les digo a veces no saben yo los informo independientemente es que hay personas que no saben leer incluso todo eso todo eso se ha dicho acá y se ha hecho pero siempre es bueno no, entonces yo digo si hubiera tenido dinero hubiera estudiado para Asistente Social.

(Carcajadas)

C.V: Es que ellas ya tienen mucho dinero... (Dirigiéndose a las moderadoras)

(Carcajadas)

R.V: En mi país es un lujo estudiar

M.R: Me asalta una duda que lo que es Asistente Social es lo mismo que Trabajadora Social es que ya no existe la carrera Servicio Social

M.2: Es que hubo un cambio en el tiempo de nombre de Asistente Social a Trabajador Social un campo en la forma de cómo se realizaba el trabajo

M.R: Pero ¿es otra carrera Trabajadora Social?

M.2: Pero igual hay otras carreras que son Servicio Social Trabajo Social...)

M.R: Antes uno las veía que como que eran de la municipalidad ahí encasilladas ahora me da la impresión que trabajo social es como más extenso más en terreno cierto

R.V: Ahora pueden trabajar en salud en las minas empresas...

M.2: don Daniel para introducirlo un poco en el tema estamos haciendo una conversación grupal acerca del proceso de participación social que se ha vivido aquí en el Hospital grabada con sus consentimientos.

D.F: Con la libertad de decir todo lo que yo pienso (carcajadas)

M.2: Con la libertad de decir todo lo que usted piensa

D.F: Para los que no me conocen yo me llamo Daniel Flores soy presidente de la unión comunal de Alto Hospicio em he participado en hartas tareas aquí en el Hospital Básico y una de las grandes luchas que personalmente he tenido es que se logre el Hospital verdadero no por desmerecer lo que tenemos ósea a lo que se prometió en su momento que este tenía que ser un Hospital que no se nos dijo que tipo de Hospital entonces a nosotros se nos dijo un Hospital real con camas y áreas que nosotros necesitamos como comuna y en esa lucha hemos estado apoyando y participando aquí en lo que a mí me gusta de aquí así con don Julio participamos en el Consejo del otro lado, aquí es la participación incluso del personal que allá se ve poco, el interés de saber la problemática del sector de las personas que se atienden lo que allá no está pasando es una lucha como nos cambian de Director tenemos que empezar a ordenar al Director o guiarlo para el la que nosotros queremos y eso no pasa acá y yo las veces que he participado veo que está integrado el personal que es distinto el servicio y allá si participa el Director marcando un poco la posición de él que no le gusta que se le digan las cosas desde la mala atención oh oh las falencias que tiene el Consultorio entonces no se puede trabajar así en cambio acá yo veo el interés a saber y a aceptar las críticas eh eso es bueno porque eh cuando uno trae la voz de la población porque nosotros los Dirigentes somos eso somos la voz de la población entonces tenemos que transmitir las inquietudes las necesidades y lo que está pasando, nosotros en el sector del casco antiguo tenemos un montón de abuelitos que están abandonados y no tienen atención una de las respuestas que dio el Director yo no puedo ir donde está el abuelito no es mi obligación y no tengo porque, el servicio de salud tiene que acercarse hay abuelitos que están postrados y si no se acerca nadie como podemos decir

estamos en una buena atención de la salud son temas que por los dos lados que yo participo tal vez acá me veo poco por las mismas reuniones por eso me excuso que venía de una reunión de Iquique eh y no tenía el celular del Carlos pa llamarlos si todavía estaban llegué y estaban todas las puertas cerradas y a las que hacen aseo les pregunté cómo puedo llegar al casino y no encontraba la puerta grande.

M.R: Quería acotar algo, resulta que el hecho que nosotros podamos ser partícipes bueno en general la comunidad de cierta manera es como un plus para la comunidad se sienten fortalecidos como decía ay yo se siente como orgullosos de pertenecer al Hospital porque son escuchados porque son tomado en cuenta entonces ellos se sienten como más arriba dicen chuta contamos con este Hospital, se siente como más fortalecida la comunidad como que si recibe información de una forma u otra reciben porque se ha invitado a la comunidad muchas veces a la comunidad a las reuniones y hay muchas veces que no llegan por muchas razones pero si se trata de llegar la información a la comunidad y eso lo hacen ser fuerte a ellos decir si puedo reclamar si con propiedad decir mi pensamiento que no fui atendida bien y ellos lo transmiten a nosotros.

M.1: Es mucho mejor entonces cuando se busca una solución compartida.

D.F: Y es por ambos lados oh de la atención hacia el público es también escuchar la voz del personal que a veces hay un montón de cosas que tendrían que estar informando o estar haciendo saber si están mal y no pueden por miedo a que los cancelen y esto es una formas de hacerle sentir al jefe en que están fallando

C.V: Ahora en esa pregunta dos digamos juntando lo que decía la señora Marta y la señora Ruth y Daniel eh uno se siente parte del proceso eso es bueno cuando lo comienzan a tomar en cuenta porque ya se siente parte del proceso era bien clara la señora Marta cuando decía el haber trabajado desde los inicios creando las diferentes áreas sol luna mar tierra eh viendo cómo iba a funcionar en qué condiciones se iba a atender a la gente eh como iba a ser la entrega de horas eh tenemos el caso de algunas dirigentes que vinieron a participar en la entrega de los números.

R.V: Si participamos en eso para ver la realidad.

C.V: Se participó en eso entonces eso es integrar a la comunidad eso es tomarla en cuenta no decir nosotros somos buenitos vengan para acá y hasta ahí

no más, una segunda instancia fue cuando eh el año ante pasado eh se presentó la posibilidad de los Presupuestos Participativos con los que trabajamos con ustedes cierto donde eh todo fue saliendo de parte nuestra en un trabajo en conjunto con el Hospital eh las necesidades que habían nosotros queríamos poco menos que hacer un castillo grande cierto y ver todo el asunto pero de a poquito fuimos aterrizando y viendo las posibilidades que teníamos, entonces eso bueno porque todo nació de parte nuestra, cuando el Hospital estuvo en peligro de pasar al Municipio también nosotros como comunidad también nos hicimos presentes estuvimos diciendo nosotros como comunidad de la Pampa no queríamos que el Hospital se echara a perder, lo que teníamos por lo que nosotros habíamos trabajado entonces esas son formas como se llama señora Marta cuando a uno lo toman en cuenta lo toman en serio no cierto uno se siente grato uno se siente bien porque uno es parte del proceso uno siempre le está diciendo a los jóvenes cierto que sacan con patalear con quemar neumáticos están inscritos pa votar si o no, no ya no tienen derecho a opinión una cosa así entonces si tu quieres ser parte de un proceso tienes que participar de ese proceso y cómo puedes participar integrándote formando parte del conjunto si se margina de qué sirve cierto, lo mismo pasa cuando uno llama a reuniones de la JJ.VV y propone proyectos trabajo a realizar con la comunidad y después aparecen algunos diciendo y por qué yo no voté, fui a reunión no entonces no patalee

M.1: Hay diferentes formas entonces.

C.V: Claro

M.R: Es que también desde un principio a esta parte se ha ido educando a la comunidad, porque si bien es cierto esto es como un proceso de educación también se le ha comunicado a ellos que si ellos vienen a pedir una hora están todos los canales abiertos todas las posibilidades de cómo pedir una hora, eh la hora esa preferencial te acuerdas (le comenta a la señora Ruth) mucha gama de cosas que le hemos explicado a la gente que se dirija pero si con una cierta educación porque habían suscitado varios problemas entonces la gente también es como que quiere pasar encima de las reglas todo eso entonces la gente también puede aprender aprendiendo con este proceso y se puede decir educando también que las personas que están acá pucha en realidad no es por desmerecer a nadie pero ellos estudiaron para estar en este trabajo por lo tanto ellos lo han hecho bien y si hay una forma de también de decir pucha yo tengo una queja eh hacerlo bien, a través de una carta eh por último eh dirigirse a

nosotros si tiene algún problema entonces nosotros poder orientarlo también tiene esas herramientas la comunidad hoy en día de para que puedan hacer sus reclamos así tienen más beneficios.

M.1: Ya con respecto vamos a hablar ahora de temas más específicos de acuerdo al proceso de participación social acá en el Hospital en los mecanismos de satisfacción usuaria específicamente en los modos de evaluación vamos a preguntarle si es que ustedes conocen algún método de evaluación de la gestión del Hospital que han ejecutado para evaluar la atención, el trabajo del Hospital etc.

M.R: Si, si hicimos algo me acuerdo que fue...

(Silencio)

M.1: Como por ejemplo la encuesta de satisfacción usuaria, si algún método de evaluación...

C.V: Sí, porque se creó el comité el cómo se llama...

M.R: El Comité de Gestión de Reclamos del buen trato al usuario. Gestión

C.V: Y ese está integrado cierto por un personal del Hospital y por la comunidad en el cual se ven los reclamos lo los reclamos la bueno todavía no ha habido felicitaciones parece (carcajadas todos) en los cuales se va evaluando y se va buscando las formas de ir mejorando el asunto dentro de las posibilidades gestión pero se está trabajando en eso ahora es más el 1 de Marzo tenemos la reunión.

M.1: Qué otras evaluaciones (se escucha un ruido de celular de fondo)

M.R: Cuando vinieron las mismas mamás fueron... (Interrumpida por otro participante)

J.M: Yo creo que...

M.1: Escuchemos la respuesta de la señora Marta.

M.R: Fueron a venir vinieron las mismas números te acuerdas esa es una forma también de evaluar el trabajo que se está realizando la entrega de números también esa es una herramienta se utilizó para saber si está funcionando bien

R.V: Si está funcionando bien el número de pacientes que iban a atender aquí en el Hospital la atención

M.1: don Julio decía.

J.M: El problema es que la atención o sea cuando la persona diga que la tratan que le dan las horas yo les voy a contar el caso de mi señora mi señora se quebró el brazo en fin entonces vino acá al hospital lo arreglaron al Hospital de abajo la derivaron acá que se yo pero resulta que han pasado meses tiene el brazo chueco corrido y no le sirve mucho el brazo entonces tenemos una atención extraordinaria una atención exquisita pero los resultados son desastrosos la señora María Gómez en la feria que yo trabajo adulto mayor de setenta años tiene el mismo problema que mi señora tiene el brazo peor que el de mi señora y no tiene movimiento han pasado meses uno le da la mano y la señora se queja entonces era el mismo efecto buena atención pero los resultados yo veo que son desastrosos o sea es lo mismo que cuanto se llama es como yo veo que es como que se entretienen (otra vez ruido de celular de fondo)

A.Q: Don Julio usted está hablando de dos casos y la atención es...interrumpida por don J.M.

J.M: Yo le voy a contar de otro caso...interrumpido por Sta. A.

A.Q: Porque en la estadística que tenemos mensual de atención es de 1100 a 1300 al mes por año a veces hay gente no cierto que está en vacaciones y la consulta disminuye cuando llega Marzo y de Marzo para adelante las consultas vuelven a aumentar entonces hacer una evaluación catastrófica de nuestra atención no va al caso o sea nuestro impacto en la comunidad creo es mucho se está en término si bien yo entiendo que es algo que lo tocó a usted personalmente a lo mejor por eso lo magnifica de esa manera pero usted tiene una señora y es una persona la que tuvo o dos personas pero tenemos 1300 atenciones y eso ocurrió en una o dos personas no podemos decir que la atención...

M.R: Que también yo, yo es que son en casos puntuales seguramente porque...

J.M: A ver déjenme aclarar el problema de otra forma la señora tiempo atrás se atendía acá al Hospital por la cuestión del nacimiento del parto cuando la señora acá no tuvo la atención suficiente no la trataron lo suficientemente rápido

la guagua de la señora se murió entonces no veo yo que ósea tenemos un Hospital que no son capaz de atenderla entonces a eso voy yo.

R.V: Son casos fortuitos no siempre es así.

L.H: Voy a hablar del aspecto técnico eh dentro del área de la salud a mi me parece que no de repente el tema de la salud es un tema bien delicado porque porque en estricto rigor si nos abocamos a que es un tema que estamos trabajando con personas debería haber cero error cierto sin embargo cero error eso en ninguna parte se ve porque de alguna manera de repente ocurren digamos que pueden ser digamos con una investigación de por medio o que puede haber un culpable que pueda ser digamos una responsabilidad del establecimiento pero otras veces no pasa por eso digamos entonces hay que ser bien cauteloso en dar esas críticas porque, porque primero y eso también es lo que se ha tratado de entregar en estas reuniones dar a conocer a la comunidad ya que cuando cuales son las funciones que cumple este establecimiento desde el punto de vista de la atención de salud de la gente ya hay cosas que nosotros como establecimiento de salud no somos capaz de dar no tenemos ni la infraestructura ni el personal capacitado la visión del representante del hcsf con respecto a la cobertura de información. Para dar usted recién menciono a una persona que vino tuvo su guagua y su guagua se murió esa persona nunca debió haber llegado acá nosotros no tenemos que dar atención de parto

J.M: Pero tenía que llegar acá no era mucho lo que se podía hacer.

L.H: No, no por eso porque no tenemos ni el recurso humano ni la infraestructura como para dar atención es lo mismo que usted me dijera vino se fracturó una rodilla y tendría que operarse no podemos operarlo lo mismo pasa con la atención y si aquí se dan atenciones de parto son casos de extrema urgencia o sea no tuvo factibilidad de ser trasladada la señora no sé por a b c motivo no llegó al Hospital llegó acá y eso siempre va a implicar un riesgo por eso cada vez en estos casos voy a ser bien puntual de los embarazos cada vez que llega un parto inminente acá lo evalúa el médico y si es estrictamente necesario se hace acá si no se deriva sin embargo llegan los tiempos tan límites que se tienen que atender acá pero siempre va a implicar mayor riesgo porque, porque nosotros no tenemos la infraestructura necesaria para dar ese tipo de atenciones Marta y el personal Luz eh el personal está capacitado para casos de urgencia por ejemplo si la guagüita viene con complicaciones como atendemos

C.V: Si se complica más hay una...

L.H: Entonces yo doy ese ejemplo que hay que ser bien cauto y minucioso porque de repente claro se ve el conflicto y el resultado pero no se sabe como cual el proceso.

M.R: Entonces también la comunidad debería saber eso, en cierta manera debería estar al tanto. (Ruidos).

L.H: Por eso es lo que se ha tratado de dar.

M.R: Al tanto porque la gente todavía tiene una idea inequívoca, ignora todo eso porque para ello, su seguridad es el Hospital.

C.V: A eso quería apuntar yo, el concepto que tenemos mucho cierto es que, aquí en Hospicio existe un Consultorio el Pulgar y un Hospital que es este.

M.R: Y no es Hospital.

D.F: Claro, nosotros en la comunidad de la pampa, nosotros trabajar todo con el hospital, nosotros ya entendimos que es lo que pasa con este asunto, y nos fuimos adaptando y sabemos cómo funciona, nosotros no tenemos ningún problema. Pero cuando vienen otras personas en este trabajo de dirigente, conversar con dirigentes del boro por ejemplo de... de.

R.V.: De la negra.

C.V: De la Villa Frei, de la negra, de varios lugares que no son de acá del sector la pampa, me dicen entonces yo tuve una urgencia partí al Hospital, pero es que no es necesario, esto no es Hospital, es que tiene q ser hospital, estamos con esa idea desde el principio,(Marta: CLARO) ya desechemos esa cuestión, ya no fue lo que nosotros queríamos que fuera.

R.V.: Es de atención primaria nomas.

C.V.: Que es esto, y esto, cuando nosotros nos hacemos al hospital, y nos pidieron que trabajáramos con ello, nos dijeron como dicen hay que arar con los bueyes que hay nomas esto es lo que niñitos, iba para esto pero estamos con esto, trabajemos con esto dijimos nosotros y nos pusimos.

R.V.: A trabajar con lo que había.

C.V.: Entonces las personas de acá del sector saben que tienen q venir dirigirse tales y cuales instancia, esta otra no puede ser porque no están ahí, yo eh conversado por ejemplo con algunas personas que bien en y están de visita nomas, su niñita viene o ella sufrió un accidente y vino ala atención primaria y le pusieron y tiene que seguir con una curación o algo después, y vienen al otro día aquí y le dicen no po usted tiene que venir al consultorio que le corresponde.

M.R.: Iba como un engaño, en realidad la comunidad.

C.V.: Es una mala percepción.

M.R.: claro.

M.1: La encuesta satisfacción usuaria es un buen método para poder evaluar esa atención.

C.V.: Como haber.

M.1: En la encuesta satisfacción usuaria que tuvieron que realizar para poder evaluar esas atenciones, fue un, considera por ustedes un método efectivo para evaluar esa atención:

R.V.: *Si (Carlos: si, claro) porque con este método se puede evaluar y poder ver cuáles fueron las falencias para hacerlo mejor.

C.V.: Y y... la calidad.

R.V.: Y la calidad y todo, incluye todo

C.V.: Para clasificar los reclamos

M.R.: O sea yo eso comparto con la idea de que él está haciendo una lucha grande, y que realmente podamos educarnos también que realmente hay un Hospital acá, un hospital porque cuanto más niños o en realidad gente esperan que de repente realmente fallezca que no cuentan con los implementos o en ese momento las herramientas necesarias van a seguir pasando este tipo de cosas, y nadie está libre de nada y es terrible yo como mamá, eh, eh... gracias a dios tuve la suerte de tener a todos mis hijos bien y todo y que realmente queden con secuelas y que fallezcan, pucha es un daño irreparable, o sea eso es lo más terrible que le pueda ocurrir a un madre, entonces yo encuentro que de repente ponerse en el lugar del otro, y en este caso nosotros como dirigentes, y todo el contexto independiente si lo hacemos bien o mal hay que ponerse en lugar de la

comunidad, porque se cierta manera nosotros aquí estamos desprovisto en horas, aparte de que no tenemos una carretera digamos otra carretera donde podamos bajar a Iquique, se hace más pesada la pista si llegamos con una urgencia, entonces es terrible realmente no contar con un hospital con todas sus cosas como corresponde, me entiende en ese sentido no tenemos ninguna otra carretera nueva para poder hacer más expedita la bajada a Iquique, y no contamos con un hospital son dos cosas graves que ocurren acá en Alto Hospicio, si bien nosotros podemos agradecer toda la vida el Hospital nos da una necesidad súper necesidad pero no lo que realmente lo que la comunidad necesita.

*D.F.: Ha espera un poco para completar lo que está diciendo, cuando yo digo la lucha de un Hospital verdadero, es también por ese tema el Hospital debería cubrir toda la comuna de hospicio y sus alrededores, lo que no está cumpliendo este, ahora nosotros necesitamos especialidades un montón de cosas independiente el acceso al hospital, el, la información de lo que está cubriendo ahora en este momento no es suficiente en este momento falta un poco hacer la información de que realmente está cubriendo el Hospital porque la gente solamente porque la palabra Hospital abarca mucho, y acude y pierde mucho más tiempo de venir de bajar a Iquique a ser atendido.

M.R.: Y puede ver.

D.F.: Claro, ahí hay minutos que se pierden, y es complicado a veces cruzar lo que es el casco antiguo para este lado por el tema de la carretera. Falta un poco más de información y a la vez trabajar con el fin de que el hospital que se nos está prometiendo ahora cumpla con la expectativa de lo que nosotros como comunidad necesita.

D.F.: Yo quiero hablar.

M.1: Enfocándonos, a ver, es que en vista del tiempo voy a seguir con con las preguntas porque tenemos mucho más preguntas entonces vamos a ir siguiendo con las preguntas ¿ya?

R.V.: Ya.

M.1: Específicamente.

J.M.: Me gustaría agregar algo a mí.

M.1: Ya.

J.M.: El problema por ejemplo cuando se necesita personal un un ..urólogo, un qué se yo, un especialista, cualquier especialidad no cierto aquí no hay, entonces yo veo que estás es como un Hospital es bonito, un hospital extraordinariamente bonito, tiene buena terminación que se yo, pero se dedicó a tergiversar y a tapar las cómo se llama las las ermitañas de que se no haya hecho.

C.V.: Entonces, entonces quiere decir que no estamos entendiendo, en que en que es lo que hicieron, no estamos entendiendo que es lo que hicieron.

J.M.: Déjame terminar por favor.

C.V.: No estamos entendiendo que es lo que hicieron.

J.M.: Que significa que tenemos un Hospital que no es el adecuado para la satisfacción de la población

C.V.: Que no es un hospital.

J.M.: Ya entonces.

C.V.: No es un hospital.

J.M.: Ya entonces eso tenemos que tenerlo bien claro.

C.V.: Es que de eso es lo que estamos conversando, no cierto, esto no es un hospital, desde el momento que no tiene cama.

R.V.: No es un Hospital.

C.V.: Yo creo disculpe que el nombre, que decía al principio hospital básico claro.

R.V.: Primeras urgencias.

C.V.: Claro.

J.M.: No es que se básico, el resultado que se da en la comunidad, entonces cuando no cubren las necesidades, pueden poner el nombre que quieran y no sirve me entendí.

A.P.: Claro, claro, claro, si es que en el planteamiento igual, lo mismo estaríamos hablando de abajo, porque abajo también es hospital y no está, y preguntamos por anestesista, nunca hay anestesista tampoco es difícil de

encontrar, entonces las demandas son amplias, entonces yo puedo decir en un caso personal puedo decir, yo necesito orden no se haya para haya bajo para hacerme una etnografía, me dan la orden pero después de prácticamente seis meses siete meses, recién me viene a dar la orden para que yo me haga el examen, u otro examen que son más des preventivos después de un año, o sea que se siente, hay mucha disconformidad, porque es mucha la demanda, entonces

*M.R.: Pero caballero lo que pasa aquí sucede algo muy puntual, que se está jugando con la vida humana, de cierta manera porque acá supuestamente vino una persona porque ella tenía el concepto de hospital y lamentablemente no pudieron darle la atención adecuada y murió él bebe, perdió la vida entonces eso para mí es gravísimo, realmente entonces de que estamos hablando, o sea como dicen no podemos seguir cubriendo lo que pasa acá, falta más información a la comunidad, decir que es lo que realmente esto y hasta donde cubre, porque a nadie le gustaría perder la vida de un hijo.

A.P.: Eso, nosotros lo sabíamos de antes.

M.R.: No es que usted lo sabe, pero no todo el mundo porque ignoran, ignoran, ahora el hospital tiene un trabajo arduo en el Sentido de que ellos como Hospital tienen que hablar ellos a la comunidad poner la cara y decir esto es lo que hacemos, no corresponde a los dirigentes.

L.H.: Señora Marta, usted testigo de que eso se ha hecho.

M.R.: Se pero yo estoy hablando de nosotros, pero ustedes como Hospital

L.H.: No estoy hablando de ustedes, estoy hablando de que cuando todavía ni siquiera empezaba el funcionamiento las reuniones eran ampliadas en que se invito a la comunidad

M.R.: Creo que falta más difusión radial, televisiva, porque la gente todavía a este tiempo sigue ignorando se confunde.

L.H.: El periodo del proyecto.

C.V.: No yo no voy tanto, yo no voy tanto que la gente se confunde, las personas no quieren, Hay un grupo.

M.R.: Es muy grande.

C.V.: Vamos a entrar en otro plano señora Marta.

R.V.: Don Carlos, don Carlos.

C.V.: Reuniendo firmas que no hay Hospital.

M.3: Hay otro plano que son parte de la OIRS, ya sea reclamos sugerencias (Ruth: claro) y ese podría ser otro espacio en el cual nos podemos reunión, pero lo que nos atenué ahora son preguntas bien interesantes.

M.1.: Si y agradecer toda la información que nos brindan y para eso también el Hospital ha creado la instancias.

C.V.: Perdone que nos hayamos apasionado.

M.R.: Es que yo tengo... mi comunidad.

M.1: En un margen de respeto.

D.F.: Si nosotros escuchamos el sentir de población estamos haciendo un trabajo, estamos un poco aprobando esas preguntas y si están en lo correcto y que se necesita.

C.V.: A ver.

D.F: En ese momento, espérame tanto, espérame tanto espérame... Si nosotros no decimos las cosas que están pasando, las necesidades, el caballero dice ¡eh! el Hospital de haya también tiene falencia., haya hay una lucha constante con la gente de las uniones comunales los servicios que se está haciendo, en este momento nosotros nos tan proponiendo, nos están ofreciendo y nos tan prometiendo un nuevo hospital, entonces no queremos que a nos suceda lo mismo, ahora, con lo poco que tenemos en este momento tenemos que funcionar pero funcionar para toda la comuna en este momento usted dice hay información, nosotros como dirigente tenemos una etapa de dos años en esos dos años pasa otro dirigente lamentablemente los dirigentes que trabajamos somos pocos hay más de 100 juntas de vecinos acá, y aquí en la mesa cuantos habemos.

R.V.: Seis.

*D.F.: Ya, (Luz: es que por eso) partimos en el punto de que la información no se humaniza, entonces hay que hacer constantemente un repaso.

L.H.: No, no, no es que además, ustedes están viéndolo que desde el punto de vista de que la responsabilidad completa.

D.F.: No, no, no, no, no, es compartida.

M.R. : Es compartida.

L.H.: Es compartida entonces tienen que a ver un interés por parte de la población, a mi me parece extraño, que se esté diciendo cuando ya vamos a cumplir cuatro años de funcionamiento que hayan personas que no sepan que prestaciones da este establecimiento.

M.R.: es que es que es que la señora que acudió y perdió la guagua no conocía los parámetros.

L.H.: Pero hay... adscrita y debiese atenderse.

D.F.: A eso voy la junta de vecino transmite todo.

M.R.: Claro, hay juntas.

L.H.: Lo que pasa que de repente ocurren urgencias eminentes.

R.V.: Eso.

L.H.: Ya, una urgencia eminente siempre va a tener un riesgo vital.

R.V.: Así es.

L.H.: Acá nosotros tenemos una unidad de urgencia, consulta mucha gente que debería consultar en los policlínicos, pero también llegan urgencia semi antes infartos, politraumatizados pacientes embarazadas, ya, siempre esas urgencias tienen un riesgo vital ya, aquí y en cualquier parte, lo importante que se sepa, por eso yo digo antes de omitir una opinión deben saber cuál fue el proceso, yo con el proceso o pueden en realidad por ejemplo hubo un politraumatizado o hubo un impactado llegó aquí y se atendió ya, y lamentablemente falleció y a lo mejor no falleció porque tuvo una inatención inadecuada, sino, porque era una urgencia vital y lamentablemente falleció le iba a tocar aquí o en cualquier parte, no digo que sea siempre de repente pueden a ver casas que se pueden dar en negligencia, yo estoy hablando a nivel general pero no podemos tampoco generalizar que todas las personas que fallezcan y llegan a este establecimiento es problema de este establecimiento tenemos que ver el proceso completo.

C.V.: Una cosita antes que siga usted.

M.1: Cortito.

C.V.: Si cortito, y voy a dejar, es como una noción de hoy día viernes 25 de febrero estas tres niñas que son estudiantes en práctica, han trabajado con nosotros en el proceso de este consejo de desarrollo en salud entonces ahora ellas están terminando su curso, (Ruth la tesis) están haciendo su tesis de grado, el trabajo es somos nosotros, entonces lo que ellas necesitaban saber de nosotros, es como se ha ido desarrollando el concejo de desarrollo valga la redundancia, cierto, como fue el trabajo aquí, a lo mejor el tiene algunas cosa que quisiera plantear en algunas instancias de reclamo de los cuales yo también tengo muchos reclamos que plantear, pero no es este momento de estar planteando estos reclamos, (Deisy claro eso iba a decir) en la instancias de lo que dice Daniel nosotros necesitamos un Hospital de verdad, claro es verdad, yo también tengo la idea que es necesario tener un Hospital de verdad aquí en Alto Hospicio, pero este no es el momento porque estamos relajando, queremos darle respuestas a unas cosas que ellas nos quieren plantear, que ellas nos están preguntando, para un trabajo que ellas tienen que realizar de su tesis de eso se trata, a lo mejor va a ver instancias, No, no se ría así en esa forma, hay instancias, la directora de salud nos ha invitado a reuniones de las cuales el consultorio pulgar no ha asistido, hemos estado en dos reuniones febrero, perdón enero febrero, el consultor no ha asistido, no se po lo mejor no encuentra la importancia en plantear las necesidades plantear la las falencias que existen en los diferentes establecimientos de salud, pero nosotros como Hospital dan y y nos plantearíamos, nosotros hemos conversado con ellos, entonces las cosas plantearlas en las instancias donde corresponda, en este momento ellas nosotros o sea ella nos pidieron gentilmente que les viniéramos a apoyar en un trabajo que ellas tienen que desarrollar.

M.R.: Bueno también ellas tienen que entender que nosotros dirigentes vamos y nos apasionando siempre por la justicia social.

A.P: Nos hemos extendido un poquitito.

M.2: Claro eso es súper entendible, pero también esta información también va a servir como insumo para el Hospital, y del hospital hacia la comunidad, entonces claramente son buenos estos espacios.

D.F.: Basándome en lo que acabas de decir, la opinión que yo eh estado emitiendo no es negativa a todo el trabajo que se está haciendo acá, en el fondo es hacer...

A.P.: Bueno no nos apasionemos.

R.V: Nos hemos extendido nada más.

M.1: Nosotras agradecemos toda la información que ustedes tienen y sus necesidades... eh como bien decía don Carlos nosotras hemos querido abarcar bueno las generalidades de los aspectos del proceso de participación del Hospital y un poco nos desviamos del tema pero.

M.R.: no se va a solucionar.

Todos (Risas).

A.P.: o sea quieren prácticamente la parte bonita de lo que ellas necesitan escuchar, nada más, porque ellas quieren la parte bonita.

M.3: Aquí están las preguntas si es que ustedes las quiere verlas.

C.V.: Habíamos tenido una conversación previa. Claro yo decía era mejor que hubiera participado el Consejo porque ahí hay eh más diferentes opiniones.

M.1: No tanto la parte bonita si no que venir a conocer su experiencia.

C.V.: Claro.

M.1: Pero también tenemos otros varios aspectos que nos quedan pendiente todavía por conversar, estábamos específicamente en tema de los mecanismo de satisfacción usuaria en la encuesta de satisfacción usuaria, me gustaría que me conversen más acerca de cómo fue eso, como participaron en eso, han participado en eso, si conocieron los resultados, que han sabido de la.

C.V.: Es que participamos en una, hemos hecho una cierto.

M.2: ¿Se le aplicaron a ustedes la encuesta de satisfacción usuaria?

C.V.: Entonces ahora bien, en esta reunión que viene es la evaluación de lo anterior y de nuevo lo que hay para.

M.R.: Parte que hay una evaluación digamos también mensual, o sea yo me perdí igual de la reunión pero yo aquí el año pasado , yo me perdí una, pero

o sea de la anterior pero acá sierre a aviado reuniones para los dirigentes para ver cómo ha habido funcionando el sistema, pero siempre una reunión mensual, siempre se reúne una vez mensual, y a veces extra programáticas también, siempre ha habido un control de todo eso, o sea nada se ha hecho sin un control, todos estamos consciente de cómo está funcionando como tratábamos de funcionar anterior mente todo lo que se hizo antes pero si ha habido un auto evaluación más o menos considero yo mi opinión personal.

*M.1.: Ya, específicamente el tema de difusión de derechos del Hospital, me gustaría preguntarle sobre la carta de derechos y deberes sobre su confección, como trabajaron... ¿cómo pueden ustedes describir el proceso de confección de la carta?.

M.R.: Participativa, con todos los dirigentes los directores del hospital, personal del Hospital.

C.V.: Lo hicimos aquí mismo, teníamos puesto ahí los papelografos y ahí fuimos anotando la...

M.R.: Plasmando todas las ideas.

*A.P: Siempre, normalmente la mayoría de los dirigentes normalmente somos los que estamos siempre son cuatro o cinco que vienen, no vienen todos, por lo que vienen a reclamar, es responsabilidad de nosotros mismos, si es responsabilidad de nosotros mismos porque es un trabajo digamos en conjunto, porque todos tienen que dar la mano acá, pero normalmente, somos 100 juntas de vecinos y siempre vienen seis, siete o diez, no son el total, que todos en parte somos responsables de hacer nuestras reuniones, y de entregar la información o como también dicen que invitan a que traigamos oyentes de nuestros socios de nuestro, a escuchar la charla pero tampoco no vienen.

M.R.: Hay reuniones que son extra programáticas que no vienen todos por las razones, pero hay reuniones que si están apuntadas mensualmente ahí.

C.V.: Hay temas que se están trabajando sectorizados. Aquí el servicio es sectorizado.

*M.2: ¿La carta de derechos la trabajaron por sectores?

R.V.: No, ¡todos los sectores sol tierra mar y luna todos! ¡Todos!

D.F.: Estamos trabajando en cuanto establecimiento de salud es sectorizado, entonces en este momento tal vez en todas las reuniones nosotros no hemos participado como Don Julio que también entra en este sector casco antiguo, entonces ahí hay áreas que no podemos opinar por cosas que, entonces empezamos a reducir las personas que participan porque son poquitos los dirigentes, son poquitas las personas que deberían difundir de entregar la información a la población, un trabajo de este tipo no está bien completo porque no está la información necesaria, entonces no.

.1: ¿Don Daniel usted participo en ese tiempo en la confección de la carta participativa?

D.F.: mire eh participado en varias, no me recuerdo.

R.V.: el caballero no estuvo.

M.1: ¿Quién estuvo en ese proceso, don Carlos?

M.R.: Sí.

R.V.: El caballero, no vino.

Voces varias.

D.F.: Formar un comité el cual fue.

R.V.: usted escucho que iv a hacer, pero por equis motivos falto.

M.R.: hubo hartos.

R.V.: Él estaba en todas pero...

*M.1: ¿Cómo fue ese proceso de la carta participativa, fue rápida, como trabajo, como puede describir el trabajo?

R.V.: El trabajo fue en dos sesiones, (M.R: sí) siempre proyectándonos para futuro, de acuerdo a los dirigentes de diferentes sector, porque acá vinieron de sol, mar, tierra y luna, entonces se nos dio prioridad por ejemplo mar sol tierra luna así y después en conjunto eh ya este pudo plasmar la carta, así como estamos conversando con usted igual, (M.R: tomando en cuenta) todos participábamos.

M.R.: Tomando en cuenta un poco las vulnerabilidad de los sectores.

R.V.: Si.

M.1: Fue un.

M.R.: Un criterio que uso

*M.1: ¿Que recuerda usted de la carta participativa don Carlos?

C.V.: Eh ya...

M.1: Eh (risas) cortito.

M.R.: (risas)

M.1: No, pero para conocer el proceso ¿cómo lo vivieron usted?

C.V.: Yo les deje una.

A.P.: Fue traumática.

M.R.: Fue el 2009.

R.V.: Fue el 2009 po ahora tamos al 2011.

Varias voces.

M.R.: En esa mis carta se tramo mal los.....

A.P.: No se concretó nada de lo que nosotros queríamos.

M.R.: Los derechos del ciudadano porque como se dice entrecomilla, la gente viene acá y pide cosas imposibles y se van ahí, usted sabe que hospicio ahora se ha ido como apaciguando un poco (Alejandro: se hizo, como hacerlo, los dirigentes más que nada apaciguo algo) pero cuando empezó este hospital y punto, yo vengo a este hospital aquí, eran como que no se hubieran salido de una jaula, y eran así como al final se iban a los combos, porque así era la gente de mal educa, en ese sentido se tomó en cuenta el derecho de los ciudadanos, tomando en cuenta por los problemas que paso el hospital, porque yo, nunca o sea si igual he participado en otras co... en otro hospital, nunca se había tomado en cuenta desde los deberes que tienen los ciudadanos.

M.1: Entonces fue positivo el

M.R: si

M1: el proceso.

*M1: Ya, con respecto a la información que entrega el hospital a ustedes como concejo de desarrollo. Como consideran ustedes esa entrega de información, como la ven, le entregan información institucional del proceso del concejo de desarrollo, le entregan eh (R.V.: herramientas) libros

M.1: libros, documental.

R.V.: Si, las primero veces, los primeros meses nos entregaban folleto, también nos pasaban.

M.R.: trípticos

M.1: pero específicamente del concejo de desarrollo, ¿le han entregado información?

M.R.: eh un data show, en una oportunidad.

R.V.: y después un...si y como se llama eso, si como se dice eso señorita (Deisy un documental), un cd también.

(Voces Varias)

R.V.: Si me eh olvidado, nos entregaron un cd también y nos entregaron una carpeta donde estaba todo el funcionamiento incluso el mapa del....

M.1: ¿De los sectores?

R.V.: Si de los sectores.

Deisy: y el trabajo que han elaborado en el concejo de desarrollo igual.

R.V.: También.

M.1: Han ido entregando los documentos.

R.V.: También si la señorita Amelia Challapa fue las que nos ha, estuvo asesorando, Amelia Challapa o Amelia.

M.R.: Challapa.

R.V.: Challapa ella la señorita Amelia, fue la que nos iba como asesorando, dando las cosas cada mes que nosotros gradualmente veníamos acá, y en ese tiempo había más gente que lo de ahora, ahora estamos fallando más menos desde noviembre del año pasado porque siempre había entre quince veinte en una época había todo esto señorita.

M.2: Si, si yo me acuerdo.

R.V.: Lamentablemente se sabe que a veces nosotros los dirigentes somos de carne y hueso a veces nos sucede algo.

Risas Varias

R.V.: No sé por qué en que motivo no han venido porque nosotros los hemos invitado

A.P.: Este año fue más complicado, con todos los problemas del servicio de salud, los trabajos, despido y todo ese asunto también.

M.R.: Paro.

A.P.: También tiene que abrigar en este problema que tiene el Hospital de si mismo, también es eh.

M.R.: Comprensible.

A.P.: Es comprensible en ese aspecto también que necesariamente...

D.F.: Y lo otro aparecen más dirigentes que en su momento político que en el trabajo social que se realmente se debería hacer, llega un momento que hay votaciones aparecen un montón de dirigentes a revolver el gallinero como se dice...

R.V.: Otra pregunta.

D.F.: A hacer un trabajo aportivo.

M.R.: También otras charlas que hubo en el auditorio que fueron todas a la comunidad también, que fueron las charlas de Chile crece contigo (Ruth el plan auge) capacitaciones para las mamás que querían ver a escuchar como el tema este de la, el cuidado de los bebés.

M.1: Antes del parto, el parto.

M.R.: Exacto, que es lo que entregaba el programa Chile crece contigo, que es un programa maravilloso, muy lindo y que las mamás ya conocen ese tema, saben las mamás de que después de eso les entregan un les regalan el ajuar, hay charlas para ellas, temas de la adolescencia también, lo psicológico, varios temas que se tocaron a la comunidad.

M.1: Claro.

M.R.: Pero la comunidad, o sea a estado abierta para que la comunidad participe, pero ahí donde está también como la tranca, la comunidad en realidad es un poco floja para participar.

*M.2: Claro, siguiendo la línea que usted dice, sobre también lo que decía mi compañera sobre la gestión institucional del hospital la información., usted de qué manera cree que participa como concejo de desarrollo en la toma del Hospital, como ha sido en ese proceso en la fase de planificación, se han sentido integrados como han vivido ese proceso, sienten que han trabajado a la par con el Hospital?

M.R.: Si tamos integrado.

R.V: Si tamos integrando (marta en ese sentido estamos integrado) estamos integrado porque desde el inicio nos integraron a nosotros, o sea nosotros incluso nosotros participamos para ver cómo era el movimiento del Hospital. Entregándonos esto, ayudando a los abuelitos, incluido creamos un área que es para la tercera edad, ¿se acuerda con usted? pero eso fue después.

C.V.: Eso fue la inversión.

R.V.: Sipo, si con el dinero que nos ganamos en el proyecto, ¿Se acuerda que eso fue el año pasado? porque usted nos está preguntando lo que sucedió el 2009, tamos un poco esto.

M.2: Claro.

R.V.: pero si hubo participación de nosotros si siempre, claro algunos se anotaban, otros se descartaban y después iba, como se dice tejiendo y haciendo no, acordando las cosas.

M.2: claro, es trabajar más que nada con el hospital.

R.V.: si señorita, todo, alguna falencia...

C.V.: en ese aspecto, claro, es ese aspecto, siempre la dirección del Hospital ha estado dispuesto (Ruth informarnos) en nuestras propuestas, en nuestras inquietudes, cuando nosotros hemos necesitado algunas capacitaciones u orientaciones en algunos aspecto, hemos organizado, pero hemos fallando en la convocatoria final.

Voces Varias.

*A.P: Es que mira realmente la gente acá no le importa porque es floja, no le importa tanto en venir a capacitación.

M.R.: no están ni ahí.

A.P: porque las capacitaciones por ejemplo conversábamos, eran largas, entonces decían que tendrían que estar todo el día un día y todo el día al otro día, entonces la gente es floja no le gusta venir a estudiar, venir a capacitarse, pero siempre lo que la gente a dicho es que quiere venir a solucionar los problemas aquí, que venga el usuario, que sea atendido, cosas inmediatas.

M.R.: claro, o sea.

A.P.: lo cual, aquí no, con dificultad se ha ido dando y se ha ido solucionado.

M.2: claro porque va por el lado de la educación.

A.P.: claro por el lado de la educación, pero aquí a la gente no le importa la educación.

M.R.: Es que ahí quería anotar eso.

A.P.: Espera, espera, entonces que pasa, que aquí se ha luchado, se ha dado digamos lo que fue esto del proyecto de la fila preferencial que si salió, fue una solución, se trabajó con las partes interiores que ellos vienen y le dan prioridad, que ellos se atiendan aquí primero.

R.V.: ganamos también lo de la interculturalidad

A.P: A veces se reclamaba que venían las personas de los interiores se les atendía a ellos, los que venían a hacer consultas acá se las trasladaba para otra fecha por motivo de que venían de los interiores, se planteó la solución también se le entro a dar la solución a eso para que no nos sintiéramos desplazados por preferencia, por una parte era así. Entonces esos eran los temas. No hay que tener hepatitis para tu saber cómo funciona la hepatitis, los estados febriles, como tu solucionarlos para que veas que no son casos de emergencia, a veces hay prioridades de emergencia, entonces para que vengan y conozcan realmente como es el trabajo, porque ahí realmente como se hizo en una reunión, como se hizo en un trabajo con los médicos el doctor verdugo, si no me equivoco él estuvo

aquí y conversábamos de las medidas físicas de repente no es necesario que vengán para acá los niños y lo expongan a las 2 o 3 de la mañana a traerlos a urgencia eso va ser peor hay un trabajo de prevención en la casa que va decir que hay que ser esto o esto otro.

*M.R: Yo voy a acotar un poquito, resulta que por lo que yo vi, ósea acá hubo participación en estos temas, pero participaron colegios, jardines, tercera edad, que son más fáciles de agrupar, profesores, pero las replicas, ahí es donde está el tema, yo no sé si esto fue replicado a los demás, porque la masa, como decir la pobla, la pobla realmente está en una no total ignorancia, pero la pobla si hay un dejar de estar de ellos, un dejar de que no se si no quieren escuchar, no quieren entender o no entienden a eso me refería yo a que mucho de ese tipo de gente tiene una ignorancia y un desconocimiento me entiende a la masa que es la mayoría acá en Alto Hospicio, pero si se ha replicado en los colegios porque vinieron gente de colegios de jardines vinieron persona de tercera edad vinieron dirigentes, vinieron muchas personas, pero realmente la masa, la que realmente tiene que participar, la que tiene que manifestar sus problemas es la que realmente no participa.

C.V: Lamentablemente.

M.R: Como hacerlo es ahí el gran problema y dilema.

C.V: El año pasado además hicimos un... (es interrumpido por M.R).

*M.R: No es porque yo me vaya en contra del Hospital es todo entendible la señora debe estar molesta conmigo, lo que pasa realmente es que cuando yo me apasiono voy a tomar esto y voy a tener que ir a todas partes para darlo a la luz, en realidad no le echo la culpa al Hospital porque en realidad es un trabajo de ambas partes, pero algo faltó acá que esta pobla no, no, porque nosotros igual fuimos a replicar como dirigentes, fuimos a las 620 casas para informar de todo el tema del Hospital pero no sé que faltó acá algo.

R.V: Las otras juntas de vecinos.

L.H: Alomejor hay que verlo hay que utilizar medios de comunicación más masivos.

R.V: por la radio yo creo.

M.R: Eso es lo que yo le hablaba

L.H: Por ABC motivos debe ser así porque no todos son iguales por ejemplo las personas que están aquí son más apasionados, les gusta más impregnarse de las cosas de su comuna, no toda la gente es así, por ejemplo la señora Juanita ve aquí que hay un establecimiento y viene de repente le da lo mismo no se apasiona tanto como ustedes, que haya o no haya un matron una cosa así. Por esto alomejor hay que idear un sistema de comunicación más masivo como lo es la radio y los diarios locales para difundir.

M.2: El tema va por ahí claro y como ustedes mismos decían ya que ustedes son los representantes ¿cómo creen ustedes que han integrado sus sugerencias en cuanto a los procedimientos que se han realizado acá en el Hospital?

*A.P: Yo creo que el problema no es tanto, si el problema radica más en la parte política en la que entrega mala la información, si nosotros nos recordamos cuando se inició este hospital básico comunitario entre comillas, las autoridades, fueron las máximas autoridades, fue el presidente para abajo, dijeron que aquí se iba a construir un hospital, entonces aquí hasta los funcionarios vinieron engañados a trabajar porque ellos dijeron se abrieron las postulaciones para el hospital de Alto Hospicio y llegaron acá y al final que fueron engañados hasta por los sueldos porque los sueldos no eran de hospital sino que eran de consultorio básico. Entonces ahí vinieron muchas personas que dejaron sus trabajos allá en Iquique, renunciaron para venirse a trabajar acá llegaron acá y se dieron cuenta que realmente no era un hospital po! Que tenía muchas falencias, entonces partamos que la comunicación fue desde arriba hacia abajo y ahí la población quedo estigmatizada con un problema hacia el gobierno po! Entonces que eran unos mentirosos entonces y abocaron toda esa rabia en contra de los funcionarios que trabajaban acá por eso que hubieron muchos problemas de mal trabajo con los pacientes, entonces así ellos desahogaron toda esa rabia en los profesionales, todas las mentiras que les dijeron, hubo una vez en que tuvieron que venir carabineros porque funcionarios de urgencia fueron agredidos por el mismo problema entonces.

M.2: Entonces es tiempo de buscar soluciones en conjunto para desde abajo dese la participación desde abajo se puedan mejorar los planes las políticas públicas en salud y todo lo demás.

A.: Ahora mismo dijeron el 2012 tiene que estar construido el Hospital, la parte de información es muy por parte no se dé quien porque si a mí me dicen el

2012 se construye el Hospital, ya después andaba una comentario que en España nos iban a expropiar dos manzanas para atrás, se iba ampliar para acá, entonces ya hubieron críticas en relación a eso, entonces dicen muchas cosas pero nada en concreto.

M.2: Por eso les pregunto en esas instancias ¿encuentran que han sido consideradas sus sugerencias al respecto?

A.: No.

M.2: Por ejemplo ¿en cuanto a urgencia?

C.V: En cuanto a convertir esto a como se dijo anteriormente eso ya es otro tema pero en cuanto a cómo funciona el hospital, cercano a la comunidad en cuanto a la entrega de horas, crear la fila preferencial, ir mejorando la atención en algunos aspectos se ha conversado harto con ella cuando estaba de directora los problemas que habían en urgencia y fue buscando ella la forma de cómo solucionarlos y así un montón de cosas. Ahora en cuanto a lo que es difusión nosotros estamos en contacto también en lo que es medio locales para comenzar a difundir algunas cosas y eso es en lo que topamos con la

R.V: Directora

C.V: No, no como vamos a topa con la directora (todos se ríen) no, con la incomprensión de la comunidad nuestra, ósea de las personas que están detrás de nosotros, por ejemplo, el año pasado se hizo una campaña de vacunación para niños cierto, en una reunión con la directora de salud acá dijo que no se ha completado la vacunación entonces es necesario que en Hospicio se haga una vacunación masiva pero ya vamos a ir con ambulancias, con profesionales, ustedes se comprometen, ya listo, yo movilice a mi población, le avise a Pedro Juan y Diego. Partió Don Jaime en la Santa Teresa , la señora Gloria allá en la autoconstrucción, Enrique por allá en el casco antiguo, oiga si Enrique reunió a 12 personas es mucho, si a Jaime le llegaron 15 personas es mucho y con la población que tiene la Santa Teresa y la señora Gloria 5 personas que yo aquí juntando los Volcanes, Domanasan, Norte grande, Gendecora, y los bloques, ósea 5 juntas de vecinos y llegaron 20 personas a vacunarse, entonces por mucho que uno deje como se dice comúnmente las patas en la calle avisando a una persona y a otra, no logran enganchar.

M.R: hay que hacer publicidad engañosa decir que se va regalar un saco de papa y van todas. (Se ríe)

C.V: Hicimos el año pasado un informativo que trajimos a gente de FONASA creo que fue o del servicio de salud. (Mira a los otros dirigentes).

M.R: De la intendencia.

C.V: Para el asunto de las prestaciones GES cierto, en qué consistía el auge, como se accedía, cuáles eran los tramites y todo eso, no llego nadie.

R.V: Tampoco uno invitaba....

C.V: Cuando estábamos haciendo los ciclos vitales estos, como bien decía la M.R. vinieron de colegios vinieron al infantil al adolescente, y al adulto fue justo y el adulto mayor que paso ahí, fue cuando hubo un paro, entonces a veces hay imponderables que nos impiden funcionar.

*M.R: Lo que pasa es que aquí en Alto Hospicio hay que ser muy valiente porque nosotros contamos con una sociedad muy diversa, la verdad que es muy diversa y de todas culturas hay de todo tipo de personas, por ejemplo no todo individuo entiende lo mismo que el otro, entonces es muy diversa la sociedad aquí, no es la misma que en otras ciudades, ya, no sé porque este flagelo realmente suceda acá, no sé porque, yo he trabajado en otras partes del sur y todo y lo entienden todo y no hay problema, pero aquí hay mucha diversidad, acá también hay personas de diferentes países también entonces realmente no hay un contexto globalizado no hay una cosa unida acá son todos como si tuvieran los chip diferentes acá.

M.2: Claro aparte que todos son de diferentes lugares.

M.R: Exacto, entonces hay unos que no piden nada y unos que no visitan, por ejemplo los aymara muy pocas veces visitan el hospital por ejemplo ahora con este Hospital yo creo que visitan mas, porque ellos tienen sus propias culturas, sus propias creencias que son respetadas aquí, lo otro aquí en el Hospital han respetado las creencias de ellos, también han sido tomadas en cuenta las etnias, eso también ellos lo saben, entonces es luchar día a día con una cultura muy diversa, no es fácil.

*M.2: A propósito también para continuar con la próxima pregunta ¿ustedes participan, trabajan en conjunto con el CIRA?

C.V: Con la elcira, no, no hay ninguna Elcira

(Todos se ríen).

M.2: ¿Trabajan en conjunto con el CIRA?

C.V: Las reuniones del CIRA se realizan acá.

M.2: Claro, ustedes nos podrían describir entonces ¿Cómo ha sido la participación de ustedes como consejo de desarrollo en el CIRA?

C.V: Haber como consejo de desarrollo hemos participado todas estas veces. (Participación en el CIRA)

(Marta se ríe)

C.V: porque según teníamos entendido estaba viniendo un solo representante del consejo regional porque es lo que nos tenían permitido a la comunidad, a los dirigentes, uno solo que era ninguneado, el Gabriel que era el secretario del regional, entonces pero después se amplió y al último vino la elisa, la,...tres, no, no vino Jesús, eran 6 a la final ya por lo menos eran 6. (Participación en el CIRA)

L.H: La reuniones del CIRA se retomaron el año pasado no recuerdo bien pero creo que fueron en octubre o noviembre por ahí.

C.V: No fueron tan constantes tampoco ahora. (Participación en el CIRA)

L.H: Si fueron constantes y se retomaron como en esa fecha.

D.F: Ahora hay información un poco informal en cuanto a la estadística del plan de trabajo, entonces somos un poco el oyente a lo que se hizo, entonces me refiero un poco al trabajo que se puede estar logrando con esto. (Participación en el CIRA)

C.V: Pero lo ultimo...

D.F: Entonces la alianza entre el servicio de salud y el ministerio de salud tampoco se ve reflejada. (Participación en el CIRA)

M.2: Ya entonces ahora vamos a pasar a otra dimensión que tiene que ver con los diálogos participativos se realizan para comenzar quería preguntarles ¿qué espacios de consultas ustedes pueden identificar aquí en el Hospital para la comunidad?

C.V: Me puede repetir la pregunta porfavor.

M. 2: ¿Que espacios están dirigidos a la comunidad en el Hospital? ¿Qué espacios hay? ¿Cuáles son los que existen?

C.V: Solo la OIRS.

M.R: Usted habla de reclamos.

A.: Información ¡po!

M.R: Claro.

C.V: Lo único que hay en donde la comunidad se dirige es la OIRS.

* M.2: Claro y ¿existen espacios de consultas que sean del Hospital a la comunidad?

D.F: Yo pienso que esa parte es negativa en todo organismo porque no les gusta que les digan las cosas o los reclamos. (Existencia de espacios de consulta)

M.2: Claro porque es como un espacio de encuentro en cuanto a la comunidad y las instituciones.

M.R: mira lo que yo he visto es que a la entrada hay un cartel grande, había no se ahora, pero había un cartel donde hablaba que se respeta la etnia sus costumbre su cultura, habían información para la comunidad, también había un cartelito como avisando a la comunidad algunos programas alguna cosas que se podían hacer, era como un comunicado. (medios de difusión audiovisual de los programas de ejecuta el HCSF)

C.V: Lo que ella quiere preguntar es la cercanía.

M.2: Si se han realizado los diálogos participativos que a nivel nacional que son un espacio de encuentro entre la comunidad y la institución donde claro donde los representantes pueden generar sus inquietudes.

M.R: sí, sí.

R.V: sí.

M.R: Cuando vino la....mmm la cuanto se llama

R.V: en el auditorio

M.R: Si en el auditorio.

R.V: si tres veces se ha hecho el año pasado

M.2: Los diálogos participativos?

M.R: Sí participativos.

R.V: Tres veces se hicieron.

M.R: Si me acuerdo que se hizo con el hospital y una vez se invito al director de la dirección regional.

M.2: ¿Ustedes se acuerdan cuando fue eso?

R.V: El año pasado.

A.P: El año pasado, haber mmm el antepasado.

M.R: Eso sucedió cuando se iba a cambiar el hospital a la municipalidad, hay vino un poco de gente aquí a saber qué es lo que pasaba.

D.F: Eso es otro tema eso paso por la desinformación del personal y de la población en si respecto del cambio del Hospital a ser consultorio municipal.

M.2: y con los temas que ustedes pudieron tratar en esa oportunidad ¿cuáles fueron los resultados de esas instancias de participación?

R.V: Los resultados fueron positivos.

M.2: Pero se dieron soluciones para los.

R.V: Si, se solucionaron algunos.

M.R: Acá hay un tema puntual.

A.: Yo no encuentro que hubieron soluciones.

*M.R: Porque hubo una carta al director porque acá hubo un problema grave de que querían pegarle, había gente muy mal educada acá que hubo un encuentro acá donde urgencia y también había un grupo de gente que ya estaba pasándose de la raya ya venían a como digamos ya a todo dar, venían ya como a exigir ya como a pelear, entonces ahí también hubo una participación así como

de diálogos, para que ellos hicieran sus descargos para que dijeran que lo que querían con el Hospital y porque actúan de ese tipo de manera y como en la parte técnica en ese tiempo no acuerdo como se llamaba el director de ese tiempo, uno flaquito era. (Diálogos participativos)

M.2: ¿Se convocó también a la comunidad?

M.2: Si, nosotras invitamos a la comunidad hacer sus descargos algún problema que tuvieran ahí estaba presente el director nosotros y ellos y la comunidad.

M.2: Ah claro.

A.: Eso fue cuando la gente venía agresiva hacia acá po!

M.R: En general:

A.: En general. Eso fue por el engaño que le prometieron una cosa y no era finalmente por una cosa de falta de información más que nada.

R.V: Y por la atención también.

M.R: Claro porque hubo una confusión la gente pensaba que si este era un Hospital tenían que atenderlos como Hospital eso era como para aclarar un poco las cosas.

C.V: Ahora cuando uno solicita una cosa. Cuando hay instancia de querer mantener un poco a la comunidad desinformada en esto yo soy prejuicial, siempre cuando nosotros teníamos un encuentro alguna cosa venían periodistas específicamente venían periodista de este medio Diario el 21 se llama el "Longhino", entonces yo empecé a seguir la hebra que podíamos hacer para conseguirlo porque esto se distribuye en forma gratuita en la comuna pero en algunos lugares donde el municipio le interesa que se distribuya. Porque yo lo pedí para acá cierto converse con mi socia Laura hasta que llegue a la persona encargada hasta que se comprometió a enviarlo estuvo un tiempo enviándomelo hasta que...

R.V: lo siguen enviando don Carlos, toda esta semana a mi me ha llegado.

C.V: Ah lo siguen enviando pensé que había desaparecido un poco.

R.V: No, no, no, a mi me dan todos los días 50, si a mi me lo deja la señorita.

C.V: Ah a usted se lo dejan, yo pensaba llegar a la persona nuevamente.

R.V: Si a mi me lo dejan, yo lo distribuyo, a mi me lo dicen cuando le vengán a comprar usted lo distribuye.

C.V: Eso es para tener a la comunidad también informada de lo que se está haciendo, entonces en eso estamos, delante también yo decía hay una radio que funciona en el sector la negra con quien estábamos pensando tener contacto con ellos para difundir alguna campaña alguna cosa que se vayan haciéndose utilizando eso, alomejor no está dentro de un dialogo participativo per si para mantener a la comunidad informada e integrada, los diálogos participativos no se ha dado mucho.

R.V: El que se informa participa cierto acude al lugar

*M.3: Claro ya pasando a otro punto que se llama cuenta pública participativa ustedes saben que el Hospital avisado de alguna cuenta pública de diseño participativo.

R.V: El año pasado dijeron que se iba hacer pero no fuimos invitados.

C.V: No hemos participado, nunca se ha hecho así que ahí no de parte del Hospital. (Cuenta pública)*

*M.3: Y en base a los presupuestos participativos han participado en base a la etapa de planificación de los presupuestos participativos.

C.V: Ahí fue donde tuvimos la mejor participación (Se ríe)(presupuestos participativos-planificación).

R.V: Si señorita ahí fue donde ganamos el proyecto, el año pasado fue eso. (Se ríe)

C.V: Ahí fue donde estuvo ella (Señala a la moderadora con el dedo) Así nos estaba marcando. (Se ríe)

(Mientras la moderadora se ríe)

M.3: ¿Y en la ejecución se participó?

R.V: También en el desarrollo se participó (presupuestos participativos-ejecución)

M.3: ¿Cómo fue la experiencia?

R.V: Todos queríamos que se llenaran ahí los papeles para todos los proyectos pero sabe que se nos acabó la algarabía porque nos dijeron que tenían que ser por lo menos dos o tres bien concisos que sirviera para toda la comunidad si, si . (Se ríe).

Don Carlos la interrumpe diciendo

C.V: Si en la parte del desarrollo si participamos en lo que fue el infantil, el adolescente y el adulto si participamos, el adulto mayor no alcanzamos a realizarlo, pero donde hubo mayor participación fue en el adolescente porque vinieron apoderados, padres, por supuesto vinieron alumnos, vinieron profesores, como se llama inspectores de colegios, entonces hubo más, más, fue más masivo. Ahora en el otro que nos ganamos el de la fila preferencial hemos estado viendo el desarrollo ósea ha sido dificultoso el desarrollo, pero incluso dentro del consejo de desarrollo a finales de año estábamos conversando la forma de cómo como consejo comenzar a desarrollar un trabajo de voluntariado me explico, ósea nosotros comenzar a integrarnos a ver la forma como poder trabajar con esa fila preferencial, como apoyar al hospital para que haya una mejor atención.

M.3: Y ¿hay una evaluación?

C.V: No hemos hecho ninguna evaluación (presupuestos participativos-evaluación).

A.: No, no.

C.V: Esta pendiente

*M.3: Ya en base a la educación ciudadana ¿Han sido capacitados en temas que les permitan conocer aspectos del modelo de salud familiar de participación social?

M.2: Capacitación.

C.V: Capacitación eso lo tenemos en el programa de.

A.: Se converso también, se solicito también.

C.V: Claro se solicito y lo que le explicábamos recién el año pasado hicimos unas capacitaciones y no llegó nadie. (Capacitación acerca del modelo de salud familiar hacia el consejo de desarrollo

R.V: Si nos capacitamos el año antepasado.(IDEM)

C.V: Claro el año antepasado.

R.V: El 2009.

A.: Me acorde de la capacitación también que hicimos el año pasado en el sagrado corazón.

C.V: Claro pero nosotros como consejo dentro del programa del área queremos comenzar a hacer capacitaciones en ese aspecto osea en varios aspectos de eso.

M.3: Y ¿Ha habido capacitaciones en cuanto a aspectos técnicos de gestión como por ejemplo diseño y evaluación de proyectos para los miembros?

A.P y C.V: No, no.

M.2: ¿Cómo hacer un proyecto?

A.P: No acá, no.

C.V: No, aquí como consejo de desarrollo no, no hemos realizado nada.

M.R: Lo que si no se si nos compete realmente capacitarnos, se supone que nosotros como dirigentes estamos capacitados.

A.: Recuerdo el año pasado, perdón el antepasado, si se me envió y me llevo una invitación que fue para allá a Iquique.

M.R: Ah si po!, de salud si, allá en Iquique nos dieron un CD y todo, cuando nos llevaron allá a donde salimos todos en la fotito, en ese cuadro ese grande si po si salimos en la foto.

C.V: Deberá que nos llevaron allá

M.R: Si po! si hubo un curso de la salud.

A.P: Se hizo allá al frente del servicio de salud, en Baquedano.

M.R: Nos entregaron un libro así más menos con un CD ahí. (Capacitación en gestión a los miembros del consejo de desarrollo)

M.3: ¿Pero capacitación de que era?

A.P: De cómo ejecutar los proyectos

C.V: Como elaborarlo

A.P: Como elaborarlo, las bases, como trabajar con eso (capacitación en gestión a los miembros del consejo de desarrollo)

M.3: ¿Pero eso fue por el ministerio de salud no por el Hospital?.

A.P: El ministerio de salud.

R.V: De salud.

A.P: De salud.

M.R: Ellos yo creo que son los que se encargan de hacer eso

A.P: Acá no po!, como te digo, pero en Iquique sí.

R.V: Abajo en Iquique.

M.R: Abajo en el ministerio de salud si, disculpe. (Suena su celular)

(Suena el celular de la señora Marta)

M.3: Bueno eso eran todas las preguntas 20 preguntas que teníamos planificadas, muchas gracias por las respuestas, por la disposición porque como decía antes mi compañera ustedes son agentes claves que han estado en el proceso de consejo de desarrollo y de voz de la comunidad tratamos de ampliar las preguntas a todo el proceso de desarrollo y muchas gracias por haber asistido No se quieren comer un poco de lo que queda de queque y galletas.

M.R: Disculpa nomas el apasionamiento.

L.H: Quiero hacer una acotación.

M.R: Nos va retar nos va retar.

L.H: Independientemente de las peleas, yo creo que nosotros tenemos claro todos los miembros de este establecimiento que la comunidad requiere que el Hospital otorgue mayores prestaciones a la población, esperamos que todos los proyectos que se han anunciado y se consoliden y que realmente cuenten con un establecimiento que corresponda en relación a las prestaciones en salud eso para que no se diga que nosotros nos apasionamos con, no nosotros sabemos que es importante además que que mejor que nosotros que estamos aquí trabajando y que por ejemplo yo que vengo de Iquique hay mucha gente que viene de Iquique y que conocen más cerca la realidad de salud de esta población de la comuna de Alto Hospicio, así que en esto no hay diferencia estamos hablando el mismo

idioma y lo otro es una información del establecimiento que alomejor estos meses yo no estuve en el mes de febrero pero si se va ver bien en el mes de marzo estamos con falencias de horas médicas, estamos en una dotación meno de médicos que la del año pasado, esperamos que esto se regularice en abril, así que porsiacaso escuchan quejas de que voy y no hay medico, porque en estos momentos nosotros estamos con menor disponibilidad de médicos que durante todo el año 2010 y esperamos que eso se solucione en abril de este año, eso por mi parte.

**ANEXO 3: TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTA ENFOCADA A
ENCARGADA DEL ÁREA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL DEL HCSF (13 de
Octubre del 2010)**

M. 3: Grabación del 13 del 10 del 11 entrevista a informante clave Amelia Challapa.

M. 1: En cuanto al eje Derecho Ciudadano a la Información Pública la primera pregunta dice, ¿Considera usted que el acceso a la información permite a la comunidad controlar la transparencia de la función pública?

A.Ch: Yo creo que desde luego sí, mientras tengas un ciudadano informado permite que el ciudadano pueda ejercer sus derechos eso significa que pregunte más que reclame más que en el fondo exija que se cumplan sus derechos que no está pidiendo algo que, que no le corresponde sino es algo que le corresponde ya que la mayoría dice como que le estuvieran haciendo un favor prácticamente que se le está dando, no se le está dando es algo que le corresponde ya, entonces en la medida de que la persona esté informada si va si va a exigir sus derechos el cumplimiento de sus derechos principalmente y eso de por si te lleva a una transparencia del de la función pública po de la función que tiene que cumplir cada institución, en el caso de salud que es entregar salud que esa es su el giro de este negocio se le dice el giro de este negocio porque este es en el fondo acá nada es gratis ya, si bien la persona no paga el Estado paga por esa persona ya entonces que por eso es importante para nosotros que todos tengan su situación previsional regularizada por ejemplo.

M.1: Ya entonces la transparencia sí se garantiza.

A.Ch: En la medida de que tengas un ciudadano informado...

M.2: Desde el Hospital a la comunidad...

A.Ch: De ambas partes, de ambas partes porque el ciudadano es un deber de uno ir a informarte porque el Hospital quizás mientras no conozca a la gente de que tiene que tomarse el examen preventivo anual le va a dar lo mismo porque son tantas acciones que tiene y tantas metas que tiene que cumplir todo que no va a estar abocado a eso ya, pero en la medida que yo ciudadano informal sé que tengo que tener un examen preventivo anual yo voy a venir y decir quiero sacar una hora porque tengo que tener ese examen que ya se me venció pero el común de la gente no se informa no cuestiona no pasa por eso entonces es un deber un deber compartido es mi deber como ciudadano informarme, pero también es deber del Hospital tratar de facilitar ese acceso a la información ya ponerle carteles que diga anualmente usted tiene que tener el examen preventivo por ejemplo.

M.1: A ya, entonces ¿esos medios siempre se han transmitido a la comunidad?

A.Ch: O sea se prioriza que se transmitan pero igual siempre hay cosas que van quedando o que no se hacen oportunamente como todo porque es la sobrecarga po de todas las instituciones que tenemos más todavía en salud porque tratan de cubrir lo más urgente y eso más urgente no siempre es como para mañana es para ayer, era para la semana pasada ah entonces te va pillando la máquina po van haciendo cosas pero te van quedando también algunas y te van quedando a veces las más importantes por eso es importante que la gente esté informada que la gente sepa que el acceso a la salud significan tales cosas básicas por lo menos que la mujer tenga por ejemplo su PAP al día ah, generalmente andan no más, mientras no les dicen ellas siguen andando no más po ya entonces se, se tratan de ver distintas vías como ir actualizando un poco el tema ya.

M. 1: y ¿Cuáles han sido las debilidades de la entrega de información del HCSF a la comunidad?

A. Ch: Las debilidades yo creo que nuestra principal debilidad ha sido como el manejo de la información muy parcializada ya, como el tema de la cultura en salud en general porque este centro si bien este centro es un hospital comunitario es nuevo ya nuevo y la cultura en salud y la gente así también lo ha internalizado ellos saben que todo esto el dividir la salud por partes ya, le ha costado tanto a la

comunidad como a la mayor parte de los funcionarios el que la salud es integral ya es entender eso y que la información se tiene que manejar así, creo que esa ha sido la mayor dificultad y otra que si bien se intenta la gran mayoría se intenta que esto sea por ciclo vital y todo siempre como que cuesta eso porque la comunidad y todos la comunidad tiene internalizado que las mujeres se ven acá y si se enferma de la cabeza se ve acá y no ven el tema de que te duele la cabeza es porque es parte de todo tu cuerpo también de tu funcionamiento en general que eso afecta a tu familia te afecta en, en el sistema escolar de tus hijos todo pasa también por ejemplo que los las embarazadas que no, no dimensionan dicen pero si yo he fumado toda la vida y nunca me ha hecho mal no le ha hecho mal porque están acostumbrados a ver la salud desde lo físico no más ya, pero si le ha hecho mal en su economía familiar po entonces que como que están acostumbrados a ver la salud desde ese punto de vista no más entonces es como una lucha permanente y esa ha sido como la principal dificultad con la que se choca el Hospital y como esto también además como esto es nuevo porque si bien es el único en el norte y creo que es el único y uno más en el sur que son Hospitales Comunitarios porque todos los otros son Centro de Salud eh Familiar pero también Municipales también además y este es un Hospital entonces parte ya con una lógica distinta y no es una Centro de Salud así básico también sino tiene otras cosas extras porque también tiene especialidad tiene también exámenes tiene acceso a rayos con una Urgencia adosada entonces tiene otras cosas que no tienen otros pero también no tiene otras cosas que tienen los otros ya...

M.3: Pero aparte del tema cultural y el Hospital ¿Que que debilidad ha tenido para entregar información?

M.1: Porque una cosa es la dificultad de parte de la comunidad y la otra cosa es la debilidad del Hospital...

A. Ch: Es que yo creo que eso del Hospital la principal dificultad más que de los medios de difusión porque el hospital siempre ha trabajado con cosas básicas con lo mínimo que tiene ya no se posi tiene un alto parlante pesca el alto parlante y nos vamos si ustedes lo conocieron es como bien básico con lo que se trabaja.

M.2: Es como práctico, al instante

A.Ch: Bien práctico, armamos un afiche de difusión se hace o sea es como bien básico con lo que trabaja si la principal dificultad es que también que al personal le cuesta integrar los que no se han capacitado los que han la gente que porque tiene que tiene que ser una cultura organizacional completa todo el Hospital todo de desde el auxiliar de aseo hasta el Director tienen que hablar el mismo idioma entonces quizás los médicos que vienen con un una formación biomédica solamente les cuesta integrar la parte social por ejemplo ya ya y acá se le empieza a dar el énfasis de que esta es otra población de que acá si importa la dimensión social ya...

M.1: Ya entonces ese sería un eje...

A.Ch: (PARRAFO CON ENFASIS) Entonces el integrar el modelo principalmente porque están acostumbrados a ver la salud por programas mm ya y eso cuesta porque los médicos, yo me hago cargo de este programa oiga pero ese esa familia no es sólo para ese programa ya, es un tema de salud de auto cuidado completo y ven la meta de este instante no más no ven la proyección de más adelante porque el tema de hacer una salud comunitaria también no es algo que impacta inmediatamente como un resfrío ya es algo que te va a impactar a futuro es cómo te cuides hoy día va a depender tu salud de mañana.

M.1: Claro es más preventivo...

A.Ch: Es más preventivo.

M.1: Entonces ¿qué estrategia propondría para la difusión de información desde el Trabajo Social?

A. Ch: (ENFASIS EN LA RESPUESTA) Yo creo que el trabajo, principalmente ver el tema de registro acá se hacen muchas cosas pero que no se registran mucho ya (BREVE SILENCIO) no se po para una plaza ciudadana que eso es igual a hacer salud pero no se registra mucho

M.1:Haya la sistematización.

A.Ch: Sistematización, el tema de ser más constantes en los registros ya porque eso también nos va a permitir decir mire se hizo una plaza ciudadana e informamos a un promedio de 20 personas y uno dice 20 personas multiplicado por 5 llega a la casa lo cuenta ya tenemos más ya y ver otro tema de registro, de sistematizar ser constante en tema y otra estrategia es bueno ser capacitando a la gente no más porque es algo que no va a impactar inmediatamente ya es trabajo

de hormiga hoy día pero tendrá que impactar en el futuro eh es seguir siendo bastante constante en eso y bueno porque si es si nos transmiten todos los días lo mismo por cansancio lo asumiré que tengo que comer sano que tengo que lo que llegue al Hospital y los televisores me estén transmitiendo lo mismo que me vaya y que el informativo donde me dan la hora que me diga que tengo que comer sano y todo eh ya.

M.3: Y como le fue con ese proyecto que Don Carlos creo que lo mencionó...

A.Ch: Ese es otro tema...cosa que si lo transmitimos en promoción solamente ha no eso es de promoción y resulta que tienen que pasar por todo el Hospital todo el Hospital tiene que transmitir lo mismo tiene que ser integrado completo.

M. 2: Y pasando a otro eje que es la Gestión Pública Participativa ¿Cómo evaluaría la participación de la comunidad en relación al nuevo modelo de Gestión pública Participativa que se ha propuesto bueno a nivel del HCSF?

A.Ch: En rea... en general yo la encuentro bastante pasiva y bueno también de la formación de los líderes de los dirigentes, no sé si les acostumbró a una a ser muy dependientes del gobierno en el gobierno anterior (en su tono de voz expone indicadores que manifiestan estado de confusión) porque bueno como también a eso se le suma que hay carencias básicas entonces la salud es medianamente tangible no son así como una demanda de vivienda ya yo estoy postulando a vivienda y me organizo para el tema de vivienda y la gente cree en el dirigente y todo que va a ver su casa, en el tema de salud el dirigente va participa y lo que se mejora es quizás el acceso ya pero no es tangible como que yo veo la casa ahí y o veo la silla y me siento en esa ¡no! es algo que mejora el acceso y no se va a abrir el Hospital a las 6 de la mañana porque la gente está esperando afuera y ahora espera adentro ¡no! el Hospital se va a seguir abriendo a las 8 sólo que se hará la forma de cómo la gente no llega temprano ya, entonces como no es tangible como que cuesta eso en los dirigentes y como están a que todo se les haga ya eh... pero si encuentro que los dirigentes les cuesta la bajada de información el tema de bajada de información porque tienen las reuniones eh una vez que ya lo han involucrado se puede hacer un trabajo constante y bonito con ellos ya el hospital está formado así ellos han sido partícipes del inicio ya no de la creación de salud por tanto esto es una dificultad ya tuve que lidiar con eso porque para eso todo esto era hospital pero no era

hospital ya entonces eso ¿De qué lo que es entonces? ¿Es o no es? ¡Era nuevo po! era una modalidad nueva no existía más encima en el país entonces ¿cómo? Me dicen que es Hospital pero no hay camas después incluso llegamos a llamarnos el hospital sin camas

M. 1: Verdad (carcajadas de las moderadoras)

A.Ch: Sí, si esto tiene una historia bastante larga ya cosa que trabajando con los dirigentes hoy los dirigentes pueden hablar bien o mal oh oh opinar del Hospital cómo es el trabajo cosa que no pasaba porque no lo conocían ahora existe mayor conocimiento de eso ya, Y el tema de la bajada de información es que las organizaciones son bastante (breve silencio) es que hay carencias básicas de temas de vivienda, de agua ya y este es como el sector olvidado del Municipio ya como que Alto Hospicio es de la carretera para el otro lado y este lado como que les cuesta integrarlo también ya entonces hay que estar trabajando no cierto harto ese tema con los dirigentes porque si no pasa a ser esta otra República y ¡no po! Porque todo esto es parte de la comuna porque es Alto Hospicio igual.

M.1: Yo he escuchado comentarios de los que usted dice.

A. Ch: Claro, es una lucha constante que tienen que tener, entonces entre eso y, y el principal aliado para eso al final es bien sigue siendo el Centro de Salud no más es como lo más potente que tiene acá ya tanto en infraestructura porque es lo más visible y también del acceso que tienen a acá po ustedes pueden ver que el Hospital tiene cuatro años y no está dañado ni deteriorado completo y siendo que la población que accede acá es bastante vulnerable en distintos aspectos eh en cosas básicas son las que tienen (en las últimas dos líneas baja el tono de voz “ en el cual expone indicadores que lamenta la realidad compleja de las personas”)

M. 2: Y de acuerdo a esto mismo señorita Amelia...

A.Ch: Y todo eso gracias a la participación.

M. 2: Y de acuerdo a esto mismo usted ¿Qué obstáculos cree que han surgido en el Hospital como para el ejercicio de la Gestión Pública Participativa?

A.Ch: Yo Creo que acá nos ha jugado mucho en contra el tema de... del tiempo y de que de que se asuma de que la participación ciudadana es clave en el... en la buena marcha de un Centro de Salud...

M.1: ¿ya?)

A.Ch.: ...de que eso se asuma como parte de, sino que esto se asume, cuestayo por lo menos con los directores que me ha todo trabajar eh tenido que estar siendo pulga ahí en el oído de que esto ¡sí funciona! De que el dirigente venga a opinar todo eso si funciona, que no lo vean como una amenaza, porque lo igual los directores son médicos, además jóvenes, entonces son doble desafío si bien a uno le gusta y a otro no le gusta y yo digo no po no es tema de gusto, esto es algo que tenemos que hacerlo, entonces hay que estar haciendo un lobby permanente po, permanente de que la participación ciudadana y de una comunidad organizada, de que exista un programa, tiene que ser parte de, incluso yo con, creo que con el director anterior hicimos tanto lobby y todo y como , salieron los temas de presupuesto participativos, íbamos logrando cosas, y los dirigentes eran como bien activos también un tiempo, creo que el año pasado les bajo hartito eso, también pasa por un tema de que uno se apasiona con las cosas y le pone más empeño de la cuenta, de eso nose poa mi eh.. eso en un un momento me significaba que yo llegaba a las 7 de la tarde 11 de la noche a mi casa todo mm, pero funcionaba po, salía adelante la cosa, y todo... que el.. la participación social, participación ciudadana en el tema de funcionamiento de salud era es parte de , no es un programa aislado donde llamo a los dirigentes solo para consultarle y después ya me olvido, no que hay un compromiso ¿ya?, llegamos incluso por ejemplo ha... trabajar comprometiendo a los dirigentes aun nivel en que ellos organizaban a veces los actos y uno los apoya nomas ...

M3: claro

A.Ch.: ¿ya? pero...

M.3: Los empodera.

A.Ch.: ... Claro, pero eso también tiene que se asumido también de la dirección que no lo vean como una amenaza y para eso está el encargado de participación social que tiene que facilitar ese tema y decir nopo esto puedo funcionar así, esto es acá esto es allá, en informarse y también mantener registros de esos, ser ordenados en el fondo, estar ahí y no olvidarte de ese tema y...Que eso también sea asumido por todos po! ¿Ya?, porque llegaba un minuto y decían ¡No eso lo ve la Amelia! Oiga pero yo...

(Carcajadas de las moderadoras).

A.Ch.: ...puedo estar hoy día y mañana no estar y eso no se va a perder, tiene que seguir trabajándose ¿ya?, tiene que seguir trabajándose la participación social es de la institución ¡no es de la Amelia!...

(Carcajadas de las moderadoras)

M.3: claro

A.Ch.: ... ¿ya?, eso me costó un poco aquí al principio porque tuve colegas que nunca se quisieron hacer cargos de participación social ¿ya?, decían ¡no eso lo ve la Amelia! Y yo decía nopo! Es de la institución ¿ya? asique ahí involucramos a la psicóloga, no le gusta mucho y todo ella lo único que quiere es devolvérmela me dice, y yo le digo nopo es de la institución, tienen que seguiré trabajándola ¿ya? entre esas cosas son medias tragicómicas también po...

Carcajadas de moderadoras

A.Ch.: ...y que los dirigentes también dicen ah no también se acostumbran a trabajar con ciertas personas entonces... les tengo que decir nopo si no esto yo esta la otra persona y esa persona igual tiene que seguir trabajando, o sea la institución tiene que seguir haciéndose cargo de eso ¿ya?

M.1: Para no perder todo el trabajo y el avance y no ser tan paternalista también.

A.Ch.: Claro!Nopo, Si no puede ser así, sino se pierde todo el tema, entonces afortunadamente en eso yo eh sido bastante hinchá o dejar todo, entonces yo le digo mire ahí está la carpetita de participación social ustedes lo que quieran sacar en información ahí está, me las pierden sidespués, porque no encuentro cosas, pero yo digo ya, será parte de la práctica nomas digo...

(Carcajadas de las Moderadoras)

A.Ch.: ... entonces digo yo ahí está, eso está acá y el programa está allá y de acá pueden sacar y ahí está todo así.

M.2: Pero lo devuelven, risas.

A.Ch.: Si no estoy, si no estoy esto tiene que seguir funcionando nomas.

M. 2: Señorita Amelia desde su rol profesional, ¿Qué acciones propondría para fortalecer la gestión pública participativa acá en el Hospital?

A.Ch.: Eso funciona como meta también, porque acá todos funcionan con metas (M.2: de que no solo sea gestión pública sino que se sea participativa) sipo, que sea parte de una meta... aunque en el hospital dentro de sumisión esta, esta que sea, al ser una meta... y yo no sé cómo hacer, y siento que hay que hacer un trabajo titánico que hay que desarrollar desde distintas áreas, distintas áreas el trabajo ha sido un desafío tan grande y siento yo que la comunidad, y no solo me pasa acá sino en toda la población, que es una población que ha comenzado a vivir en el individualismo total, y eso los lleva a que no cuestionan en nada...

M.3: son como pasivos.

A.Ch.: ...no cuestionan viven nomas y están tan encerrados en su mundo y no se involucran en nada con los temas... y... pasan cosas tan básico por ejemplo que me dicen no sepo llega un tema de elecciones...

M.3: ¿ya?

A.Ch.: ...que uno elige sus autoridades, de mi vota depende de cómo voy a vivir el próximo periodo de gobierno coas así y la gente dice, va! salga quine salga yo tengo que trabajar igual...

M.1: carcajada

A.Ch.: ...nopo señora ¡no es ese el tema!, si salga quien salga si usted tiene que trabajar igual ¡pero las condiciones son distintas!

M.3: claro la mirada, el enfoque.

A.Ch.: Las condiciones las que uno va a trabajar son distintas, si es importante, y porque es importante el sufragio por ejemplo ¿ya?. Lo mismo que se ve hoy día con el tema de educación, porque se ve a los estudiantes luchando solo, cuando es un tema de familia que te afecta.

M.3: claro

A.Ch.: Porque no se ha involucrado la gente, si son ellos los afectados, somos todos los afectados.

M.3: Pero si también se están involucrando están creando su centro el unpage, la algo de apoderados que apoyan a los alumnos.

A.Ch.: Pero es algo muy lento.

M.3: así.

A.Ch.: Y es tan lento que cuando ya reaccionamos el poder ya te puso la pata en sima.

M.3: Es que es un problema como cultural.

A.Ch.: Es que ese tema cultural por ejemplo es que yo siento que es un desafío fuerte, sobre todo en una población donde es bastante vulnerable en necesidades básicas, entonces cuesta un poquito más, que no están preocupados en cuestionar como está marchando el gobierno comunal si no tiene para comer.

M.2.: Con respecto al tercer eje el Fortalecimiento de la Sociedad Civil... ¿Qué importancia tiene para el área de participación social promover la autonomía de la sociedad civil en relación al Estado?

A.Ch.: Eso era lo que yo les decía pos chiquillas... la importancia del mantener un ciudadano informado, de que la gente se movilice, porque de eso va a depender su calidad de vida ¿ya?, eso va a depender del como la familia accede a salud, o como recibe un tema de salud ¿ya?, o cuanto participa o ¡cuánto participa!, o como se compromete en sus condiciones de salud, como la mejora o la empeora, la gente llega quejándose acá cuando ya está prostrada, si nunca se hizo cargo de, de cómo se cuidaba para que no le diera un accidente vascular .

M.1: nunca previno, nunca previo.

A.Ch.: Nopo si el común de nosotros tampoco sabemos qué...

M.2: Ni nosotros

A.Ch.: ...Claro, si es eso porque al final , como, como trabajar en ese tema es un doble desafío porque la gente acá dice, llegan y sobre todo llegan al trabajador social a así cuando ya no tengo previsión, es como el cacho más grande que si no pudo pasar por la calificación de derechos, no hayan que hacer ya, pero resulta que uno le pregunta y no yo de hace año estoy trabajando es que preferí que me pagaran el sueldo completo y todo y no ¡ y no cotice!...

M.1: Carcajada.

M.3: y con respecto...

A.Ch.: ...claro se llevó toda la plata completa.

M.2: El cacho.

A.Ch.: El cachito po!, pero ahora lo necesita..y lo otro también como no se informa la gente ni nada, pasan a ser Isapres...

M.3: Claro

A.Ch.: ...Sobre todo acá con el tema de estos contratos de convenio colectivos que hacen las empresas contratistas, entonces va la isapre...

M.1: Carcajada.

A.Ch.: ...y los capta nomas y ellos van al convenio nomas y listo, cotizan Isapre... pero acá los trabajo son por temporadas nomas, o faenas nomas, faenas nomas, entonces se acabó eso y ahí quedaron, fueron Isapre, pero resulta que después a la Isapre no se hace cargo de ellos po, llegan al sistema público nuevamente y no se dan cuenta ni nada de eso hasta cuando llegaron a la emergencia en la urgencia por ser Isapre le van a cobrar

M.3: Claro, ya... ¿Qué se podría mejorar en torno al fortalecimiento de la sociedad civil desde el Trabajo Social?

A.Ch.: El acceso a la información, el empoderar a la ciudadanía, porque un ciudadano informado va a ser un ciudadano empoderado... y eso va a permitir un trabajo en conjunto porque ahí la persona el ciudadano informada va a saber que su ... su ... su opinión o su trabajo o lo que pueda aportar en salud va a impactar en su familia, en la medida que eso lo haga propio, también se va a comprometer, porque el dirigente o el representante va a sentir que está trabajando ¡por el otro!... no lo hace tampoco, no lo hace propio.

M.3: Es como que si la gente se, se educa va a dimensionar la..la realidad

A.Ch.: Claro, la información sobre todo, yo sé, si yo hago propio de que mis decisiones de hoy día van a impactar en mi futuro, y me voy a hacer, del como yo consiente del que tengo que hacerme responsable de esas cosas, hacerme responsable de esas decisiones, va a influir en mi calidad de vida, tanto en salud mental, en condiciones físicas,... va a ser un tema integral.

M.3: claro.

A.Ch.: Porque que pasa también llegan al trabajador social, con que señorita tengo este problema, ¡este es mi problema!, porque dice esto... ah le digo yo, que bueno que usted entendió que ese es su problema, señorita ayúdeme, el proble... tengo este problema y todo, que bueno, porque cuando dice "tengo este problema" qué bueno, porque él asumió que es su problema, porque la mayoría...

M.3: ¡dimensionó!

A.Ch.: ...Porque la mayoría llega diciéndote que tú le soluciones el problema, que le va a solucionar uno, si uno también tiene tantos problemas como él (M.3: risas) entonces tiene que hacerse cargo de eso, el cómo en la medida del que ellos hagan propio eso, yo creo que pueden solucionar sus propios problemas, porque nosotros no tenemos una barita mágica ni nada en que nosotros nos vamos a ser cargo de los problemas de la gente, eso es utopía nomas, la gente se hace cargo de sus propios problemas, y eso es lo importante del trabajo social en esto porque hay q hacer que la gente dimensione que sus decisiones de hoy día estarán en su futuro.

M.2: Señorita una acotación, de acuerdo a esta, bueno a lo que usted decía recién, usted cree que el Hospital eh... para que eso suceda ha promovido de cierta forma, la asociación que son como de tipo normalizador, porque también como un papel conjugado entre e Hospital y entre la comunidad...

A.Ch.: Como las agrupaciones no organizaciones

M.2.: ... Como de la sociedad civil en general, porque igual como la gente está informada y todo eso.

A. Ch.: Desde los mismos programas de salud, si se trabaja, desde los mismos programas, los que vienen con una canasta básica, y este es como un centro de salud comunitario, eh el programa por ejemplo de postrados te dice que tienes que capacitar a los cuidadores... (M.3: mmm) para que los cuidadores no se enfermen porque el postrado esta postrado, que le vas a informar, que le vas a decir, usted va a llegar... a lo más un bienestar durante su estadía, pero si al cuidador!...

M.3: Que es el pilar

A.Ch.: ...Para que el cuidador no termine postrado también.

M.3: Claro.

A.Ch.: Y como viene todo este tema de la nueva mirada en salud también de, prevenir más que curar, el trabajar con los talleres de educación a la familia, por ejemplo del chile crece contigo, vienen hartos, los talleres para embarazo del chile crece contigo, también esta del para padres nadie es perfecto...

M.3: ¿Ese es nuevo?

A.Ch.: Son grupos que se van formando, grupos, si se van educando la gente, tratar por temas ¿ya? igual que el programa de salud mental trabaja con agrupaciones de, problemas de violencia intrafamiliar, de hijos de padres golpadores, le hacen talleres, pasa por un proceso también de terapia individual, pero son talleres... hay ciclo que se van conformando que los talleres de lactancia materna por ejemplo.. el mismo chile crece contigo es un sistema completo que está conformado para la gestante, entonces si una mamita una embarazada que es ordenada vive todo ese ciclo, de preparación para el parto ¿ya? y después ahí ven todo desde de la preparación psicológica, los cambios biológicos, los ejercicios, hasta que ya se derivan en el hospital regional para que vean el tema de la pasantía para el parto, y ellas informadas puedan tomar una buena decisión ¿ya? y dentro de eso mismo la hemos tratado de involucrar al tema del parto intercultural...

M.1: pasando a ese tema, Carcajada.

A.Ch.: Y al involucrarlo ahí, pasan a ser parte del control prenatal ¿ya?, o sea una mamita que es ordenada puede vivir todo el proceso y ella informada decidir a qué sistema del parto se va ¿ya?, es algo que nos costó lograrlo acá pero es algo ya funciona con la familia bien tranquilamente y ahora ya, solito funciona.

M.2: Que buena.

M.1: Señora Amelia en cuanto al eje de No Discriminación y Respeto a la Diversidad, eh ¿Cómo visualiza la integración de Políticas Públicas ejecutadas en el HCSF destinadas a arbitrar prácticas discriminatorias?

A.Ch. Acá yo creo que somos uno de los que afectamos y... y... practicamos el ejercicio de la diversidad como en ningún otro centro, porque este es el único centro por un tema de respeto casi de los derechos humanos acá,

¿ya? este es el único centro donde se atienden a las extranjeras ¿ya?... Acá nosotras tenemos extranjeras de todos lados ¿ya? y acá as extranjeras se controlan y todo sin tener que pagar, y sin tener que...que llegar casi con las embarazadas con un test de embarazo nada de eso... si bien igual sirvió, que inicialmente me acuerdo que fuimos a una capacitación, y yo ahí me contacte con un... con una persona del ministerio de salud que ahí venia, que trabaja en este tema de la no discriminación, ya y ella me envió un documento que me quedó de mandar y me lo envió después, un documento de un convenio Interministerial que existe entre el Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior ya, que da acceso a las mujeres embarazadas, menores de 18 años, aun cuando estén en condición de ilegalidad en el país, es un convenio Internacional que existe, y otro que existe con Argentina de colaboración. Las prestaciones que le entregan a las Argentinas acá, se les informa eh que se están en un buen registro y pueden recuperar la prestación, porque Argentina paga por eso la gente desconoce, entonces eh entonces como este era un Centro nuevo estábamos partiendo y todo se dejó eso clarito en el tema de admisión de SOME y todos esos lados y ahí, la gente ha ido rotando, entonces no rechazan a la gente la van asumiendo eh la van asumiendo ya y si no la pueden ingresar o por a b c, llegan a la asistente social...

M2: integran, toda la comunidad

A.Ch.: ...Claro, como que eso va, eso por un lado y lo otro que también, bueno como también el ministerio, y como todas estas prácticas, como esto es un centro de salud nuevo que lo que nos facilita lo que vamos haciendo vamos experimentando, pero es algo que si no lo hacemos hay que ir innovando nomas, entonces eso nos facilitó de que incorporamos a la facilitadora a la parteras a la partera y todo, la fuimos incorporando como parte de y que es un centro, es integral la salud es integral, por lo tanto las personas tienen derecho a decidir en qué sistema se atienden, se atienden en el sistema de salud tradicional o se siguen atendiendo en el sistema occidental o lo complementan...

M1: a eso apunta.

A.Ch.: ...y lo complementan hay mucha gente acá que lo complementa...

M1: claro

A.Ch.:...entonces la gente se igual una que se capacito, y otra acá el personal es bastante joven, el promedio de edad es entre 30 35 por lo general son

jóvenes entonces van innovando les va gustando la idea van creando cosas nuevas nomas, ¿ya?, Entonces como una funciono en el área maternal eso, así que lo han ido incorporando también en rehabilitación, lo han ido incorporando en todas las otras áreas. Lo van incorporando porque el personal es joven, entonces van innovando, son mentalidad fresca.

M.2: En los otros programas, como en el de los jóvenes, el adulto mayor.

A.Ch.: Si lo han ido incorporando, porque además el tema de la práctica de la medicina tradicional no son invasivas, no es así como que vienen y te inyectaron la yerba, ¡No po! Es algo que a ti te dicen frótate con esa pomada o tomate esa yerba, pero no dejes de tomarte tu pastilla.

M.1.: Claro.

A.Ch.: Entonces pueden complementarlo, no es algo que descarte.

M.2: Una no rechaza la otra.

A.Ch.: Claro no es porque te tomaste la yerba la pastilla no produce efecto.

M.1.: Con respecto a ese tema ¿Qué obstáculos han surgido para complementar estos dos tipos de medicina?

A.Ch.: El tema del recurso, y el tema de ser constante, el apoyo ha faltado mucho, el tema del apoyo del servicio, una persona encargada más de ese tema, porque yo acá lo asumo por un tema de compromiso con el pueblo nomás, una cosa de que por ética, por principio humano, pero no tengo horas destinadas para hacer esto, para hacerle un mayor seguimiento, no tengo tiempo destinado, yo me trato de hacer mi espacio, yo en mi agenda lo pongo y digo voy a hacer esto y toda la cuestión, y como logro hacerla no me la rechazan, no me la rechazan porque además alcanzo a hacer todas las otras cosas también, ahora no creo que sea lo mismo, porque ahora mis prioridades cambiaron, yo llega la hora y chao, yo antes no po me quedaba nomas y seguía haciendo las cosas nomas. Es que a mí me gusta lo que yo, yo creo que lo paso bien y no es algo que yo me sienta que es un trabajo nomas, yo creo que incluso lo paso bastante bien con la gente bien popular, yo no me siento que soy superior a ellos, quizá yo manejo un poco más de información tuve la suerte de estudiar, pero también fui pobre o soy pobre tanto como ellos, entonces no me siento parte de... puedo trabajar con ellos, puedo entender cosas que otros no van a entender y eso te facilita también la llegada con la gente , claro eso te facilita mucho, que no vienes como de afuera

que ¡aquí te las traigo peter! , entonces eso como que también facilita bastante el tema y yo siento que eso es lo que ha faltante, ser más constante, porque en este tema, como es un tema de (estornuda) no es algo que sea fácil, ya el tema de reconocimiento hacia los pueblos indígenas es complicado es que somos vistos como el hermano pobre o el hermano chico, el hermano menor, en hacerlo practico y más encima en un tema de salud cuesta, y ha costado desde la base alta también. Aunque yo digo ha costado porque la gente, la gente blanca por decirlo así, en que minuto se les habrá dado el poder que ellos mandaban, si la salud occidental tiene menos años que la salud tradicional, ¿Cuándo descubrieron la vacuna ellos? , no más de cincuenta años.

M.3.: Claro.

A.Ch.: Y los pueblos indígenas tienen cuantos años, como cinco mil a diez mil años de historia, entonces como que esa reflexión también les falta a las familias indígenas siento yo, como se les ha hecho sentirse el hermano mas disminuido, como que ellos se han sentido también así, entonces el estar reforzando eso es un trabajo casi de hormiga y el estar ahí mas pendiente de todo, quizá yo lo puedo hacer porque yo veo las dos partes, tengo la suerte quizá de moverme en los dos mundos y bien en los dos mundos, porque yo me manejo muy bien en el otro y también muy bien en el otro, cosa que no pasa quizá con los otros profesionales que tienen una sola mirada y yo tengo manejo quizá desde lo básico, yo no tengo dificultad con la lengua tampoco, porque yo hablo aymara, hablo fluido entonces no tengo esa dificultad, y desde la vivencia entonces también eso te facilita.

M.1.: La llegada.

A.Ch: Un montón, te facilita un montón ya, entonces el conocer los dos mundos te abre una puerta grande y uno puede hacer un trabajo bonito, pero te dificulta quizá el no tener tanto los recursos para eso, no tener los recursos acá porque yo se que los recursos están, pero como esos recursos te llegan para el trabajo con las familias.

M.2.: La movilidad de los recursos.

A.Ch.: Como lo haces llegar efectivamente donde tiene que llegar, porque si bien uno dice claro el banco interamericano, porque eso está en el inconsciente de la población, dio tanta plata para el estado chileno, para que trabaje con las comunidades indígenas, pero cuanto llego efectivamente a las familias, si todo se

queda en las consultoras, se queda en la parte media entonces no llega a las familias.

M.1: Señorita Amelia y con respecto a estos obstáculos ¿Qué estrategias propondría en este eje, para fortalecer este eje en el hospital?

A.Ch.: Yo ya después de un receso de un año ya, porque ustedes saben que yo me fui hace harto tiempo también, incluso siento que quizá este en un espacio equivocado, debería estar en un espacio donde se puedan movilizar más los, porque este es un ámbito de ejecución de la política pública, quizá yo tendría que estar en un espacio donde uno movilice la gestión de la política pública, como eso lo materialicen a más gente, un ámbito de decisión, este es un ámbito de decisión pero de decisión básica, no estoy donde dicen que llegar 22 millones para trabajar en salud y pueblos indígenas, yo estoy en un ámbito donde se dice que hubo 22 millones de pesos nomas, ¿Cómo llego? no tengo idea.

M.2: ¿Cuánto llego?

A.Ch.: No sé, porque no llego nada, eso por un área y lo otro en un tema, un tema de cómo se hace propio también un ingreso hay un trabajo con los extranjeros, porque acá los nacionales los chilenos ven como un favor que le hacen porque los reciben y no po no es un favor que le hacen porque ese extranjero produce para el país, ese extranjero comprar en el almacén de la esquina, por lo tanto paga su impuesto y como empoderas tu a esa gente que ven como que el hermano país de Chile me está dando eso no pues! Es lo que le corresponde dar porque chilenos también hay en el mundo, entonces hacerles reflexionar a la gente sobre esas cosas, usted compra en el almacén de la esquina sí, le dieron su boleta sí, ya entonces usted está pagando un impuesto acá nada es gratis.

M.3: ¿Y para concientizar a esta población eso usted lo hace caso por caso o cuando se organizan?

A.C: Yo lo he tratado de trabajar en los talleres, entonces yo creo que he sido bien pulga en ese sentido porque me sumo una parte de todos los talleres que tengan que arman los programas, yo les digo que me dejen 15 minutos, déjenme 15 minutos chiquillos y yo trabajo un tema, entonces ya llego un minuto en que me vi muy demandada y todos decían y la asistente social donde esta, y la asistente social donde está, yo ya no tenía mucho tiempo, yo no tengo mucho

tiempo tampoco, así que no me gusta trabajar mucho el tema de caso porque eso es algo muy lento po cuando voy a impactar, para estos temas no sirve mucho.

M.3.: Por eso me llamaba la atención ¿Cómo lo hacen?

A.Ch.: Es muy lento trabajar casos, si bien aprovecho el tema de caso un rato, uno aprovecha pero es muy lento, entonces tiene que ser así en eventos masivos, en que tu le involucres eso por ejemplo el programa de salud cardiovascular, un montón de gente ahí entonces que ellos lo incorporen, cuesta mucho si porque los médicos quieren ver la compensación, que le importa de cómo este su tema de previsión de cómo llegue no, ellos quieren ver la compensación, si se compenso o no o si esta todavía alterado esas cosas quieren ver , entonces decirle que no po su compensación depende de cómo el haga consciente su organización económica por ejemplo, como estar metiéndole el lado social en esas cosas, su compensación depende de que tu visualices que su tema económico influye en la compensación ¿Cómo influye? Tú le estas pidiendo que el haga una dieta básica, pero si la señora no tiene ni para comprarse ni el pavo ni el quesillo, son como esas cosas que parecen.

M.3.: Pero son detalles fuertes.

A.Ch.: Fuertes po.

M.2: Bueno a todas estas reflexiones a todas estas respuestas de forma como más reflexiva.

A.Ch.: Lo que pasa es que en salud tu siempre tienes que estar contextualizando socialmente a la familia y al profesional, el cómo se da salud siempre en un contexto social, y ahí en algunos más fuertes en otros no tanto como tú le incorporas la dimensión social, y que no tenga que depender de la asistente social que tu tengas que estar ahí en todos lados, no, como ellos lo hacen parte de, y ellos lo asuman, que todos incorporen eso y no que...

M.2: Entonces ¿Según los procedimientos que se establecen a nivel central al aplicarlos a nivel local usted cree que establezcan como una democracia participativa?, en base a todo lo que hemos conversado.

A.Ch.: Si se intenta por lo menos y se trata de hacer las cosas aunque a veces no siempre, a veces vienen las metas, la programación viene por un lado y vienen las metas y se olvidan de que tienes que tener que pasar por una toma de decisiones participativas.

M.1.: Como hacerlo más rápido.

A.Ch.: Si hacerlo más rápido para que nos vamos a cuentear de que si es participativa 100 %, no, no es así, aveces las metas del cardiovascular, el 70% de esto compensado y el 80% de esto y ya trabajen para eso nomas y punto, no se dijo que como involucrábamos a la comunidad, le decían que tenían que tener este porcentaje compensado y como ellos apoyan eso no estaba, y lo otro el flujo de la información también es una debilidad.

M.1: El flujo de la información, y específicamente porque ahí, ¿En qué falla el flujo?

A.Ch.: En algún área queda siempre, queda como no sé si quedara en los encargados, pero no siempre llega en momentos oportunos donde tiene que llegar.

M.G: Y se maneja más con estadísticas metas y esas cosas.

A.Ch.: Es que así se entiende, y el trabajo social no es tan meta, es más cualitativo, pero lo cualitativo también tiene que ser evaluable.

M.3: Claro, cuantificable.

M.2: Y como hace eso.

M.1: Pero eso requiere más tiempo, más trabajo.

A.Ch.: Claro más tiempo y más trabajo.

M.2: Pero ¿se hace?

A.Ch.: Cuesta po, cuesta.

M.2: Mucha pega.

M.3: Mucha pega y pocas horas aveces el día debería tener más horas.

M.2: O más recursos humanos.

A.Ch.: Más recursos humanos debería tener.

M.2: Porque ya sobrecargarse con tanto no es la idea.

A.Ch.: No tiene que haber más recursos humanos.

M.3: Y para eso mismo ¿Cuáles han sido sus limitantes en torno al proceso de participación social?

A.Ch.: Tiempo, bueno yo le logrado hacer lo que he alcanzado hacer sobre todo en descentralizar, yo no me hago cargo de todo, yo voy descentralizando, voy entregando, yo digo ya promoción no están registrando, todos dan acá consejería y no registran yo no me pongo a registrar por ellos, no aparecimos con meta nula, no registraron po, yo dije en tal fecha que tenían que ir registrando, no lo hicieron nomas, que es lo que le paso por ejemplo el año pasado y yo me fui po, nadie registro, entonces a no se po háganse cargo.

D.M: ¿Algo más que agregar?, ya señorita Amelia entonces esas serían las preguntas, ya gracias.

ANEXO 4: ENTREVISTA ENFOCADA A MIEMBROS DEL CONSEJO DE DESARROLLO

Primero vamos a comenzar como le decía con el eje Derecho Ciudadano a la Información Pública ya eh bueno para comenzar queríamos preguntarle a ustedes ¿Cómo consideran ustedes que es el funcionamiento de la OIRS? Según su percepción y bueno también la percepción de la comunidad que ustedes pueden acoger como dirigentes.

(Silencio y todos se quedan mirando)

C.V: ¡Siempre el más débil! Bueno la OIRS como una crítica, la OIRS por qué sólo tiene que funcionar como una oficina en salud, cuando debería eh esa oficina debería estar en todas las reparticiones públicas llámese educación eh obras públicas, existen pero no tienen el mismo uso, bueno dentro de la de lo que nosotros vemos a diario aquí Consultorios eh está bien orientada eh cierto recibe bastante sugerencias y reclamos de la comunidad, pero la comunidad también además la toma como una oficina de informaciones eh necesito conversar con el doctor o donde puedo ubicar a tal persona entonces la niña tiene que partir a buscarla es una mala costumbre también eh se ha tomado como una oficina de informaciones más que una oficina digamos eh cumple o debe cumplir esa función pero tampoco está para salir a buscar a las personas. Recibir reclamos, orientar, informar todo lo que se quiera pero no es una oficina sólo de informaciones pa eso ponemos un conserje en la entrada y para repartir a la gente, pero aquí sí se ha utilizado hartito el Comité del Buen Trato es del trato al usuario que se juntan una vez al mes y revisamos los reclamos y las sugerencias a las cuales se le da respuesta por parte del Director y se les va revisando cuales si cuales y cuales claro no tienen como se llama ninguna validez. Pero sí, la OIRS cumple bien su función a recibir reclamos a atender personas, si pero la percepción que tiene la comunidad si es como una oficina de informaciones

M.1: y en cuánto a dar eh

C.V: respuesta...

M.1: claro.

Esto esta respondido arriba C.V: Sí, si da respuesta porque eh hay algunos profesionales de aquí que se han cambiado que se les ha puesto como decir eh

sino un ultimátum eh por lo menos decir que cambien su actitud de eh frente a la atención del usuario y eh a raíz de eso han salido algunas capacitaciones funcionarias para eh mejorar el buen trato. El otro día, la otra vez había un cuadro y decía por ejemplo un cuadro de cómo atender al usuario, salía eh pasos básicos cierto ah buenos días, se decía buenas tardes que lo trae por aquí eh na que ver po o sea a que viene, oh oh en que lo podemos atender oh en que lo podemos servir o sea con cosas básicas...

J.T: ...un protocolo de atención...

C.V: claro, eso un protocolo de atención para mejorar la llegada y lo están usando cierto eh no como al pié de la letra tan recitadito como buenos días, a qué viene y cómo está, ¡no! Sino que más o menos ha ido cierto ha mejorado...

R.V: ha habido problemas con un médico y el médico también parece que se ha abstenido y ahora si... (Interrumpida por siguiente participante)

C.V: y se ha dado también respuesta a los reclamos se ha dicho, al médico se le ha dicho la situación eh incluso en una reunión aquí en esas del trato al usuario la persona pidió venir y el médico estuvo y dijo y era un mal entendido de cómo se llama eh de que ella dijo, mire por ejemplo dijo que como que el médico la había tratado mal que la había ofendido que la había tratado de forma despectiva la había tratado, entonces dijo el médico no es mi costumbre tratar así, entonces dijo ella yo entre y ahí usted estaba ocupado y él se quedó en la pantalla ahí viendo algo y le dijo suba a la camilla, entonces ella consideró eso como una falta de respeto, es que no le dijo oiga por favor suba a la camilla, le dijo mientras estaba aquí suba a la camilla (personificación de la escena) entonces ella lo consideró y es por eso que hubo el mal entendido por una cosas de apreciación, hay algunos reclamos por ejemplo eh del tiempo de espera también lo estuvimos viendo eso, nosotros pusimos el caso, yo les decía ahí un señor un joven trabaja en la mina cierto y tiene, trabaja 7x7 y viene el día que baja y la señora tiene que venir al médico o traer a la guagua y la trae y el bajo y lo que quiere es que quiere salir y comprar algunas cosas entonces viene al médico y se pone ahí impaciente ¡ya poh a qué hora nos van a atender! A veces no es mucho el tiempo que esperan, sino hay algunas personas que creen que es mucho, entonces por eso uno tiene que estar mirando. Ahora, se ponen a esperar ahí y los llama el médico y salen y llaman y llaman y no están y no están y después entra la señora y salió a fumarse un cigarro o el niño quiso ir a los juegos y le dice ya poh señorita a qué hora me van a llamar entonces, y ¡yo he estado ahí poh! Yo

a veces me voy a instalar por ahí a ver cómo va la cuestión cierto usted me ve bien seguido por acá (pregunta dirigida a R.V)

R.V: Si, si, si

C.V: yo vengo agarró los diarios y me pongo a repartir los diarios...

R.V: si todos los días, de 9 a 10 11 ese es el horario de todos los días

C.V: Entonces uno va viendo entonces igual uno va viendo que algunos funcionarios si tienen una actitud prepotente...

R.V: pero eso no pasa de ser, como pasó con el médico que ya ha bajado porque ya querían echarlo...

C.V: Entonces funciona, funciona en breves palabras.

M.1: Y ¿Usted don Jaime?

J.T: Yo no opino, yo no paso metido acá...bueno como dice don Carlos ya lo dijo todo ha dicho la verdad después de todo no hay más que agregar las cosas aquí siempre se solucionan es que es que la verdad es que este Hospital es bastante modelo, entonces es difícil compararlo con otro, es un Hospital ustedes lo ven po o sea brilla por todas partes eh la gente es preocupada está como muy identificada con el Hospital tanto los usuarios digamos como las personas que trabajan acá, entonces la verdad es que para ellos la mayoría es su casa, entonces la tratan como tal y y como dice la señora acá, las personas que han tenido una actitud arrogante de de algún modo en las conversaciones se dan cuenta digamos que seguir igual sería objetable hasta con por sus propios pares, se ha cambiado y hay un trato distinto, entonces yo creo que en ese sentido la información digamos acá funciona, funciona plena y cabalmente.

M.2: Disculpe ¿A qué se refería a qué este Hospital es bastante modelo?

J.T: Es bastante modelo porque, (breve silencio) yo creo que la atención de acá es diferente a la atención de todas partes, no es una atención común en los Hospitales es más humana, realmente o sea sin todavía realmente serlo yo creo es uno de los Hospitales que va para ser un Centro de Atención Familiar eh hay que incorporar cierto ciertas platas, incorporar más profesionales, pero va para, para ser un Centro de Atención Familiar, donde las personas se sientan realmente como...a ver mi Doctor es el Doctor Pérez y él es el que me atiende a mi hijo, mi señora eh que se yo... a toda mi familia, ya y el Dr. Pérez tuvo a mi guagüita en

brazos que se yo, yo creo que va tendiendo a eso a ser un Hospital Familiar por eso digo que es modelo eh, ¡No como el Consultorio no, no se parece en nada!

M.2: Por el trato...

J.T: Es un todo, no es un problema del trato es un todo, yo me atiendo allá, pero yo cuando yo vengo para acá veo la diferencia en todo; en la limpieza, en la atención, en la actitud, en la persona, eh es todo distinto.

C.V: Tiene razón Jaime cuando dice como, como modelo, es cierto en estos cortos cuatro años, le llevamos la delantera en ese aspecto le llevamos la delantera al resto de los consultorios y hemos podido comprobar en nuestras reuniones mensuales cuando se hacen estos planteamientos. Por ejemplo la otra vez en un Consultorio, en el Consultorio que está cerca del terminal no sé cómo se llama

R.V: el "Aguirre"

(Acá J.T interrumpe se pone a hablar por celular a un costado de la puerta y se escucha interrumpida la voz del próximo participante)

C.V: el "Aguirre" una persona decía que el Chile Crece Contigo, supone de algunos elementos que entregaban ahí que le dije eso yo sé que desde la atención pre- natal cierto a la madre se le va entregando todos los meses, me dijo pero ¡cómo! Se hizo la averiguación y realmente si ahí están las cosas pero no se estaban entregando, entonces lo que si se hizo fue que las mismas personas del Consejo pidieron que ya que había tanto lo pusieran en los pasillos lo desplegaran como se llama trípticos que unos los pegaran por un lado otros por el otro lado y así para que fuera la gente informándose, aparte de comenzar a entregarlo eso es por un lado, sí hay elementos hay cosas que se tienen que entregar para todos, en todas partes tienen que hacerlo. Eh la los tiempos de espera, los lugares de espera, es verdad que los otros Consultorios son más antiguos, fueron diseñados de otra manera, pero como decía Jaime aquí se respetan los lugares de espera, se han cuidado, no han ido destruyendo las cosas, han ido cuidando. Antes los niños que venían de otros Consultorios andaban por allá atrás por todos lados, los funcionarios y el cabro chico metido por allá atrás, entonces de a poco comenzó a entender la gente que el niño no tenía que ir a meterse allá atrás, no tenía que hacer ahí, nosotros mismos comenzamos a decir ¿qué hace ese niño allá? Y la mamá ¿Dónde está? Ah pero como aquí hay harto espacio en los juegos pero que no se vaya a meter. Acá no va a encontrar niños saltando encima de los

asientos, en los otros Consultorios hasta los mismos pacientes que están a la espera están sentados arriba, de la costumbre que se tiene en las plazas donde se sientan los jóvenes en el respaldo y ponen los pies en el asiento, entonces las personas que crearon eso se demoraron cuantos siglos en crear una silla ideándola como podría ser y llegaron la gente de Hospicio y se sienta al revés (ironía en esta línea de respuesta) bueno, aquí no se ve eso que se sienten arriba del asiento los baños no están rotos...bueno no digo más...

M.1: y usted señora Ruth

R.V: yo también me apego a lo que dice Don Carlos, como dice el caballero nosotros somos moradores de este lugar con mayor razón podemos dar fe de todo lo que estamos diciendo es veraz porque nos sucede a diario, yo por lo menos traigo a mi mamá. Mi mamita como ustedes saben tiene Alzheimer y entonces también también como le digo a veces uno eh cuanto se llama no sabe algunas cosas que hay acá, así como dice don Carlos uno va a preguntar a la OIRS e independientemente informan porque no es tan grande este Hospital, esta por sol, mar, tierra cierto entonces uno tiene sus lugares donde uno puede atenderse y a veces cuando uno viene periódicamente no sabe si uno va mejor a informarse a la OIRS nos destinan para el lugar y uno rápido salen las cosas si uno quiere atenderse o quiere hacer otra cosa uno rápido no hay necesidad de perderse de estar como se dice tonteando e ir a un lugar y otro a preguntar, no uno va a allá al lugar donde corresponde; a sacarse sangre o a curarse uno va directo, independiente que no sea del lugar lo mismo, uno le dice le preguntan a uno; señora...a nos informan independientemente de la OIRS a uno le informan...señora espérese un chiquitito ¿dónde va? Incluso miren yo no sé mucho pero en esa cabina de vidrio usted va y pregunte y para qué acá vienen muchas personas que vienen de Iquique de Pozo Almonte vienen de otros lugares e incluso desde Antofagasta porque acá ahora hay Oftalmología y Traumatología que está funcionando, entonces a veces uno no sabe en qué box va a estar cierto ocupa de otra persona cierto a veces uno no lo sabe pero la señorita de la OIRS lo sabe y ella da esa información.

M.2: En base a esa misma información que dan en la OIRS tenemos otra pregunta. ¿La información a la que se puede acceder permite transparentar el funcionamiento del Hospital?

R.V: Yo creo que sí señorita. Si lo permite porque si no lo permitiera entonces como le digo nosotros eh nos sentiríamos como le digo como...no tengo

la palabra para explicarme pero ¡estaríamos mintiendo! Creo que estaríamos mintiendo ¡no es así!

C.V: Yo creo que en eso de cómo se llama eh a raíz de lo que decíamos que la OIRS eh de que se nota eh y como se dijera el cambio hacia la comunidad, se nota la transparencia hacia lo que se está haciendo, ya no es así tan así tan bajo cuero la no haya la aquí las personas acceden todas de la misma manera y en la misma eh, claro tienen la misma oportunidad. Ahora, eh como debe ser cierto el Servicio de Urgencia tiene que acoger a todas las personas vengan de donde vengan porque es un Servicio de Urgencia, es la continuación del sistema, digamos si una persona viene por un accidente cierto y aquí le facilitaron la primera atención después tiene que ser derivado al Centro que le corresponde y punto, algunas personas no lo entienden así... algunas personas no lo entienden así, me ha tocado ir con familiares y con otros vecinos que vinieron a la primera atención aquí y le dijeron claro y ustedes comúnmente donde ser ven, claro en el Videla entonces tienen que... ¡yo me atendí aquí y aquí me tienen que atender! ¡Pero si para eso esto es Hospital! Entonces ahí viene la otra cosa... ¡Para eso esto es Hospital y comienzan con la exigencia y todo, entonces está mal, pero cómo le hace entender eso uno a la persona con calma, explicarle las cosas con calma y ahí los funcionarios han entendido antes le decían te mandai a cambiar no te voy a atender, ahora no po ahora entran a... (Interrumpido por R.V)

R.V: Ahora lo atienden, le explican vaya con ese papel para allá a atenderse...(Interrumpido por C.V)

C.V: Por ejemplo me toco venir con una señora, y la atendieron, yo viene a urgencias de nuevo y estaba la señora y eran unas inyecciones que tenía que ponerles así seguido, entonces había que ponerla así acá con suero nos tuvieron ahí como una hora en la cuestión, entonces la señora vino al día siguiente y le dijeron no usted tenía que ir... ¡no! yo me quedé aquí anoche para venir a la atención que es exigida y gratis, y decía que no que no que no, ya le dijeron nosotros la vamos a atender y la mandaron a hablar con el Director, entonces ahí la señora entendió, pero hay esa disposición de poder hacerlo entender, antes le hubiese dicho sabi q ma... no te vamos atender y chao le echan pacos o le echan los perros...

J.T: Ahora, eso no quiere decir que no hay gente que realmente es conflictiva y merecen que le digan ¡Ándate a la porra!

M.2: Ándate a la qué...

J.T: a la porra

M.1: Es un decir...

C.V: Por no decir ándate a la... ¡ya!

J.T: Pero nosotros sabemos claramente quienes son, por ejemplo: sabemos que hay una dirigente que es famosa acá y a todo el mundo lo manda a... ¡Yo soy dirigente!

Ella quiere que la atiendan primero

Todos merecemos el mismo trato al usuario todos somos iguales, yo no obtengo hora porque soy dirigente, si yo me vengo a atender me pongo en la fila, por ejemplo yo tengo hora al hospital pa Diciembre, 26 de Diciembre a las 8:00 de la mañana, no ando por ahí tratando de conseguirme horas especiales

R.V: Hay que dar el ejemplo, salvo que sea un caso conciso grave, claro pero si uno puede esperar porque no hacerlo igual que ellos, siempre igual abajo acá, siempre uno está inscrito cierto don Carlos allá en la multifamiliar que esa cosita porque mientras uno sea dirigente dura eso, hasta la fecha aún no he ido a recogerlo, es que igual ellos saben acá la gente que trabaja igual yo saco mi número espero aunque a veces tenga que... hay que seguir lo que corresponde imagínese que haga esas cosas, la gente se siente mal salvo que yo estuviese grave ahí sería diferente, pero si puedo esperar porque no hacerlo

M.1: Bueno y en base a lo mismo pero la otra cara. ¿Cuáles han sido las debilidades de la entrega de información del Hospital a la comunidad?

M.1: Las debilidades, o sea es decir en qué ha fallado en que ha sido más débil

J.T: Es que yo creo que las cosas que han estado débiles se han fortalecido, yo creo que los puntos débiles, a ver nosotros somos dirigentes y como tal asistimos donde están todos los Consultorios y la verdad es que yo a veces me quedo sorprendido por la cantidad de cosas que pasan en otros Consultorios, en el Hospital, entonces yo creo que las debilidades, un año atrás podíamos hablar de algunas debilidades cierto, con respecto a la OIRS, al trato a varias cosas, pero tampoco debilidades tan graves, yo creo que la debilidad más grande tal vez a nivel de país digamos es la falta de personal básicamente de los

Servicios en general digamos no es un problema de la OIRS, sino en general digamos yo de repente, la Asistente Social cuando estuvo con licencia médica, el Doctor tanto está con licencia médica, quedamos con un Doctor nuevo ese es el problema.

R.V: ...No la llaman a uno para atenderse

C.V: Esas debilidades como dicen se han ido surtiendo cuando se descubren eh normalmente cuando la la las ponemos nosotros los dirigentes cuando, nos damos cuenta estamos viniendo eh por ejemplo en la atención de Urgencias eh llegan las personas a atenderse en Urgencias y el tipo que se pegó un martillazo en el dedo está ahí gritando y ¡ah! tremendo escándalo y lo atienden, y llega otro descompensado por Diabetes y está calladito tranquilito... ¿Cuál de los dos merece la primera Urgencia? ¿Cuál Cuál tiene prioridad? Ciertamente, uno se da cuenta al tiro, claro el diabético lo necesita sino...

J.T: Se muere

... Cv: ... Uno se da cuenta, claro el diabético porque lo necesita porque

JT: (interrumpe) Porque se muere

CV.: Claro!, pero en la apreciación general el otro esta, porque no soporta el dolor, pero es muy alaraco, entonces nosotros decíamos , quien clasifica la urgencia, quien clasifica la urgencia?, no la va a clasificar una administrativa que está recibiendo ahí porque no sabe lo médico, entonces ahora se puso a una persona que mide eso, se puso a una persona que mide eso, cierto, llega entrega las que vienen para ponerse de urgencia y las pasa para adentro para tomarle la presión y es ahí donde la se ve para ver que es lo que pasa, entonces, el mide el grado de urgencia

JT: (interrumpe) el riesgo

CV:Y se puso el letrero que no se atiende por orden de llegada sino que por urgencia, entonces son debilidades que el hospital va exponiendo y que uno las va descubriendo y las va poniendo, ósea las va exponiendo para que se mejoren, ahora aparecemos como que, oiga este hospital no tiene ningún defecto, porque lo hemos ido mejorando, (M.1.: claro) porque nosotros mismos nos hemos dado cuenta, por ejemplo en la farmacia hay dos ventanillas ¿cierto?, una ventanilla que dice, una que entrega el documento y otra donde retira, pero resulta que el papelito donde decía esa información estaba aquí entonces la

persona(lo señala, parándose), la persona que llegaba ahí, tapaba donde estaba el papelito y el de atrás no sabía, entonces veía una cola más corta y se ponía haya, y llegaba él y le decía no usted tiene que estar haya, pero ya llegaban tres personas entonces, que lo que propusimos, que ese papelito que estaba ahí lo pusieran aquí (señala con las manos que el papelito lo pusieron arriba) entonces cosas básicas, cosas simples, cosas pero que uno se va dando cuenta que son debilidades pero al exponerlas se van mejorando,(el llamado de los pacientes, sale un doctor que tiene un vozarrón y llama fuerte pero sale una niñita que a veces eh ... eh es doctora pero tiene una voz suavcita y no la escucha nadie, y también, entonces ella parte a la OIRS y ahí tiene un parlantito y hacen el llamado por ahí, entonces veí son cosas como básicas , como que parece , como que parece que no tuvieran mucha importancia, pero..

J.T.: Me permiten una sugerencia, limiten el asunto de las preguntas porque van a llegar a la pregunta dos y eh les va a acabar el

M.2: Si por eso mismo, según los ejes de la gestión pública participativa y dentro de las debilidades que ustedes mencionaban me da a entender que las debilidades que ustedes visualizan las pueden, las pueden revertir y en base a esto mismo tenemos una pregunta que dice. ¿Cómo se ha integrado el consejo de desarrollo en el proceso de trabajo del hospital comunitario? Ósea ¿Cómo ha sido este proceso de integración?

J.T.: No es consejo de desarrollo es consejo en salud.

C.V: Pero de desarrollo en salud

M.2.:Aja

J.T.: No pero el nombre es consejo de salud

C.V.: Consejo de desarrollo en salud

M.2.: Es que es a nivel transversal eh consejo de desarrollo, depende del área en que estemos, ahora que estamos en salud, consejo de desarrollo en salud

C.V: Los consejos, son consejos de desarrollo, tienes razón si, consejos de desarrollo en educación, en otros

M.1: También en otros contextos

M.2.: Ya y en base...

C.V.: Entonces por eso nosotros eliminamos el con subtítulos, nosotros íbamos a estar ahí nomás, (risas de moderadoras) ninguna de las sugerencias iban a ser tomadas en cuenta, entonces por eso pasamos a ser más resolutivos consejos de desarrollo en salud, ya! entonces.

M.2.: De esta misma eh problemática, como se ha integrado al consejo en el proceso de trabajo en el hospital, como ha sido esta experiencia de integración,

J.T.: Fácil, liviana

M.1.: Como se integra

M.2.: El cómo

J.T.: A ver, el consejo empezó aquí, con la construcción del hospital, no es que se integró acá sino que siempre fue parte de él, porque acá cuando se le empezó a preguntar a la gente como se veía en el fondo, si lo único que le faltó que se hicieran los planos acá juntos con la gente.

C.V.: Claro, y es una cosa que ustedes del principio lo tuvieron que haber notado que siempre se conversó de eso, que es lo que la diferencia con el resto de los consultorios de aquí de la región y del resto del país, eh...) que lo vimos nosotros también Santiago, nos preguntaron la misma pregunta un poquito así ¿Cómo lograron ustedes su integración de este trabajo? Y nosotros dijimos no hubo integración

J.T.: No hubo integración (interrumpe)

C.V.: No hubo integración como dice Jaime, sino que es un nacimiento en conjunto (murmuro de J.T.) eso marco la diferencia (R.V.: es un trabajo en conjunto)

J.T.: Tal vez cambio el nombre, (Ruth, Carlos: claro) pero siempre las personas estuvieron acá INTEGRACION DESDE LA GENESIS, // o sea por ejemplo el sector tierra mar, se lo puso la gente no el hospital, (Carlos: a gente fue proponiendo) no es como el otro lado, sector rojo, sector amarillo, sector verde listo se acabó el asunto, sin derecho a voto, acá no.

C.V.: Claro, claro fue un nacimiento mutuo, fue, fue natural el contacto, y eso gracias a dios, eh en los diferentes directorios que ha tenido se ha mantenido (J.T.: y se ha respetado)y se ha respetado claro.

M.2: Y de ese mismo mantención y respeto, ¿Qué obstáculos han surgido en el proceso de trabajo entre consejo de desarrollo y el hospital?

(Murmullos)

J.T.: Es que , es que tampoco no ha habido ese tipo de problemas, porque como nacieron juntos ya se ah, ya existe una..

C.V.: Si, si ha habido un problema, que es este eh la perdida de la convocatoria

J.T.: Si pero, (C.V.: lo único) pero ese no es un problema de dede integración, (C.V.: ya) es otro tipo de problema

C.V.: Ya!

J.T.: Pero no hubo problema por el hecho de que, eh.. es como por ejemplo cuando en una casa la mamá es la que hace todo ¿ Ya? entonces y el papa de repente se quiere integrar a opinar sobre la comida y empieza de apoquito y por último la mama le dice oye aquí en la cocina mando yo, es distinto cuando el papa y la mama que hacemos mañana de almuerzo mira porque no hacemos esto que se yo, entonces después usted le preguntan, que problemas hubo nunca ha habido problemas , porque siempre eso se ha gestado así , entonces aquí la verdad el consejo ha sido como otro miembro más del estaff(STAFF) hospital, entonces por lo tanto, o sea no se toman decisiones acá digamos (R.V.: sin consultarnos a nosotros) grandes decisiones!!, pero hay muchas digamos que se consultan

R.V.: Siempre nos toman en cuenta.

C.V.: Por ejemplo lo que comentábamos, bueno no con ustedes, pero lo que paso con el mamografo, ¿cierto? Llego aquí un camión con un mamografo, y cuando nosotros supimos inmediatamente hicimos la consulta de porque eso no se ponía al servicio de la comunidad si iba a estar ahí afuera, entonces nos dijeron que no que eso era para el interior porque eso es un camión que iba a servir de servicio para el interior, pero nosotros siempre quedamos con la inquietud o sea porque no se lo llevan para el interior, que lo ocupen, se hizo la

consulta con la directora de salud (J.T: empezamos a hinchar las pelotas) empezamos a hinchar nosotros, y detrás, detrás, detrás, hasta que se nos dijo un montón de cosas ¿cierto? Hasta que aquí tenía que haber llegado uno amarillo y mandaron uno rojo, por decirle las diferentes cosas que nos fueron diciendo de, insistimos como decía Jaime la otra vez, de que son piezas o sea son instrumentos de tanta, tanta)

J.T.: (interrumpe) delicadeza

CV: Delicadeza...

J.T. :(Interrumpe) y precisión

CV: Y precisión que van perdiendo con el tiempo su calibración, entonces el peligro que existía que eso dejara de funcionar sin haber funcionado, entonces esa resistencia y la preocupación que nosotros teníamos, logramos y que se llamara entre paréntesis estamos debiendo lo que dijimos que íbamos a hacer, estoy haciendo una declaración en la prensa referente al logro de eso (J.T.: bueno deberás) ¿cierto? Entonces nosotros con Jaime preocupados de eso, y el consejo insistiéndonos periódicamente una respuesta, una respuesta, una respuesta nosotros le dábamos siempre lo que nos decían en el servicio de salud pero el consejo no quedaba conforme con eso, nos pidieron que hubiera aun respuesta por escrito la mandamos, entonces el otro día el mes pasado nomas en una conversación of de record como se llama de pasillo con la doctora, le explique la insistencia nuestra de estar tener un encuentro con ellos hacer una conferencia con ellos de tener una audiencia era referente a tal punto y le decíamos también pero nos sorprende ver que aparece en la prensa un parlamentario, un diputado por llevarlo a algo más chico, no vamos a decir el nombre o yo no voy a decir el nombre ni nada, claro pero me tiene chato, diciendo que el está haciendo una gestión para que el mamografo se ponga se utilice aquí (R.V.: es verdad) claro, entonces se lo dijimos a la doctora, la doctora dijo yo sé que ustedes han insistido pero yo eh estado buscando una solución ahora lo que les puedo decir que eso va a estar en funcionamiento a partir de diciembre a va a estar en funcionamiento, entonces nosotros le dijimos eso ha sido gracias ala gestión que nosotros hemos hecho, no puede aparecer otra persona entonces cuando se habrá aquí el asunto de la atención con el mimógrafo va a parecer este caballero va a aparecer ere caballero cierto diciendo: gracias a mi gestión esto está, Y no! Entonces con eso con Jaime teníamos, vamos a tenerlo que hacerlo (J.T.: murmura) esta semana o la próxima por eso le dijimos a la doctora que íbamos a hacer una declaración en

la prensa referente a eso, gracias a la gestión que ha hecho el consejo de salud de este hospital frente al servicio de salud se logró poner en funcionamiento, o sea decir que se está solucionado el problema antes que aparezca la cosa y quedemos nosotros sin hacer nada.

M.1.: Risas, eh otra pregunta eh... han realizado algún tipo de trabajo junto a las autoridades bueno y la comunidad para concretar acuerdos en salud

C.V.: Para concretar acuerdos en salud (M.1.: claro) o alguna actividad de (...M.1.: donde se reúne la comunidad, eh la autoridades en salud y el hospital... como los tres entes...) si hemos tenido (M.1.: así como propuestas para concretar posteriormente acuerdos en salud, han hecho ese tipo de actividades)

R.V.: La comunidad pero ¿representadas en qué?

C.V.: No, con el consejo sí, con el consejo si hemos estado en reuniones con quedo quedamos de hacer una trabajo en continuo con la doctora Tapia y ella tuvo que partir a Santiago a una, una, y nos dejó a la doctora Salina y ella es como su brazo derecho y ahí es cuando se integró Nicolás cierto (J.T: Aja) entonces siempre hemos mantenido el contacto eh servicio de salud que es el ente que maneja esto, este hospital y la comunidad o sea siempre ha habido el trabajo de exigencia y el cumplimiento de la exigencia.

M.1.: Claro, pero siempre a lo que yo me refiero es como actividades masivas entre la comunidad, que estén como todos los agentes o los entes juntos

J.T.: Normalmente (M.1.: una actividad comunal) normalmente acá se hacen eh.. dos tipos de actividades que son comunes, una es educación que es a través de charlas donde está y lo otro son los operativos los cuales están santa teresa se hizo uno, ahora se hizo uno en la acá en el polideportivo que se yo ese tipo de cosas ahora, lo que conversábamos delante la asistencia acá no es de la mejor y no es un problema de comunicación a la gente se le comunica, pero la gente está acostumbrada a que poco menos se le coloque alfombra para que tengan que asistir ¿ya?, entonces es un mal hábito que se le ha dado a nuestros dirigentes y lo segundo que la comunidad de alto hospicio es una comunidad que normalmente trabaja y es de muy alta proliferación en hijos, muchos hijos que atender y no los pueden dejar solos y el papa y la mama están trabajando entonces, entonces por lo tanto la participación que ellos pueden tener es bastante escasa porque tienen poca participación por ejemplo nosotros hemos tenido charlas donde nos hemos comprometido con 5 traer a 5 personas, en el caso mío eh llevado 5

invitaciones y le eh pedido a 10 personas que vengan y ha venido una o ninguna, entonces el problema no pasa porque uno tenga poco poder de convocatoria sino que simplemente pasa porque mucha de nuestra gente está un poco desencantada con las cosas que han ido pasando durante montonera de años y como se llama también por la forma de vida que llevamos hoy día, si cada día somos más egoísta mas personalistas menos comunitarios menos asociativos y somos así...

Mary: otra preguntita, no sé si se acuerdan de la cartilla que se realizaron el 2009

J.T.: ¿Unas cartillas? (Desconocimiento de etapa)

M.1: Unas cartillas que se realizaron en grupo

C.V.: Que era que era una propuesta de salud 2010 2020?
(Reconocimiento de la etapa)

M.1.: Aja se acuerda de las cartillas entonces

R.V: Si

M.1.: ¿Cómo se desarrollaron esas cartillas para detectar problemas del sector? ¿Algún recuerdo?

J.T.: No tengo idea de que están hablando

C.V.: Eh... a ver a nivel nacional se entregaron unos cuadernillos con unas consultas para hacer unas propuestas de mejora de salud del 2010 al 2020 y se entregaron algunas cartillas para trabajarlas en las diferentes juntas de vecinos, esto fue el 2009

M.1.: Si fue a finales del 2009

R.V.: Entre noviembre

C.V.: Claro y se hicieron, pero no fue a finales de 2009 porque se realizó un encuentro en pozo Almonte que fue a mitad de año (M.1.: ya, ya) y el ultimo se realizó en enero, el 4 de enero que estaba entrando el rally (J.T.: el rally dakar) claro (M.1.: risas) estaba el rally (Ruth: el 4 de enero del 2010) eso fue y ahí se dio la finalización en el terrado ahí fue, entonces se entregaron unos cuadernillos para trabajarlos en tu junta de vecinos, ponte tú te reunías con un grupo de junta

de vecinos y se daban algunas propuestas respuestas de de salud, y se trabajaron y se trabajaron yo en mi junta de vecinos lo trabaje, eh como se llama el Marcos también lo trabajo en su junta de vecino

J.T.: A mí no me llevo

C.V.: Claro a ti no te llevo, tú estabas recién integrándote por eso estabas

J.T.: En el consejo

C.V.: Sípo estabas en el consejo

J.T.: Sípo

R.V.: Esa día (Carlos: ¿por qué no estabas?) esa semana no había venido el caballero (C.V.: parece) tuvo algo que hacer (C.V.: porque no) ¡siempre venía! Y usted se distanció después que entregamos los cuadernillos ahí volvió

C.V.: Claro, yo los traje de Santiago que me entregaron 10 para que trabajaran acá y a la señorita Amelia le llegaron otros tantos entonces esos los distribuimos al tiro a la gente

M.1.: Una consulta don Carlos y esos cuadernillos como se llamaban que nombre tenían, no se acuerda.

C.V.: Era una cosa bien rara (baja el tono)

J.T.: Porque hablai tan despacito

C.V.: Esque estoy pensando (M.1.: lo pille lo pille) usted sabe que es otra cosa (risas moderadoras)

J.T.: Dile que tenía Alzheimer nomas

Moderadoras: risas

M.1.: ¡Pero eran para!

C.V.: Si tuviera Alzheimer si tuviera Alzheimer no me acordaría que tengo Alzheimer (M.1.: Risa) entonces no podría decir (M.1.: Y se acordó hasta de la fecha, risas) si yo me acuerdo de todo perfectamente si antes era (murmura)

R.V.: No y yy se acuerda hasta quien se lo llevo a la casa

M.1.: Claro, como usted me decía recién que que trabajaron (J.T.: en la casa lo tengo) con la comunodida

Carlos: claro

M.1.: Y después ¿Qué paso? Después que pasó con el trabajo (R.V.: trabajamos acá hicimos el trabajo)

C.V.: Se entregó po (R.V.: se entregó acá y aquí hicimos nosotros aquí las planillas) y aquí la señorita la Amelia lo envió a quien correspondía entregarlo se envió

M.1.: Ese fue el segundo paso

C.V.: Claro, y de ahí quedaron de decirnos esto es lo que se hizo, eh salió a raíz de esos encuentros que hubieron que yo se los mande a ustedes parece un cuadernillo que salen en la tapa salen hartas fotos hartas caras (M.1.: ahhh) (R.V.: de niñitos) no, no de niñitos de dirigentes de acá (R.V.: si sí) donde sale la señorita Amelia (M.2.: a ya) y salen otros dirigentes de acá de hospicio y adentro cuando uno abre así, aquí tiene una franjita que ahí aparecen fotos de dirigentes

M.2.: ¿Es uno rojo con blanco y negro no?

C.V.: Algo así más o menos

M.1.: Y la señorita Amelia lo tiene

C.V.: Claro, y eso lo tiene la señorita Amelia, eso fue eh pero fue como desarrollado, que eso se entregó al final en enero, pero se entregó ahí que era la recopilación de lo que se había hecho hasta ahí, y en enero se había hecho la última propuesta y se entregó todo, y quedaron después de entregarnos una respuesta porque en esa reunión...

J.T.: Yo estuve trabajando en las comisiones esas que

C.V.: Claro, en las comisiones

J.T.: Si me acuerdo, pero yo no recibí el libro ni nada por el estilo

C.V.: La señora Sandra Toledo estaba a cargada de ese cuento, la señora Sandra Toledo de ahí de la SEREMIA de salud

M.1.: Entonces usted lo entregaron y todo

C.V.: Todo se entrego

J.T.: Y después eso se fue para el asunto de la...

C.V.: El otro día cuando estuvimos en este asunto de la salud haya abajo y de la ficha de protección social, se le volvió a recordar lo mismo que se acuerda siempre, nosotros hacemos ponencia nosotros decimos esto puede ser así y ustedes después se comprometen a después enviarnos el trabajo y nunca lo han hecho (R.V.: es cierto) y eso se lo volvimos a reclamar esta vez, porque siempre se manda algo y nosotros no sabíamos (R.V.: en que quedo) en que quedo

M.1.: Allá pero estopaso lo mismo con lo que estábamos hablando recién

C.V.: Si, y ya estamos en el 2011 y eso debió a ver salido el 2010 a verse dicho cierto la comunidad trabajo en este aspecto y estas son las propuestas que se hicieron y esto es lo que vamos a desarrollar, pero hasta ahora qué bueno que nos haya recordado (M.1.: claro) porque nosotros no sabíamos (M.1.: risas) (R.V.: que había que consultar) que había que consultarle a la señora Tapia (: S)

M.1.: y otra consulta otra consulta igual para profundizar un poco porque la otra vez la vimos cuando nosotros le preguntamos ¿Cómo ha sido su participación en el CIRA? Y ahora necesitamos saber eh ¿Qué obstáculos han surgido en su participación en el CIRA, (J.T.: es que la verdad ah...) en el consejo integrador de la red asistencial?

C.V.: Si, si entendemos lo que es, (J.T.: es que ah) es que ahí nos limitaron a nosotros como dirigentes la participación, (M.1.: ya) porque eh incluso yo le reclamaba a la doctora (J.T.: y yo fui al último) él fue al último (J.T.: fui al último que fue en Mamiña) yo estuve en dos perdón que hicieron acá porque lo hicieron acá me invitaron pero a los otros dijeron que iba solo el presidente del consejo regional no ni siquiera de los consejos locales los consejos de consultorio si no que solo el presidente del consejo regional, sino que nos limitaron la participación y ahí asistía la Alicia nomas la Alicia Naranjo que estaba asistiendo a estos encuentros y con Gabriel le reclamamos y otros dirigentes más, una vez vino Gabriel vino la, la Alicia vino el cómo se llama el otro Mario y yo, pero la misma doctora nos dijo no ahí tiene que asistir (J.T.: cierto) los invitados (R.V.: los invitados).

M.2.: Y en base a la última pregunta de gestión ¿Qué acciones proponen para fortalecer el trabajo entre el consejo y el hospital?

J.T.: Que acciones

C.V.: Porque nosotros la estamos desarrollando, si nosotros o sea que propuestas mantener las vías de comunicación no perder el dialogo y la transparencia o sea de lo que nosotros planteamos como dirigentes y las respuestas que nos dan ellos, que todo sea transparente no perder esa instancia porque propuestas para mejorar ya no lo podemos mejor mas si esta bueno

M.1.: Y usted señora Ruth

R.V: Si yo me dieron a lo que dice don Carlos porque siempre cada vez que sucede algo, siempre estamos nosotros entonces estamos en contacto todos los meses aunque hemos fallado dos meses porque estaban de vacaciones las personas pero nuevamente nos hemos integrado.

J.T.: Vieron esa, vieron la película ustedes ToyHistory?

C.V.: ¿ToyHisotorycual? TOY STORY

J.T.: La de monitos verdes esos

M.1.: Si

J.T.: Que tenían una mente, nosotros somos iguales

C.V.: Claro

J.T. y C.V.: Somos uno

Carlos: oh...la garra

Todos: risas

M.2.: ya en base al tercer eje (C.V.: simétrico) fortalecimiento de la sociedad civil ¿Cómo el hospital promovido la autonomía de la comunidad?

J.T.: La pregunta

C.V.: Si, es lo que nos decía, lo que decíamos delante cuando la señora Alicia nos decía “susurro: ustedes tienen que asumir aprendan” o sea dejándonos diciéndonos que tenemos que hacer pero eh... como le cuesta

J.T.: Esa pregunta está un poco mal hecha, en relación a que, autonomía con que

M.1.: Como de decíamos al eje se llama Fortalecimiento de la Sociedad Civil en base a eso (M.2.: claro) en base a lo que decía

C.V.: Oh sea nosotros como organización, como se llama consejo de desarrollo en salud, nos sentimos eh (Alejandro: autónomo) (M.2.: fuerte empoderado) autónomos, claro...(ruido de golpe de mesa como batería) eso por ahí va.

(Multivoces)

C.V.: Claro no

M.2.: Ente

J.T.: no, nosotros somos autónomos lo que pasa...

M.1.: Como el hospital ha promovido, esa es la pregunta, como el hospital ha promovido su autonomía

R.V.: Dándonos el pasea nosotros

J.T.: La verdad que el hospital nunca ha acaparado el derecho de... de... hacer las cosas de la tuición que se yo de la paternidad con respecto al consejo muy por el contrario, o sea tal vez yo creo que el problema que se dio en un principio fue la comodidad, nada más como el consejo nació junto al hospital no había siquiera presidente nada

C.V.: Nos ganamos el espacio (J.T.: claro) así en forma natural, ahora ni siquiera ni siquiera en, en el consejo cuando se plantean las cosas, cuando se plantea la problemática nadie ninguno de los doctores por eso decimos al llegar el momento de decir sabe en este campo ustedes no tiene que entrar, nunca nos han dicho eso (R.V.: murmuro) nunca nos han...

J.T.: Con respeto

C.V.: Con respeto claro, dentro del respeto

M.1.: ¿ Y a la comunidad?

J.T.: Es que la comunidad somos nosotros

C.V.: Calor, nosotros somos representantes de la comunidad

M.1.: Ustedes como representantes pero además eh..

C.V.: pero como te decíamos, una dirigente que ya todos la conocen aquí que siempre a llegado (J.T.: que tiene barba) no, no esta no tiene barba, una dirigente que quiere imponerse que .. bueno se le invito a que participara aunque no participo del inicio porque no considero bien, y después vino a meterse y no ya, ya no la queremos (Moderadoras: risas) (R.V.: no) más que nada es conflictiva (R.V.: Si) entonces vine a pelear, entonces esas son las personas a lascuales que no conviene integrar, todas deberían estar integrando, pero si vamos a estar creando un conflicto (R.V: dejarla de lado y seguir adelante) (J.T.: hay frutas con gusanos, que gusanos a las frutas) (R.V.: Si)

M.1.: Otra consulta en base a propuestas que se podría mejor en torno al fortalecimiento de la autonomía de la comunidad desde ustedes el consejo de desarrollo

J.T.: yo creo que más que eso habría lo que tendríamos que hacer es fortalecer la participación de la de la comunidad porque...

C.V.: Ytambién el eh como se llama el asumir los compromisos y... (J.T.: respetarlos) respetarlos los compromisos y cumplirlos compromisos

R.V.: cumplir

C.V: y cumplir los compromisos porque si bien es cierto hay un grupo que siempre está participando.

R.V: Es el mismo queremos los demás.

C.V: Pero el resto, claro dice sí.

J.T: Es que hay muchos dirigentes que tienen lo siguiente ósea, saben que van haber elecciones entonces empiezan dos o tres semanas antes, un mes antes empiezan a participar, en las elecciones cuestionan ningunean a las personas que quedaron y después desaparecen y siempre es así, solamente es el poder por el poder nada mas, pero de trabajo nada.

M.1: Entonces eso se podría mejorar.

C.V: Eso es lo que habría que mejorar cierto, el asumir, ser responsables cuando se asumen los compromisos, no sé cómo decirlo pero si yo asumo un

compromiso, responderle bien, eso es lo que habría que mejorar, no sé cómo decirlo no sé, si me entiende

M.2: Si se le entiende.

R.V: Nosotros siempre invitamos con buena fe, ellos nos aceptan, pero no sé si por lo bajo dirán algo si señora o no señora y a la final no quieren.

C.V: A la final un grado, por ejemplo un grado o un aspecto, nosotros estamos próximo a realizar la teletón cierto, entonces siempre se hace aquí la teletón, nosotros como hospital hacemos aquí la teletón entonces partimos hartos trabajando ahí y haciendo monedas, unos dice podemos hacer esto podemos hacer esto otro pero después cuando hay que hacer la cosa después no hay nadie, entonces porque es de la comunidad, que es con participación de la comunidad, pero esta la señora gloria y estoy yo y no hay nadie más, entonces van vienen dicen esta bonito y se van, no po hay que estar ahí po hay que venir y hacer turnos para estar en la caja, para estar viendo los artistas, primer año un compromiso bastante grande de varios dirigente, pero la teletón pasada no había nadie, entonces claro es bonito hacerlo, claro que el hospital, pero en el momento de los quibus no estamos todos.

M.1: Y en base a la pregunta de recién el que como se podría mejorar

C.V: Tirándonos las orejas, pegándonos coscachos, claro asumiendo los compromisos y siendo responsables de esos compromisos, no sé cómo decir eso, eso tiene que tener alguna denominación alguna palabra, en este momento no se me ocurre.

M.1: Don Jaime a usted como se le ocurre que podría mejorar desde el consejo de desarrollo la autonomía de la comunidad

J.T: Insisto en lo mismo, el problema no es la autonomía, es la participación.

M.2: Pero la participación ¿Cómo? ¿Cómo se podría motivar?

J.T: Lo que se tendría que ir haciendo es una estrategia de trabajo para poder mejorar la participación, ahora cual habría que empezar a buscarse algunas soluciones, primero una de las cosas que debería hacerse es el hecho de que hubiera una persona del hospital que se preocupará de todos los meses llamar a las personas el día anterior o el anterior al anterior, de llamarlas, de preocuparse y

recordarles que vinieran, de que a las personas poco a poco se les hiciera el compromiso de que si ellos no puede llegar a la hora, o no puedan participar ese día que lo hagan que avisen, cosa que siempre se sepa con que persona se puede trabajar y después buscar algunas cosas paralelas como no se ósea yo, te acuerdas que una vez yo propuse, porque siempre traíamos jugo acá entonces yo dije porque no hacemos tecito, porque la gente con un tecito se siente más acogida, pero buscar algunas estrategias para poder traer a la gente ósea encantarla, y después lo otro que realmente vean que lo que ellos proponen se hace, porque también pasa te pongo un caso, yo soy de santa teresa, santa teresa hace seis años que estamos con la cuestión de los lomos de toro, los lomos de toro, los lomos de toro, entonces que credibilidad, han pasado tres directivas, que credibilidad puede tener una directiva al convocar a la gente, si la municipalidad dice no no se preocupe si el próximo mes los lomos de toro, no no se preocupe si este no pudimos pero el siguiente se viene y pasa un año pasan dos años, pasan tres años, pasan cinco años, pasan seis años y nada entonces la verdad que tu vez, nosotros tenemos diez años, y en diez años lo único que nos ha entregado la autoridad como por todas las cosas, por los proyectos que hemos participado, es una plaza que tiene que, dos asientos, dos árboles y tres luminarias, eso es toda la plaza, entonces tu irías a participar de esa junta de vecinos si en diez años ha conseguido una plaza, porque lo lógico es participar para obtener un resultado, es como cuando tú vas a jugar y perdiste el primer partido, perdiste el primero, el segundo, el octavo, el décimo, el décimo primero, el sesentavo, oye sesenta partidos perdiendo ya sabe que no voy más, ese es el problema entonces aquí hay sectores donde manifiestamente tienen preferencia, la negra, autoconstrucción, la pampa, el boro, en general todos los proyectos se los ganan ellos todas las cosas vienen para acá, hay ciertos sectores en donde no se da nada.

C.V: Y la apreciación que tenemos nosotros los de la pampa, es la contraria, es todo un asunto de apreciación porque yo siempre, oportunidades que tengo con el alcalde de decirle.

J.T: Ustedes son llorones.

C.V: Yo le digo la pampa, la pampa.

J.T: Es que mira, ¡Escúchame! (alza el tono de voz) les pusieron polideportivo, les pusieron piscina, acá todos tienen sede, acá casi todos tienen cancha hay cancha en todas partes acá, les pusieron estas plazas que tienen acá

que están todas para allá, entonces no vengan con que no tienen nada y estamos hablando de cinco años, en los últimos cinco años les han entregado cualquier cantidad de proyectos.

C.V: ¡Ya! (Con ánimo de terminar el tema)

J.T: Entonces hay cierta que se siente la verdad así, se siente haber, yo participe en un proyecto de FOSIS, el 80% de las personas que salieron favorecidas con los proyectos FOSIS fueron de la pampa de la negra y la autoconstrucción, el 80%, y de ese 80% el 90% eran mujeres, claro entonces uno tiene que pensar.

C.V: ¡Ahhh! Pero esa era una cuestión de sexo nomas po.

J.T: No uno tiene que empezar a ver entonces después la gente dice yo no participo para que voy a participar si ese es el problema entonces yo creo que para poder mejorar la asistencia que se yo, tiene que pasar aquí que se tome una decisión sabe que yo quiero que aquí se pongan letreros pero con letras al revés, y que en las dos semanas uno vea el letrero con las letras al revés. Pero ¿me entiendes o no?, Ósea la participación lo que realmente nosotros hacemos se hiciera de manifiesto.

C.V: Ve salió al revés, nos van a seguir pelando.

J.T: Por ejemplo acá se sacó la, como se llama, se ganó un proyecto acá en el hospital de la fila preferencial, pero la fila preferencial ya no está ya, porque , porque no hay personal.

(Suena el teléfono)

C.V: Donde ellas participaron.

J.T: Te das cuenta o no.

C.V: Nunca se puso efectivamente, porque estaban todos los elementos porque te acuerdas que ganamos todo, pero.

J.T: Personal no hay.

C.V: Falto el recurso humano, ahora se lo planteamos el otro día a la directora y dijo pero eso lo tiene que ver el director, si pero, entonces se está perdiendo, está todavía no se tiene que perder pero ya no hay, ahora hay una dirigente de los adultos mayores que trabajaba con bastante entusiasmo con

nosotros, y ahora yo la hablo le digo que venga, y me dice y pa que voy a ir para haya voy a ir a puro perder el tiempo, si uno no logra nada que el doctor atiende mal, pero hay otro dirigente don Luis y el trae adultos mayores trae enfermos como se llama crónico para atenderlos, el los ayuda, y él dice lo más bien que nos atienden, entonces hay una preocupación del dirigente de traerlo, el no anda rogando una atención especial, si nos que el los trae para que los atiendan, si quieren hora les pide hora el anda preocupado de eso, pero otros dirigentes no, no que no atienden bien entonces por eso no quieren venir, pero es una cuestión de apreciación nada más porque alomejor a ella le toco justo el caso que la atendieron mal.

M.1: En base a el ultimo eje de no discriminación y respeto a la diversidad ¿Cómo ha sido la ejecución de iniciativas en el Hospital para evitar la discriminación?

R.V: Acá no se ha dado eso.

C.V: No yo creo que...

J.T: O sea yo creo que aquí la discriminación que se da es por un problema de la patudez de la gente que cree que son especiales pero no creo que haya una discriminación o por sexo o por edad o por etnia, o por condición social.

R.V: A la gente de afuera acá dentro no, la gente de afuera.

C.V: No hay peor discriminación que aquel que se discrimina solo, cierto que aquel que llega como dice Jaime con patudezes, ósea yo tengo esta deficiencia entonces tengo que y si no haber espere, ya me están discriminando.

R.V: Si no, hay gente, gente que suele pasar por encima de todos.

J.T: Ellos se discriminan solos.

C.V: Aquí hay una integración aquí las personas tienen la, mire de hecho el Hospital está construido en un plano, cierto no hay escalinatas que impediría que pueda venir un señor en silla de ruedas, a las personas tampoco se les discrimina por raza, los atienden a todos parejos, es más algunos chilenos podrían sentirse discriminados porque hay un mesón que es que como se llama, como es este.

M.1: Intercultural, ya

C.V: Intercultural, entonces ahí se atienden solo de las etnias, entonces podría el resto de los chilenos decir podría y porque no tenemos mesón deberíamos estar todos integrados, pero nadie ha reclamado por eso, entonces ahí hay una forma de integración, entonces crearon una oficina allá y el resto está al otro lado, pero nadie ha reclamado. La fila preferencial, cuando se hizo la fila preferencial, cuando comenzó a funcionar la gente sola fue entendiendo quienes tenían derecho a ir ahí porque, porque no puedo estar reclamando diciendo oiga yo también quiero estar ahí, no sé, se dio cuenta a quienes les correspondía estar ahí, hay minusválido al que tenía alguna limitación a la embarazada, no a esas embarazadas que tengo media hora y un ratito no a esas embarazadas no, todavía no tienen que esperar, pero si a la embarazada de 6, 7, 8 9 a ellas, pero la gente entendió, la gente entendió que a allá hay más gente entonces voy para allá para que me den la hora, ¡No!, pero después la perdimos como dice Jaime y ahora está en la OIRS, o está allá en otro lado o no esta.

M.2: Una segunda pregunta ¿Qué obstáculos han surgido para evitar la discriminación?

(Especulan)

C.V: No hemos tenido ningún obstáculo.

C.G: ¿Cómo es el funcionamiento del programa intercultural?

R.V: Muy bien.

C.V: Es así yo lo veo que siempre está con gente.

R.V: Muy buena atención al 100%, incluso hay personas que no tienen etnia y se tratan ahí, yo conozco una persona que es mi vecina, que ella no tiene nada ella no es indígena, no es mapuche no es nada por el estilo, pero sin embargo ella va a dar un parto, ella está embarazada y va dar un parto así al agua, como le puedo decir está integrándose a eso le gusto, ellas vieron charlas así en el auditorio y ella opto por eso, ha tenido cuatro hijos y cuatro nacieron en el hospital y este nació en la casa, la señora fue a la casa, perfecto, bonito, ella nunca pensó que lo iba hacer con la señora, ósea no ha tenido ningún problema ha sido aceptada.

C.V: Entonces ha habido una buena integración

M.1: Bueno y según la comunidad son distintas comunidades.

R.V: No si están contentas porque vienen yo no sé si ustedes se han dado cuenta que en la tele salen esas señoras con esos cositos acá, yo he visto que han bajado, yo no se si han venido de Iquique yo no sé pero han venido, yo no sé si esa señora de allá parece que habla aymara cierto y vienen , ya saben ya vienen y se atienden ahí ella la lleva al médico para todo lado ósea muy bueno la información, yo he visto que la gente tiene muy buena referencia de ese modulo, porque rápido van allá y ya ellas solas cuento pueden ir solitas a atenderse a cualquier pabellón que ellas lo necesiten, en ese aspecto yo siento que ha funcionado, nadie se ha quejado incluso a veces uno no sabe por otra cosa y le preguntan a ella y ella da la referencia ha habido mucha aceptación de la comunidad en ese aspecto, ahora a mí me da vergüenza ir allá porque usted sabe a veces se amanecen caminan con el pie izquierdo la señorita del soma entonces le preguntan a ella y la señora mucho que habla ella se presta, tiene muy buena voluntad, no es que la señora, no se preocupe tome asiento, muy buena en ese aspecto.

C.V: Había una niña que atendía allá en el SOME.

R.V: Y va y da la referencia y se atienden con el médico.

C.V: Así como un ejemplo, que una vez que me estaba, que vine a pedir una hora y la llamaron por teléfono como es ella, y ella estaba esperando una familia , familia que venía de visita entonces dice a ya llegaron, si, miren váyanse para la casa yo ya estoy terminando y en el refrigerador hay tal cosa para que ustedes, me entere de todo lo que iban a comer y entonces el teléfono no estaba eso entonces en el consejo yo acá lo expuse y no era el primer reclamo que tenían con la niña porque siempre tenía esa actitud de dejaba a la gente esperando y se ponía a hablar por teléfono a su casa entonces van cambiando, y eso es una forma también de abusar de la interculturalidad, porque por que todos tenemos el mismo respeto entonces ella claro toda rubia, toda despampanante pero como que nos miraba a todos así encima del hombro

M.1: Y ¿de su comunidad don Jaime? ¿De su comunidad? ¿Qué visión a podido recoger del funcionamiento del programa intercultural?

J.T: Es que la verdad es que donde yo vivo

C.V: No vive mucha gente

J.T: No, yo soy aymara, si es cierto yo tengo origen aymara

C.V: Vamos hacer como que te creímos pero no le conti a nadie

J.T: Tengo mi certificado

C.V: Y tu certificado, shiii los presidentes de partido andaban dando certificados para recibir los beneficios de los ya se me está cayendo el cassette

J.T: No donde yo vivo no hay, como se llama gente aymara, y las que hay son los dueños de los negocios, son amarrados, es lo único que puedo decir.

M.2: Y la última pregunta ¿Qué estrategias propondría para fortalecer el respeto a la diversidad en el hospital?

J.T: Sabes que yo tengo sentimientos encontrados con eso, la verdad yo tengo origen aymara por asentamiento porque mi familia llevo aca en 1940, entonces por esa razón nosotros tenemos descendencia aymara, pero yo tengo sentimientos encontrados porque yo pienso realmente de que la famosa discriminación positiva se ha transformado en una suerte de aprovechamiento entonces a la larga entre comillas los chilenos nos sentimos como muy mal porque los aymara tienen privilegios que no tienen los demás, bueno yo me siento extraño, porque yo tengo descendencia aymara pero yo nunca me eh aprovechado de ninguna cosa o sea nunca eh estado en ningún programa de ningún tipo entonces yo tengo una pata acá y una pata allá, entonces pero yo realmente veo eso que existe un aprovechamiento yo he hecho tengo un amigo en Arica que tiene una imprenta y yo sé que él ha recibido más de doscientos millones de pesos en ayuda por la CONADI para la imprenta y se presenta en un proyecto se presenta en otro se presenta aquí se presenta acá entonces a la larga yo digo bueno y que pasa con el entrecomillas chileno porque Justino es chileno pero entrecomillas el que no es aymara ¿ya? Y que tiene una imprenta y no tiene esos privilegios, entonces cuales como si él tiene tanto porque se le sigue dando, (CV: Claro hay un...) lo mismo que pasa con esta gente y todo el mundo me reclama me dice lo mismo, oiga pero i yo fui haya que se yo y estaba atendiendo tal persona esto otro y esto otro y la señora tiene camión tiene aquí tiene acá! Y es siempre lo mismo, entonces la verdad poder ejercer una buena estrategia para hacer eso es imposible, porque el sistema está discriminando dice que positivamente pero no es así, ósea eh... (Desde ya murmurea)

C.V.: usted sabe porque perdió González en el los Panamericano cierto?

M.1.: risas

C.V.: Porque salió segundo, porque con el que estaba compitiendo el de partida llevaba una cantidad de puntos antes de (M.1.: ah) Antes en los panamericanos antes de entrar a competir el brasileño ya tenía una cantidad de puntos, entonces cuando salió González a pesar de que saco mayor puntaje cometió menos errores ese hecho de que ese otro tener puntaje adicional es como eh, como la lala como la (J.T: discriminación positiva) claro discriminación positiva no peor cuando parte en las carreras de automóvil y ganan por position claro parte primero tiene más posibilidad de salir primero porque partió, ya! Es un poco la apreciación que nosotros tenemos mucho, en cuando la discriminación positiva que le llama Jaime, un ejemplo los aymaras aquí en el norte tienen opción a cualquier beca, mi hijo para poder obtener la beca tubo que... (J:T.: sudar la gota) claro! (J.T.: Notas, si tiene un 4,5 y se acabó, la beca presidente de la republica tubo que...)

Tubo que tuvo que en la prueba de aptitud tubo que sacar sobre 700 puntos para poder quedar con la beca padre Hurtado, lo saco, pero se sacó la mugre pero los otros entran así (Silva), entonces y esto es sin molestar, (murmuro de moderadora), ¿Qué pasa? Entonces (M.1. :Cuando paremos de grabar ahí le cuento, risas) porque uno siempre está planteando esta cosa, todos deberíamos tener la misma posibilidad, la misma la misma oportunidad eh mi hijo no pudo postular a casa porque es soltero no tiene carga na (J.T.: Un aymara puede) un aymara puede, entonces eh está bien todos somos del mismo lado, el otro día una dirigente cuando yo reclamaba esto dijo (J.T.: porque se lo han ganado) y más en sima tienen la patudez de decirlo y a escondida, porque no dicen oye ellos se lo han ganado (J.T.: porque se lo han ganado) yo le dije oye que le estamos devolviendo yo no le tengo porque devolverle nada porque yo no le eh quitado nada y con eso no hablo más porque o sino como dijo la doctora tapia cuando uno se refiere a este tipo de cosas al tiro lo tachan de (M:1. Entrar en polémica)

M.2.: Entonces la estrategia para fortalecer el respeto a la diversidad, usted estade acuerdo con lo que dice eh el caballero acá

C.V.: Si, Jaime

M.1.: Ya

J.T.: es que yo creo que debería, Yo te digo y te lo digo en serio, yo no se si ando ahí, no se, yo tengo mi certificado aymara pero yo tengo sentimiento encontrados con respecto a eso, yo considero que no puede ser, de que mis dos

hijos no tienen beca aymara los dos hijos míos tienen presidente de la república pero por nota, mi hija tiene un promedio con un 6,9 a la universidad mi hijo tiene un 6,8 va en segundo entonces lo han hecho por nota, han mostrado sus capacidades pero yo veo mi hija se sacrifica cualquier cantidad en la universidad para mantener sobre el 60 de promedio, ella tiene un 6,4 y quienes están ahí saben que es complicado más en sí ella estudia química y farmacia no estudia una carrera simplecita donde hay poco que hacer, hay carreras que crea la universidad que poco menos que le dicen cabros paguen nomas y le entrego el título en dos años entonces que es lo que pasa ve que hay compañeras que pasan 4,2 4,3 igual tienen la beca indígena

C.V.: Yo no tengo ningún problema

J.T.: YO DIGO si es posible ayudar a las personas que son más debilitadas, no a las personas porque son de apellido Pérez ya vamos a ayudar a los Pérez, o porque miden porque miden más de un metro noventa vamos a ayudar a los del metro noventa, chao que le vaya bien (mira a la señora R.V., Porque se despide a través de susurros) yo pienso que las personas debe ayudársele por la, es lo mismo que la ficha cas, debe ayudársele a la persona que tiene menor capacidad de ingreso, nada más que eso (M.2: Claro)

Moderadores y C.V.: susurros

M.2. Esa era la última pregunta, con eso finalizamos, muchas gracias por venir, muchas gracias por la respuesta

C.V: perdónelos por el poco grado de compromiso de las personas que no asistieron.

ANEXO 5

REGISTRO FOTOGRÁFICO FOCUS GROUP









ANEXO 6:
REGISTRO FOTOGRÁFICO DE TÉCNICA ENTREVISTA
ENFOCADA A LOS DIRIGENTES



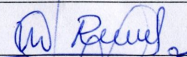
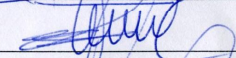
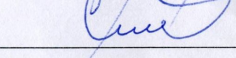
ANEXO N° 7

LISTA DE ASISTENCIA DE ENTREVISTA ENFOCADA

ACTIVIDAD: FOCUS GROUP

FECHA:

HORA:

Nombre	Teléfono	Organización	Firma
Ruth Ulca Villanov	62713206	J.V. Jaime Guzmán	
Jaime Fardoya R	74950806	J.V. Ste Jensen	
Carlos Venegas V.	83654847	T.V. NORTE GRANDE	

LISTA DE ASISTENCIA FOCUS GROUP

Inicio : 16:30
Termino : 18:55

Registro de asistencia

Actividad: Focus Group

Fecha: 25 de febrero de 2011.

Organización	Representante	Cargo	Sector	Fono	Dirección	Firma
U. Vecinos Jaime Fuzmán	Ruth Vilca	Secretaria	Mar	62713206	Calle Mexico Mz 25 S/1	
F.U. NORTEGRANDE	Carlos Venegas	Presidente	LUNA	83654847	SAN FERNANDO 4233	
Asoc. granime Feminista de A. Hospicio	Julio Mendoza Vidola	Presidente		98571142	La Noria 3733	
U. ALTO Marta Molte	Marta Rosio	Presidenta	Mar	82725570	Pje 11 A3062	
Union Comunal Alto Hospicio	Daniel Flores	Tres.	Casco	90989198	Chico 2878	
S.N. DON JESUS DE COLIBRUS	Alejandro Palma	Presidente	TICOMA	93123514	PJE MONSICO MZA 53 ST. P	
H.C.S.F	Luz Hernandez	Superintendente		409427		
H.C.S.F	Olivia Quintana	Participación social		409424		

