

IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile, 2001.

Planificación, participación y territorio: El caso del hospital de Río Bueno.

Egon E. Montecinos Montecinos.

Cita:

Egon E. Montecinos Montecinos. (2001). *Planificación, participación y territorio: El caso del hospital de Río Bueno*. IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/iv.congreso.chileno.de.antropologia/123>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ef8V/Mxv>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Planificación, participación y territorio: El caso del hospital de Río Bueno

Egon E. Montecinos Montecinos

“.....Nosotras mismas planificamos, lo que estamos haciendo es participar, ya que se toman las decisiones aquí”¹

La planificación de las instituciones públicas se ha caracterizado por presentar carencias en cuanto a la participación del actor social, asumiéndola fundamentalmente como una tarea que compete a unas pocas personas que manejan conocimientos técnicos y se sitúan en una posición superior respecto a quienes están llamados a ser los “beneficiarios” de las políticas públicas en un determinado territorio. Esta falta de participación, ha generado escasa pertinencia de la solución con relación a la necesidad, ha debilitado la organización haciendo que las acciones sociales sean funcionales a ciertas peticiones institucionales o se transformen en condición necesaria para acceder a un bien o servicio. Esta condición de “organización social” como medio para acceder a los beneficios sociales, fundamentalmente ofrecidos por la institucionalidad del Estado, ha provocado que en la última década aumente considerablemente el número de organizaciones sociales de adultos mayores, discapacitados, mujeres, jóvenes, juntas de vecinos, entre otras. La lógica o racionalidad instrumental del Estado ha sido la dominante en la estructura y funcionamiento de las organizaciones sociales, provocando por ejemplo, que un grupo de adulto mayor de un sector rural en una comuna determinada, no reciba la visita regular de un monitor después de terminados los recursos destinados para ello, esa organización generalmente termina desapareciendo.

Aunque se hayan realizado diversos esfuerzos para evitar estas situaciones, se observa que los estilos de planificación, y las soluciones que se entregan a las necesidades, no han logrado incorporar los recursos intangibles, potencialidades, habilidades, conocimientos y destrezas desarrolladas por las personas que habitan un territorio frente a un determinado tema, sector o solución de un problema. Pero, ¿es operativo un planteamiento que incorpore esos elementos?

Esta y otras interrogantes son las que surgen en la lógica de quienes son los encargados de planificar globalmente para aplicar localmente, o sea de arriba hacia abajo. Esta secuencia bajo un análisis inverso tiene su propia respuesta, es decir, planifiquemos localmente para dar respuestas locales y proyectar globalmente. En el caso del Hospital de Río Bueno² encontramos un ejemplo que podría graficar esta situación.

Esta institución implementa a escala local la política de salud, la cual es definida globalmente para ser aplicada en un determinado territorio, sin embargo, la propia política exige como mandato que las instituciones incorporen a la comunidad en las decisiones y programas de salud³. Esta contradicción o ilusión teórica que pide incorporar en las decisiones a una comunidad que ya tiene decidido cómo, cuándo y en qué momento participar, fue la motivación inicial para comprender la relación que se establece entre la institucionalidad y la población en términos de participación y estilos de planificación.

En este intento de incorporar a la comunidad organizada en las decisiones de salud se comenzó a reunir a sus representantes en una instancia denominada “Consejo de Desarrollo”⁴. Sin embargo, no se pudo generar el proceso participativo esperado, ya que, los representantes de la población urbana presentaban marcadas diferencias y conflictos que les impedía trabajar y reunirse en espacios comunes, pero, ¿por qué sucedía este fenómeno?. El desarrollo de la experiencia⁵ e investigación del tema develó que al interior de la comuna existían micro-identidades territoriales que estaban determinando el grado y estilo de participación que asumían los actores y agentes locales en las distintas instancias que ofrecían las instituciones. La identidad que se generaba a un nivel territorial sub-comunal, por ejemplo en sectores o poblaciones, resultaba gravitante a la hora de impulsar un proceso de participación local que intentaba considerar a la comuna como un todo y con una gran y única identidad. Se pueden citar como ejemplo en la comuna de Río Bueno, los sectores de la Cantera, Padre Tadeo, Miraflores, Ejército Libertador,

San Pedro, Cayurruca y Crucero. En todos ellos se apreciaron características y particularidades que los hacían ser y sentirse diferentes, presentando recursos, potencialidades, fortalezas, debilidades y necesidades distintas a la de otros sectores y que necesariamente determinaron el grado de participación en el proceso de decisión que el hospital se encontraba impulsando. En este caso la "oportunidad" de participación que generaba la institución no correspondía con la realidad organizativa y cotidiana que se encontraba presente en el sector urbano de la comuna. Como señala Diego Palma (1997), en este caso la oportunidad de participar que ofrece una institución no recoge o no coincide con las capacidades desarrolladas por la población llamada a integrarse a una iniciativa de desarrollo, por lo tanto, se provoca una participación de tipo funcional, limitada y escasamente vinculada a la dinámica local. Un primer análisis institucional del proceso arrojaba como conclusión que: "si la gente no participa, qué más podemos hacer", "se hicieron todos los esfuerzos posibles pero no resultó". Es decir, si la población no se adecuaba a la racionalidad institucional, la población sería la responsable del tipo de planificación que se asumiera en adelante, es decir, la planificación normativa o tradicional (fundamentalmente de tipo vertical y con objetivos rígidos preestablecidos) no estaría siendo una imposición autoritaria de la institución, sino más bien una alternativa que ofrece la propia comunidad a partir de su "no participación". Muchos de los intentos de planificación participativa impulsados en territorios locales, fracasan porque no se logra superar el nivel descriptivo de los fenómenos sociales que obstaculizan el proceso, impidiendo avanzar hacia la comprensión e interpretación de ellos, la participación se aprecia como un estado cuantificable donde "las mayorías" determinan el éxito o el fracaso de las iniciativas, quien se modifica termina siendo generalmente el beneficiario o la comunidad, rara vez son modificadas las pautas y los objetivos prediseñados por las instituciones. Al momento que el hospital se encontraba en el proceso de asumir esta "no participación", e iniciar un proceso de planificación vertical y normativa promoviendo una participación de tipo funcional, se produjo un intento de mirar hacia el entorno que permitiera conocer, comprender e interpretar junto a la gente, qué es lo que estaba sucediendo en el medio que provocaba esta "no participación" y así encontrar una respuesta a este fracaso por incorporar a la población en el proceso de toma de decisiones en salud.

De este modo, se decide comenzar a trabajar con el sector La Cantero, ya que era el sector más próximo y que presentaba mayor disposición a iniciar un trabajo coordinado con la institución. Este sector se caracteriza por presentar una gran cantidad de organizaciones sociales que se relacionan de manera solidaria y cooperativa entre sí, así teníamos que la gente que formaba parte de la junta de vecinos también lo hacía del club deportivo, del comité de adulto mayor y a su vez era apoderada o apoderado de la escuela del sector, es decir, las relaciones sociales se tornaban más proxémicas que distémicas, las relaciones cara a cara donde las confianzas mutuas se tornaban relevantes y muy importantes a la hora de impulsar cualquier iniciativa de desarrollo. Se trata de un sector antiguo de la ciudad y sus habitantes comparten una historia que los identifica y diferencia como unidad territorial, poseen una escuela ubicada en el centro del sector y una junta de vecinos que funciona desde el año 1964, las cuales han ido otorgando un sentido de pertenencia e identidad al sector.

Posteriormente, se comenzaron a generar espacios de encuentro entre las personas y la institución a través de talleres trabajando el significado que la población le asignaba a la salud y sus expectativas respecto a la institución. Al mismo tiempo un equipo de salud (constituido por un Médico, Enfermera y Asistente Social) se incorporó periódicamente al trabajo comunitario en el sector, realizando procesos de autodiagnóstico, capacitaciones (principalmente en primeros auxilios y autocuidado), operativos médico sociales, entre otros, ya que esas eran las principales demandas y necesidades del sector: "mejorar la calidad de vida de uno en sus casas, porque si a uno se le enferma un niño no sabe que hacer" (Cárdenas, Ramírez y Uribe, 2002, p. 80). Se comenzó a gestar una participación de la comunidad en la acción del hospital, pero ya no, en lo que tenía predefinido o establecido la institución sino que la prioridad y la conducción territorial la establecía la propia comunidad, se comenzó a generar un proceso de co-gestión donde las responsabilidades eran mutuas. Este proceso de encuentro se formalizó en un "comité de salud y acción social", compuesto por profesionales y voluntarios con un enfoque de salud centrado en las personas y el entorno y con una propuesta de salud micro-local haciendo que la acción institucional respondiera principalmente a las necesidades del sector. Este enfoque integral de la salud se reflejaba en las distintas acciones que iniciaba el comité de salud y acción social, como por ejemplo, la generación de recur-

sos para adquirir una mediagua para un adulto mayor del sector, un diagnóstico social realizado por los propios pobladores, la realización de invernaderos como una forma de generar recursos, es decir, el comité junto al hospital realizaban acciones que contribuían a mejorar la calidad de vida de las personas y su acción no se reducía al tema de salud desde una perspectiva biomédica o asociada exclusivamente a la enfermedad, como lo refleja la siguiente cita: "el hecho de tomar la presión ya es importante para nosotros, porque eso es algo que no sabíamos, construirle esa mediagua a Armando ha sido algo importante, conseguir una hora para un vecino en Valdivia, imagínate" (Cárdenas, Ramírez y Uribe, 2002, p. 83)

¿Es entonces que, todas las instituciones deberían trabajar con comités locales de desarrollo al interior de sus comunas?, ¿se asegura de esta manera una mayor participación y apropiación social y que la solución será más pertinente a la realidad y sus necesidades?. Sin duda que las respuestas no son ni representan verdades y soluciones absolutas, sino más bien lo que se plantea es que al momento que una institución piense en iniciar un proceso de planificación con características participativas, considere necesario realizar lo que denominó ¿en? primer momento de "análisis compartido y horizontal de la realidad local". En esta instancia de análisis dialógico y recursivo, se propone realizar un reconocimiento de las identidades territoriales existentes al interior de una comuna, o sea, identificar si en una comuna existen algunos sectores, poblaciones, barrios o unidades territoriales, que de alguna manera se reconocen y auto-identifican como tal presentando rasgos históricos identitarios que los definen y distinguen de otros. En este momento de análisis se persigue develar los sectores o unidades territoriales que se auto-identifican al interior de la comuna, reconocer las particularidades y conocer-comprender, y no sólo conocer los aspectos y factores que estarían facilitando u obstaculizando los procesos de apropiación y participación social por parte de los actores locales en una iniciativa de desarrollo territorial.

Esto nos indica que una misma estrategia de participación utilizada por una institución no necesariamente garantiza iguales resultados para toda una comuna. Es decir, la priorización de necesidades por parte de la comunidad y la identidad territorial generada en ella se pueden transformar en facilitador u obstaculizador de los procesos de participación. No se puede considerar a la comuna como una unidad territorial homogénea que presenta las mismas necesidades y problemas, sino

más bien, como un conjunto de unidades territoriales que se relacionan, interactúan e influyen de manera frecuente, presentando en ocasiones, necesidades y proyectos de desarrollo distintos a la de otros sectores. En este caso el comité de salud se transformó en la principal asociación del sector la cantera, el cual canalizaba las diversas inquietudes y necesidades de su población realizando diagnósticos y autodiagnósticos, concretando además parte de las demandas, en lo que la institución junto a la comunidad, denominaron un mapa de riesgo epidemiológico y social. En este mapa se identificaron los principales focos de necesidad y enfermos crónicos que requerían de control y cuidado permanente, ya sea, de la institución de salud como de los propios vecinos quienes organizados brindaban los cuidados y organizaban las visitas de los profesionales de salud a los domicilios de las personas. Es decir, el "paciente" ya no debía acudir al hospital sino que el hospital acudía a la población, generándose una dinámica de influencia mutua y retroalimentación de habilidades y conocimientos que se compartían en la generación de alternativas de solución. El comité de salud basaba su acción en un concepto de salud que incorporaba las condiciones de vida, organizando campañas de autoayuda y fortalecimiento de las relaciones sociales entre los vecinos y al interior de las familias. La acción de la población y de los profesionales de la salud no se limitó a aspectos biomédicos o a la enfermedad física, sino al abordaje de problemas sociales desde una perspectiva integral, la institución se transformó en promotor de organización social y generador de alternativas de desarrollo integral.

La articulación, y sinergia, provocada entre la población y la institución se intentó replicar en los demás sectores que se identificaron en el área urbana, como por ejemplo, en el sector Padre Tadeo, ubicado en la parte sur-oeste de la comuna. Para ello se intentó que el mismo comité de salud perteneciente al sector la Cantera pudiera transmitir su experiencia a los vecinos y de esa forma motivar la conformación de una instancia de participación similar que se relacionara con la gestión del hospital.

Sin embargo, no se apreciaron motivaciones por parte del sector Padre Tadeo que indicaran que su atención estaba puesta en una iniciativa de salud, además no sentían la necesidad de que sean visitados y motivados por sus pares sino más bien señalaban que si el personal de salud pudo visitar y trabajar en terreno con la población la Cantera, ellos querían y sentían lo mismo. En el análisis de esta situación, se encontraban

una serie de otros factores que estaban obstaculizando la generación de iniciativas y que tiene relación con el Segundo momento de análisis que denominé la determinación de los niveles de consensualidad, cooperatividad y conflictividad existentes entre los distintos sectores que se identifican al interior de una comuna. Es decir, identificar, describir y comprender el tipo de relación que se establece entre los sectores. Las relaciones que se podrían identificar pueden ser de tipo cooperativa, solidaria, o por el contrario, se pueden caracterizar por ser de tipo conflictiva. A su vez, también podemos encontrar relaciones de tipo neutral. Esto fundamentalmente nos estaría indicando que un sector determinado se relaciona de manera conflictiva o neutral con otro sector, por tanto, las iniciativas que se pudieran denominar exitosas para uno, no tienen por qué serlo para otros, de ser así se dificulta la participación y el trabajo entre organizaciones y líderes de esas unidades territoriales. Por ejemplo, los resultados de la investigación señalaron que la relación que establecían los pobladores y organizaciones del sector la Cantera con sus pares del sector Miraflores, era de tipo cooperativa y solidaria, por tanto, se establecían redes de apoyo y se generaban redes y lazos de confianza para trabajar en conjunto. Sin embargo, entre padre Tadeo y la cantera se apreciaba una relación de tipo neutral a conflictiva, fundamentalmente porque percibían a las organizaciones de la cantera como "muy cercanas al hospital" y que "no reclamaban nada en contra de su funcionamiento y atención al público".

De esta manera, la iniciativa en el Sector Padre Tadeo presentó diversas dificultades lo que trajo como consecuencia que no se pudiera impulsar la formación de comités de salud, no sólo porque se relacionaban de manera neutral o conflictiva con otro sector, sino más bien porque presentaban características particulares que determinaron esta situación. Una de ellas fue el tipo de relación que establecían las personas y organizaciones al interior del propio sector, ya que no se relacionaban de manera cooperativa y solidaria y no se sentían compartiendo una misma historia. Existían poblaciones compuestas por familias que provenían de campamentos u otros sectores fundamentalmente rurales de la comuna de Río Bueno, este aspecto, impedía percibir al sector como una unidad territorial movilizadora por un objetivo común que los unificara, siendo un sector relativamente nuevo, sus integrantes manifestaban diversas necesidades y mecanismos para su satisfacción, entre otros aspectos la pavimentación participativa y la presencia de pandillas nocturnas re-

presentaban sus principales preocupaciones. Se sentían un sector distinto a los demás pero sin la necesidad de formar un "comité de salud", no considerando la salud como una prioridad donde puedan aportar al mejoramiento de ella. La salud era asociada a la enfermedad física y entendida como una función que le competía resolver únicamente al Hospital a través del mejoramiento de la calidad de atención que se le entregaba al paciente.

Se apreciaba la ausencia de una organización o institución que los representara, por tal motivo, antes de resolver problemas de "salud", necesitaban consolidarse organizacionalmente a través de la formación de una "Junta de Vecinos", ya que la existente se relacionaba de manera conflictiva con la población y demás organizaciones sociales del sector. Se puede apreciar que el sector no era un territorio autodeterminado y construido por la propia población, sino más bien representaba un recorte administrativo determinado por el Hospital para efectos de su planificación. Este aspecto sumado al hecho que la población del sector concebía la salud estrechamente asociada a la enfermedad, representó quizás el principal obstaculizador para generar procesos de participación en salud.

Sin embargo, en el sector se inició un trabajo con pobladores, especialmente mujeres, interesados en conocer y aprender conocimientos y habilidades relacionadas con primeros auxilios, fundamentalmente con el objetivo de brindar cuidado a sus hijos. La convocatoria no era masiva pero era regular por parte de las mujeres que formaban el grupo que frecuentaba las reuniones. Este grupo estaba a cargo de profesionales de salud de la institución los que en un momento del proceso señalaron que debía existir un mayor número de personas integrando este comité.

pero él (enfermero) ya no viene, debido a que él dijo que lo llamemos en marzo, y no lo llamamos, debido a que había muy poca gente y nos daba vergüenza, ya que él nos pidió que reuniéramos más gente y nadie se interesó..." (Cárdenas, Ramírez, Uribe, 2002, p. 97).

Esta situación hizo que el grupo se desintegrara y desapareciera desmotivado por la poca cantidad de personas participando, ¿por qué sucedió este hecho?. La participación asociada a la cantidad se transformó en un aspecto hegemónico y dominante en la planificación de actividades por parte de la institución, siendo entendido así por parte de la población, asumiendo que

la calidad de los procesos sociales serían secundarios en la consecución de un objetivo. Es más, la institución no adoptó un rol de actor local, promotor de organización social ni generador de iniciativas locales, asumiendo que si no estaban las condiciones para organizar a la comunidad con relación a la salud y no se sentía como prioridad por parte de ellos, se esperaba un momento más adecuado para iniciar un proceso participativo desde la institución.

Este hecho señala que las instituciones, especialmente públicas, no asumen la planificación como un medio que contribuya al mejoramiento de la calidad de vida de la población desde una perspectiva integral, realizando planificaciones de tipo temáticas compartimentalizadas y funcionales, asumiendo que los objetivos se transforman en herramientas orientadoras inamovibles, rigurosas y escasamente influenciadas por las dinámicas y realidades locales. El territorio se percibe así como un conjunto de límites preestablecidos sin capacidad de decisión sobre lo que sucede en su entorno; las identidades y micro-identidades, los conocimientos y habilidades desarrolladas localmente quedan fuera de todo proceso de planificación a escala local. De esta manera, pareciera ser que el territorio se considera como objeto y no sujeto de su propio desarrollo, incapaz de movilizar objetivos compartidos, consensuados y pertinentes sobre los cuales desarrollar su capacidad de organización. La población debería ser considerada como un territorio, construido y determinado por las relaciones sociales que se establecen y sus límites no están previamente delimitados (transformándose en flexibles y difusos). ¿Al tener? la identidad que se genera al interior de ella estaría determinando la calidad, el tipo y la dinámica de participación que adoptan las personas en los procesos de planificación. Cada uno de los sectores, grupos o poblaciones tendría una visión de desarrollo, un "sueño comunal" que al articularse con las visiones de otros sectores podría comenzar a configurar el proyecto político o de desarrollo de una comuna en particular, oponiéndose a la lógica del plan y programa que consideran una racionalidad dominante que frecuentemente sería la del Estado, en situaciones de poder altamente concentrados y con un actor dominante (Boisier, 2000, p. 72).

Al generar procesos de movilización de fuerzas sociales endógenas, se pueden hacer manifiestas algunas demandas locales que se encuentran latentes, provocando la manifestación de cierta presión y control social hacia las instituciones para que las necesidades

sean incorporadas en sus planes o estrategias y sean transformadas en demanda, las que a su vez se deberían traducir en una política o proyecto comunal en torno a salud u otra área. Un movimiento social con apropiación de su proyecto de desarrollo representaría una alternativa -quizás la única- que pueda contrarrestar la influencia que ejercen políticas verticales que condicionan la pertinencia de las decisiones que se toman en el nivel local.

Sin embargo, las decisiones con características de verticalidad y planificadas de arriba hacia abajo muchas veces son acertadas a la demanda local, haciendo coincidir la necesidad con la solución que se entrega. Precisamente, este pseudo acierto provoca que no se cuestione la acción de las instituciones por parte de la comunidad, menos aún, se cuestiona el rol que deben cumplir, fortaleciendo las intervenciones parciales y sectorizadas en áreas e instituciones específicas, como salud, educación, vivienda, municipios, hospitales, etc. A mi juicio, este hecho posterga la participación social en cualquier proceso y momento de la planificación local, el territorio se transforma en una comunidad pasiva, receptiva y se fortalece el síndrome de la alteridad culposa. Es decir, la comunidad y las instituciones buscan constantemente culpables de los errores y desaciertos en agentes externos o en "otros", por ejemplo el Hospital de Río Bueno señaló que la comunidad de Padre Tadeo no participó en el proceso porque tenían otras prioridades no relacionadas con salud, como formar una junta de vecinos. No se asumen responsabilidades individuales ni colectivas respecto de lo que sucede en el territorio desde una perspectiva integral, ya que sus actores no toman parte en las decisiones que lo afectan y las decisiones se observan como hechos que responden a una sola causa y que solucionan un solo efecto. En consecuencia la alteridad culposa nos podría arrojar como conclusión que como "otros toman las decisiones, entonces otros asumen los errores", por tal razón, escuchamos con frecuencia que se responsabiliza a las instituciones de muchos errores o aciertos, porque, fundamentalmente ellos aparecen como los principales responsables de tomar las decisiones.

No obstante, este aparente fracaso del hospital por formar un comité de salud y generar un proceso de planificación participativa en el sector Padre Tadeo, nos indica que es necesario compartir un tercer momento de análisis antes de impulsar o abandonar un proceso de planificación en un determinado territorio.

Este tercer momento tiene como principal objetivo la determinación de los niveles de consensualidad, conflictividad o neutralidad, pero ahora entre los diversos actores y organizaciones existentes al interior de cada uno de los sectores identificados en una comuna. Este momento tiene como fundamental objetivo conocer y comprender cómo las organizaciones existentes en un sector se relacionan o interactúan para conseguir sus objetivos y planifican su trabajo. En esta instancia es necesario identificar si la relación es de tipo cooperativa y solidaria o más bien existe una dinámica donde se mantienen relaciones de conflicto o de neutralidad frecuentes (con prácticas de trabajo individual y no colectivo).

Por ejemplo en el caso del Sector la Cantera las organizaciones e instituciones como el grupo de adulto mayor y la junta de vecinos mantenían una relación muy estrecha y de carácter cooperativa. La acción social se realizaba de manera conjunta y actuando en bloque frente a cualquier demanda interna o externa que significara conseguir un determinado objetivo. Por otra parte, en el caso del sector Padre Tadeo, las organizaciones e instituciones existentes escasamente se vinculaban para dar cumplimiento a sus objetivos, existiendo diversos comités especialmente de Pavimentación Participativa los que convocaban a un gran número de personas interesadas en mejorar las condiciones de acceso a sus viviendas. Por su parte, la Junta de vecinos carecía de capacidad de convocatoria teniendo un gran número de inscritos, que no se reflejaba en la participación de reuniones, asumiendo un rol y percepción pasiva frente a los vecinos. El grupo de adulto mayor actuaba de manera aislada convocando a un gran número de personas pero que escasamente se vinculaban a otras organizaciones del sector.

Este proceso de acercamiento a este sector en particular permitió al hospital conocer que existía una heterogeneidad de condiciones sociales, económicas, culturales y organizacionales que dificultaban la generación de espacios comunes de participación, además de la ausencia de un objetivo integrador y movilizador de procesos de participación permanente, lo que se refleja en la siguiente cita: "yo pienso que sacaron sus casas y todos nos relajamos porque era lo único que queríamos" (Cárdenas, Ramírez, Uribe, 2002, p. 93). La intención de fortalecer la participación no se relacionaba con las necesidades y micro-identidades, así como también la debilidad de las relaciones sociales entre las organizaciones del sector obstaculizaron el proceso.

De esta forma, una de las razones de la "no participación" de las personas y organizaciones en el Consejo de Desarrollo, era que las reuniones hacían interactuar a dirigentes y organizaciones que históricamente no se relacionaban de manera cooperativa sino de manera conflictiva. Así, también las necesidades que demandaban al hospital eran totalmente distintas y variaban de un sector a otro, lo que provocaba una cierta competencia entre las organizaciones y sectores por quien solucionaba con mayor rapidez y de mejor manera los problemas de su comunidad.

De esta manera, se observaban ciertos ritmos, dinámicas, mitos, demandas y necesidades distintas en la población. Esto hizo rescatar las particularidades y los distintos capitales intangibles, habilidades, conocimientos y destrezas desarrolladas localmente. Un aspecto fundamental fue conocer la existencia de diversas actitudes y predisposiciones para trabajar con el hospital, situación que variaba dependiendo de los sectores o unidades territoriales que se trate. Esto obligó a la institución a adecuar el tipo de planificación a los estilos y dinámicas de participación que se reconocían así como a las necesidades de cada uno de los sectores identificados.

Este aspecto va configurando la idea de un cuarto momento de análisis antes de iniciar un proceso de planificación participativo, que considera al territorio como sujeto de desarrollo, y se relaciona con presencia que tiene la institución promotora de los espacios de participación en los sectores identificados. Es decir, se debe identificar y comprender el estilo y tipo de relación que establece la institución con la comunidad, cómo se relacionan sus integrantes con las organizaciones y población en general. Aquí es importante conocer si prevalece un nivel de relación de conflictividad, consensualidad o neutralidad con los distintos sectores y organizaciones. Es necesario conocer y comprender la percepción que existe en la población respecto de la institución, si los sectores perciben que en el mejoramiento de su calidad de vida y en los avances ha tenido una participación importante o deficitaria. Estos aspectos resultan de vital importancia ya que en este proceso se pueden identificar líderes institucionales positivos que por su carisma y desempeño pueden en algún momento facilitar un proceso de participación, ya que serán mejor aceptados y gozarán de mayor credibilidad frente a la comunidad. La conducción de un proceso de planificación ya no debe estar en manos de funcionarios con alta capacidad técnica.

El Hospital de Río Bueno gozaba de una imagen y percepción positiva de parte de la población "la Cantera" señalando que contribuía al mejoramiento de la calidad de vida, brindando una adecuada atención a los usuarios especialmente a los del "sector". La dinámica de funcionamiento interno de la institución concentró su atención en potenciar y fortalecer la solución de los problemas de salud que presentaba la población de la cantera, pero no por motivos del azar o de designación arbitraria, sino fundamentalmente porque la organización y el control social generado por parte de sus habitantes se transformaron en cogestión y corresponsabilidad en el cuidado de la salud. La salud, enfermedad, cuidado y prevención se entendió como una tarea compartida. Este fenómeno de incorporación de la comunidad en la gestión de salud no fue percibido como un modelo a seguir por el Sector Padre Tadeo, manifestando que sentían como defensores de una institución a un sector de la población y que la institución los usaba para ocultar sus debilidades de gestión.

El Quinto momento de análisis anterior al inicio de la planificación local, tiene como principal objetivo, determinar los recursos y potencialidades endógenas, las habilidades y aprendizajes desarrollados por los habitantes que pueden ser potenciadoras o debilitadoras de los recursos y propuestas institucionales. El objeto de su identificación y comprensión obedece a la necesaria articulación y sinergia que se debería generar en la planificación local, develando compromisos y responsabilidades en torno a algún recurso en particular que se identifica en las unidades territoriales de la comuna. Así se encontraba en la Cantera una gran riqueza en el tejido organizacional, así como un fuerte liderazgo ejercido por la escuela del sector; la población además se relacionaba de manera cooperativa y se establecía una relación positiva con la institución de salud. Esto favoreció la planificación, participación social y la generación de alternativas de solución pertinentes a la realidad local.

Todo este proceso de descentralizar hasta el barrio, planificar de abajo hacia arriba, contribuye a la democratización de las relaciones sociales fortaleciendo el control social y la participación del actor local en su proceso de desarrollo territorial, equilibrando y/o complementando la influencia que hoy tienen las políticas sociales, verticales y centralizadoras, en la generación de estilos de participación dirigidos y funcionales.

En la actualidad, el abordaje de las necesidades y problemas de los sectores identificados en la comuna de Río Bueno, se realiza de manera gradual y selectiva,

es decir, evaluando las condiciones de cada uno de ellos, considerando sus potencialidades, recursos y aspiraciones haciendo que la demanda y necesidad del sector se transforme en iniciativa local. La política de salud exige ciertos rendimientos y cumplimiento de objetivos a las instituciones, sin embargo, también otorga la posibilidad cierta de promover procesos de planificación con impacto local, además de a través de la promoción de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población promoviendo la corresponsabilidad, el control social y la influencia mutua en la construcción de la realidad social más inmediata. ¿Qué de novedoso tiene un planteamiento que encuentra en el territorio el principal sustento de la planificación? El principal aporte tiene relación con la forma y la cualidad de cómo abordar un proceso de planificación, es decir, detenerse en el análisis y comprensión de los fenómenos sociales que desencadenan determinados hechos que son interpretados por las instituciones como causas inamovibles que dan respuesta a sus inquietudes sobre el territorio. Esta unicausalidad atribuida a los fenómenos sociales se ve reflejada en planificaciones del tipo plan o estrategia con un único actor dominante o controlador. La multi-causalidad y relación multidimensional de los hechos, nos invita a incorporar variables como la articulación de visiones, sueños, ilusiones, sensaciones y aspiraciones de la gente cuando se ve enfrentada a una situación de ordenamiento o planificación del futuro de su entorno más cercano.

Notas

- 1 Extracto de entrevistas realizadas a informantes claves del comité de salud la Cantera. Información contenida en Tesis de Pregrado de alumnas de la Carrera de Trabajo Social Lorena Cárdenas, Karin Ramírez, y Jovita Uribe, Universidad de los Lagos.
- 2 El Hospital de Río Bueno se ubica en la comuna del mismo nombre la cual se sitúa al suroeste de la Provincia de Valdivia a 40° latitud sur y 72° longitud oeste. La población de la comuna es de aproximadamente 34.232 habitantes de los cuales el 51,40% son hombres y el 48,60% son mujeres. La comuna de Río Bueno se caracteriza fundamentalmente por presentar altos índices de ruralidad (ver cuadro N°1). La principal actividad económica es la agricultura y ganadería, las que tienen características de ser tradicionales en el sen-

tido de la escasa incorporación de tecnología a la actividad.

Cuadro N°1 de Población Rural y Urbana por Comuna COMUNA DE RIO BUENO		
POBLACIÓN URBANA	13.149	39,99%
POBLACION RURAL	19.832	60,01%
POBLACIÓN TOTAL	32.981	

Cuadro N°2, de Población económicamente activa (P.E.A) por actividad económica

Comuna de Río Bueno PEA= 10.870		
AGRICULTURA Y GANADERÍA	5.679	52,2%
INDUSTRIA	957	8,8%
COMERCIO Y COSTRUCCIÓN	1.052	9,6%

En el cuadro N°2 se puede apreciar que la principal actividad económica de la comuna es la Agricultura y Ganadería, la que en promedio asciende a un 52,2% de la Población Económicamente Activa. Según el informe comunal de Desarrollo humano año 2000, la comuna de Río Bueno se encuentra con bajos índices en materia de salud ocupando el lugar número a nivel país y a nivel de provincia. El año 1998 el hospital de Río Bueno se presentaba como la única institución de salud existente en la comuna abordando la atención primaria, asumiendo la responsabilidad de la educación y prevención en salud, además de promover espacios de participación y encuentro entre los usuarios y la institución. El hospital es de tipo IV, lo que significa que no posee una alta complejidad y capacidad resolutive de enfermedades, no posee especialidades médicas, excepto algunas horas de neurología y ginecología. Cuenta con una planta de 124 funcionarios, entre ellos Médicos, Enfermeras, Matronas, Kinesiólogo, Asistente Social, Técnicos Paramédicos, Personal Administrativo y Auxiliares de Servicio. El hospital es el implementador de la política de salud en la comuna, la cual hace hincapié en la apertura de canales de participación social y comunitaria, además de asumir la salud desde una concepción integral que lleve a abordar el proceso más allá de la perspectiva biomédica. Por tal motivo asumiendo los lineamientos generales de la política de salud, y con el objetivo de mejorar la calidad de vida, el Hospital inicia un programa de carácter local denominado "acercamiento a la comunidad" el cual se planteó como principal objetivo "fortalecer la participación de las personas en los procesos decisionales relacionados con salud a nivel local".

3 De esta forma el Hospital inicia un programa local de acercamiento hacia la comunidad. El objetivo fundamental al iniciar esta experiencia era fortalecer la participación ciudadana en las decisiones que el hospital tomara relacionadas con salud. De esta forma la institución asume que la participación se concibe como la intervención

de las personas, organizaciones, instituciones y familias en el cuidado, fomento, promoción, prevención y recuperación de la salud. Este hecho implicaba entonces dinamizar a nivel local el espacio de participación existente como por ejemplo "El Consejo de Desarrollo" instancia creada en todos los hospitales y consultorios que aborden la atención primaria. La estrategia impulsada por el Hospital consistió fundamentalmente en fortalecer esta instancia ya creada a petición ministerial. Se propuso además sectorizar la ciudad de Río Bueno, como una forma de preparar a la población para una futura creación de un centro de Salud Familiar. De esta forma, la comuna de Río Bueno se dividió en 5 sectores urbanos y el consejo de desarrollo quedó como principal representante de la comunidad ante el Hospital.

4 El consejo de desarrollo es un espacio que reúne a todas las organizaciones e instituciones de la comunidad las cuales depositan sus inquietudes y necesidades respecto al funcionamiento de la institución de salud. Sin embargo, al cabo de 6 meses de funcionamiento del consejo, se asume que la participación es escasa en términos cualitativos y cuantitativos y que la población no estaba haciendo un uso adecuado de este espacio, por tanto, surgieron diversas interrogantes que se dirigían fundamentalmente a encontrar las causas de esta "no participación" de las organizaciones y de la población en general.

5 Como una forma de dar respuesta a las diversas interrogantes surgidas tanto desde el consejo de desarrollo como del Hospital se estableció una alianza de colaboración con la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Los Lagos para inició un proceso de investigación y diagnóstico que permitiese avanzar en la búsqueda de las respuestas a esta baja participación de la población. El trabajo se inicia con la elaboración de diagnósticos comunitarios que permitieran conocer las principales particularidades y problemas que sentía la gente, además de identificar líderes sociales y conocer su dinámica de funcionamiento para articular su quehacer con el de la institución. En primera instancia se comenzó a trabajar por el sector denominado "la Cantera".

Bibliografía

- Boisier S. (2000). Conversaciones sociales y desarrollo regional. Editorial Universitaria de Talca. Región del Maule, Chile.
- Cárdenas L., Ramírez K., Uribe J. (2002). Estudio exploratorio descriptivo sobre la dinámica de participación comunitaria en los sectores 4 y 5 de la Comuna de Río Bueno. Tesis para optar al título de Asistente Social. Carrera de Trabajo Social, Universidad de Los Lagos. Osorno, Chile.
- Palma D. (1997). La participación y la construcción de ciudadanía. Centro de Investigación Universitaria. Universidad ARCIS, Santiago, Chile.