



INNOVACIONES EN LA GESTIÓN PARTICIPATIVA DE LA SALUD

Lecciones y Aprendizajes 2006

Margarita Fernández (Compiladora) - Nora Donoso - Gonzalo Delamaza - Iván Paul
Jorge Ramos - Ingrid Fontalba - Carlos Ochsenius



Y CIUDADANÍA



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD



UNIVERSIDAD
DE LOS LAGOS

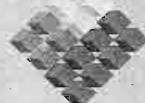
Subsecretaría de Redes Asistenciales - Unidad de Participación Social



Unidad de Participación Social

La participación ciudadana es un factor de equidad e inclusión social y contribuye a una gestión más democrática, efectiva y transparente de las políticas públicas así como a su adecuación a las necesidades de la población.

Por ello, tras los objetivos de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, la calidad de los servicios y la humanización de la atención, la Unidad de Participación Social de la Subsecretaría de Redes Asistenciales fomenta las relaciones democráticas y colaborativas entre los establecimientos de la red, los actores sociales y el intersector, y promueve una participación ciudadana capaz de incidir en las definiciones presupuestarias, de inversión y en la gestión y el control social de las políticas de salud.



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Redes Asistenciales - Unidad de Participación Social

**INNOVACIONES EN LA GESTIÓN PARTICIPATIVA
DE LA SALUD:
NUEVAS LECCIONES Y APRENDIZAJES 2006**

Margarita Fernández
Compiladora

**Nora Donoso
Gonzalo Delamaza
Iván Paul
Jorge Ramos
Ingrid Fontalba
Carlos Ochsenius**

**Programa Ciudadanía y Gestión Pública
Universidad de Los Lagos**

**Unidad de Participación Social
Subsecretaría de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud**

PRESENTACIÓN

La gestión participativa y la innovación en gestión y ciudadanía constituyen un desafío en la implementación y avance del proceso de Reforma de la Salud.

La experiencia desarrollada en la última década muestra claras señales -y de manera explícita- respecto a la prioridad que se le otorga a la participación social en salud. En esto, la creación de instancias formales de Participación Ciudadana tales como: los puntos de información y gestión de solicitudes ciudadanas; rendición de cuentas; formalización de compromisos de trabajo en conjunto con las organizaciones comunitarias vinculadas al tema, son algunas de las líneas desarrolladas hasta el momento que permiten identificar avances y desafíos para la incorporación de la gestión participativa y la satisfacción de los/as usuarios/as.

El avance, en este sentido, requiere de directivos comprometidos y profesionales con competencias en la conducción de las iniciativas a nivel de la red pública de salud. Es necesario avanzar en la asesoría a equipos directivos y perfeccionamiento en temas como la modernización del Estado, y gestión participativa, que permitan mejorar el intercambio de experiencias y buenas prácticas, entre otros.

También es central la asesoría y apoyo técnico a los Consejos de Desarrollo, Consejos Consultivos, Comités locales y las diversidad de instancias de participación que los usuarios hayan incorporado en los establecimientos asistenciales de la Red Pública de Salud, como también en la creación de espacios de diálogo que permitan el análisis de temas de interés común para los directivos, trabajadores y usuarios/as.

La mejoría de la satisfacción de usuarios, uno de los objetivos de la Reforma a la Salud, se vincula con el desarrollo de liderazgos democráticos, así como el fortalecimiento de espacios de participación para los/as trabajadores y usuarios/as en conjunto, ya que esto se traduce en la instalación de sistemas asociados a los incentivos en la calidad de la atención y trato al usuario, adecuación de la oferta a los requerimientos y expectativas de la población, entre otros.

La presente publicación recopila un conjunto de reflexiones y aportes al desarrollo de una gestión participativa, a la vez que recoge experiencias innovadoras que contribuyen a la legitimidad social del proceso de la Reforma a la Salud. Experiencias como las recogidas en este libro, entre las que se destacan los presupuestos participativos, estimulan la participación de distintos actores, entre ellos los/as usuarios/as, prestadores, académicos, especialistas, organizaciones de trabajadores en la construcción de las políticas de salud.

Esperamos aportar, a través de estas páginas, a la reflexión y análisis crítico de los procesos de Participación Ciudadana en salud y, en alguna medida, a la construcción de caminos que nos lleven a la instalación de propuestas para una gestión participativa y un estilo más democrático de pensar y hacer en salud.

Dr. Ricardo Fábrega Lacoa
Subsecretario de Redes Asistenciales

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

Ricardo Fábrega. Subsecretario Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. 5

INTRODUCCIÓN 7

PARTE I. LA AGENDA DE SALUD Y LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Reforma de Salud ¿Oportunidad u Obstáculo para la Gestión Participativa? 13
Nora Donoso

La Agenda Social y la Gestión Participativa de la Salud 33
Margarita Fernández - Gonzalo Delamaza

Experiencias de Innovación y Ciudadanía en Salud,
Nuevas Lecciones y Aprendizajes 48
Margarita Fernández

PARTE II. PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Presentación 65
Iván R. Paul

Presupuestos Participativos en el Sector Salud:
Una Experiencia Innovadora en el Servicio Salud Talcahuano: Chile..... 67
Jorge Ramos - Ingrid Fontalba

Gestión Pública y Ciudadanía: Participación Social y
Reforma en el Servicio de Salud Talcahuano, 2002-2005. 86
Carlos Ochsenius

ANEXOS

Nº 1: Sistematización de experiencias destacadas, 2006. 108

Nº 2: Nómina Experiencias Semifinalistas, Premio Innovación y
Ciudadanía. Categoría: Gestión Participativa de la Salud, 2006 126

Nº 3: Nómina de Experiencias Semifinalistas, Premio Innovación y Ciudadanía.
Categoría: Promoción de la Salud, 2006. 127

Nº 4: Nómina de experiencias de Salud documentadas y evaluadas
por el Programa Ciudadanía y Gestión Pública 2000 – 2006,
desagregadas por Región, comuna y ciclo de Premiación. 128

Nº 5: Publicaciones en Salud, Programa Ciudadanía y Gestión Pública. 132

ACERCA DE LOS/AS AUTORES/AS 135

INTRODUCCIÓN

En numerosos espacios se ha venido desarrollando el debate sobre la necesidad de fortalecer la participación de la ciudadanía en la gestión pública. Este debate se apoya en la percepción, casi generalizada de la población –aunque especialmente entre las comunidades pobres o vulnerables–, de que los vacíos de democracia en que opera la relación Estado-sociedad, redundan en prácticas elitistas, lejanas e inefectivas para dar solución a sus problemas; a la vez que poco transparentes o directamente corruptas. Todo lo anterior no sólo genera desesperanza y frustración, frente a las posibilidades de inclusión en las oportunidades del desarrollo, sino también socava las bases de la propia democracia.

Abordar estos problemas requiere concebir y explorar nuevas formas de relación que contribuyan a profundizar la democracia. Ello implica ocuparse no sólo de la formulación de rediseños institucionales, particularmente de los mecanismos electorales, la descentralización o la regulación de derechos –aspectos absolutamente necesarios en el país para esta tarea–, sino también del necesario desarrollo de espacios cotidianos de interacción entre ambos lados de la ecuación –el Estado y la sociedad civil–, lo que supone fortalecer y reconocer la Participación Ciudadana como un derecho, a la vez que considerarla como contrapartida de una mayor efectividad en la provisión de servicios, capacidad de incluir a los más pobres y fortalecedora de la legitimidad pública de las instituciones de Gobierno, y de los proyectos de desarrollo.

La escala subnacional ha mostrado numerosos ejemplos prácticos acerca de las formas de interacción democrática, algunos exitosos y otros deficitarios. Entre las lecciones más importantes que ellos dejan están las dificultades para transitar desde la escala de procesos participativos, limitados a la gestión de proyectos específicos –generalmente impulsados por las instituciones estatales–, hacia formas y mecanismos de interacción donde los ciudadanos no sólo colaboren en la gestión, sino sean capaces de formular responsablemente sus demandas, comprometerse en la deliberación sobre políticas y en el control de la gestión pública. Este tránsito no está exento de tensiones y conflictos, asociados a distintas visiones de democracia, capacidades diferenciadas de poder para imponer perspectivas más (o menos) tecnocráticas, verticales y autoritarias de Gobierno, condiciones de masa crítica y competencias de la sociedad civil para influir en espacios democráticos.

Siendo estos factores problemas de fondo que afectan tanto a las instituciones públicas como a la sociedad civil, no son de menor incidencia otros elementos claves para llevar adelante procesos efectivos de ciudadanización, especialmente desde el campo institucional. Entre ellos: el respaldo de las autoridades y del Gobierno a una política de Participación Ciudadana orientada a profundizar la democracia; la existencia de voluntades y objetivos democratizadores en la gestión de las instituciones intermedias; el “know-how”, es decir, el conocimiento conceptual y el “saber hacer”, particularmente para diseñar las estrategias; el fortalecimiento de las organizaciones y la representatividad, así como el derecho de poder contar con instrumentos que permitan transferir competencias a ambos lados de la ecuación.

Se ha dicho en muchas oportunidades que en Chile se vive una democracia de baja intensidad con grandes inequidades económicas y sociales; señales preocupantes de una mayor anomia electoral, particularmente de los jóvenes; falta de cohesión y frustración de importantes sectores sociales, a la par que desprestigio del sistema político. La reversión de estos factores implica cambios en las orientaciones de las políticas públicas, mayores regulaciones para el desarrollo, una mayor apertura de las instituciones y una activación superior de la ciudadanía.

La gestión de las diversas instituciones públicas y sus ejemplos de ciudadanía de la política, sin duda, puede contribuir a estos objetivos. En este sentido, este texto busca recuperar aprendizajes a partir de lo que ha venido realizando el sector salud, un sector tradicional del Estado, que se ha adelantado en diferentes aspectos al tipo de cambios que la sociedad chilena requiere formular.

Así, la primera parte de este texto, que reflexiona sobre la agenda de desarrollo de la ciudadanía en general, aunque particularmente desde el campo de la gestión de salud, contiene tres artículos. En el primero de ellos, Nora Donoso da cuenta de los cambios introducidos con la Reforma Sectorial y de las interesantes señales que ésta ha dado sobre dos aspectos sustantivos: por una parte, el abordaje de derechos sociales mínimos jurídicamente consagrados, lo que empodera a las personas para su exigencia, y por otra, la apertura de diversos espacios institucionales en los que potencialmente podrían desarrollarse interesantes procesos de Participación Ciudadana y de incursión en nuevos mecanismos de profundización de la democracia. Su artículo aborda las condiciones que el despliegue de éstos últimos requiere a la luz de los aprendizajes de los procesos de participación que han sido impulsados desde el sector.

En el segundo artículo, junto a Gonzalo Delamaza, sostenemos que actualmente existen mejores condiciones (y una mayor voluntad política) para impulsar la construcción de mayores niveles de ciudadanía –entendida como la afirmación de derechos–, y procesos de Participación Ciudadana en la gestión pública, lo que se expresa de diversos modos en la agenda pública de Gobierno. Se advierte, sin embargo, que la materialización de esa agenda enfrenta importantes tensiones de naturaleza política e institucional que la ponen en riesgo, particularmente para un gobierno de corto plazo. En este sentido, sectores con el de salud, que está más avanzado que otros sectores en plasmar esta agenda en reglas, marcos institucionales y desafíos concretos, podrían hacer un importante aporte a la sociedad mediante la abogacía por la agenda de derechos; y con sus lecciones y ejemplos construir procesos de Participación Ciudadana, lo que supone reorientar con rapidez también sus propios procesos de intervención.

En el tercer artículo abordo, precisamente, este último campo recuperando lecciones y aprendizajes de cuatro experiencias del sector destacadas con el Premio Innovación y Ciudadanía 2006 (en las categorías Promoción de la Salud y Gestión Participativa de la Salud). Éstas pertenecen a las comunas de Camiña, en la Región de Tarapacá, Pedro Aguirre Cerda y Lampa, en la Región Metropolitana, y a la jurisdicción del Servicio de Salud Talcahuano en la Región del Bío Bío. El acento, por un lado, está puesto en las enseñanzas para la construcción de redes intersectoriales de política pública de salud y modelos de interacción interinstitucionales que fortalecen la apertura de espacios de Participación Ciudadana; por otro, en los aprendizajes de los efectos de esta apertura en la ciudadanía, particularmente cuando es el Estado el que moldea las interacciones y sus resultados dependen de numerosos nudos críticos en los mecanismos institucionales que a ello apuntan. Un último aspecto, se refiere a los aprendizajes que dejan algunas de estas experiencias sobre el modo en que los actores sociales comunitarios locales pueden involucrarse en la gestión de la agenda de equidad e inclusión social, que el sector está impulsando a propósito de los determinantes sociales de las brechas de equidad en salud.

Una segunda parte de este libro quiere contribuir a la meta ministerial de impulsar los Presupuestos Participativos en los Servicios de Salud, hasta el año 2009. Para ello se recuperan aquí, de modo más profundo, las lecciones y aprendizajes del Presupuesto Participativo del Servicio de Salud Talcahuano. Una breve introducción de esta parte del texto es realizada por Iván Paul, Director del Servicio de Salud Ñuble –y responsable, en la Región del Bío Bío, de impulsar el proceso de réplica de esta experiencia en otros servicios

de salud de la Región--, quien recupera los numerosos desafíos que este proceso conlleva, a la luz de su experiencia y de los dos artículos siguientes.

A continuación, Jorge Ramos e Ingrid Fontalba, impulsores directos de la experiencia en el territorio, sistematizan paso a paso su construcción, enfatizando los factores claves y los procesos específicos que el Servicio ha debido abordar para el desarrollo de esta iniciativa, en un esfuerzo por transferir sus propios aprendizajes, las potencialidades, límites y requerimientos para el éxito de este tipo de experiencia. Esta parte del texto culmina con el artículo de Carlos Ochsenius quien, desde un enfoque externo, desarrolla una mirada crítica sobre el proceso seguido por la experiencia del Servicio de Salud Talcahuano, señalándonos los aciertos, fortalezas y límites de la gestión del Servicio y del fortalecimiento de la ciudadanía. El autor pone el acento en las tensiones entre la naturaleza de la política de salud y los procesos de representación e intereses de la ciudadanía, aspectos que deben ser resueltos en la experiencia para un resultado democratizador más amplio.

Antes de finalizar, queremos agradecer la colaboración de los/as autores/as, de Alejandra Ochoa por su apoyo en la sistematización breve de las experiencias analizadas para su presentación en este texto y que el lector puede encontrar en los anexos, a Elsa Gabriela González en la edición, y a Viviane Castro por su apoyo en sacarlo adelante.

Margarita Fernández
Compiladora

PARTE I

LA AGENDA DE SALUD Y LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

REFORMA DE SALUD ¿OPORTUNIDAD U OBSTÁCULO PARA LA GESTIÓN PARTICIPATIVA?

Nora Donoso Valenzuela

En un contexto de privatización de las funciones del Estado moderno y transferencia de responsabilidades a los gobiernos locales, existen demandas crecientes de la población hacia el sector público en el área social.

La gestión pública requiere nuevos estilos de organización y de gerencia que permitan una gestión eficiente y eficaz, basada en el conocimiento, la información y automatización. Por tanto, los resultados esperados ya no sólo estarán centrados en los productos sino en la satisfacción del usuario o cliente. En este contexto, el trabajo y la toma de decisiones se presentan fuertemente asociados a los conceptos de participación social y redistribución del poder.

En el ámbito de la salud, los elementos descritos adquieren una complejidad particular. Se requiere el análisis de nuevas conceptualizaciones en salud, nuevas formas de organización, nuevos instrumentos de gestión, nuevas alianzas estratégicas con el mundo público y privado, así como nuevas formas de relación entre este sector y la sociedad civil.

La situación de salud de los países latinoamericanos se caracteriza por la coexistencia de problemas de salud asociados al subdesarrollo, como son: las enfermedades infecciosas y la desnutrición; problemas asociados a procesos de envejecimiento, tales como las enfermedades crónicas no transmisibles; los accidentes y violencias; el abuso de sustancias adictivas; el cáncer y el SIDA, más comunes en países desarrollados.

Los resultados en salud no dependen exclusivamente del sector, sino de todos aquellos factores que intervienen en el desarrollo social, económico, ecológico y cultural de los pueblos. Se requiere un modelo de desarrollo que asegure, por una parte, el incremento de la producción y productividad y, por otra, una adecuada distribución de los ingresos. No sólo deben ser centrales los equilibrios y beneficios macroeconómicos sino también la satisfacción de las demandas de la población, a la vez que saldar la deuda social con los grupos más vulnerables y en condición de exclusión.

En este contexto, la Reforma de la Salud en Chile se sustenta, al igual que en otros países de la Región, por un lado, en la necesidad de dar satisfacción a nuevos y más complejos requerimientos en salud, nuevos perfiles de demanda de la población, superación de brechas de equidad en el acceso oportuno a una atención de salud, mejoría de la calidad de los servicios y, por otro lado, en la necesidad de aportar al mejoramiento integral de la calidad de vida de la población.

1. Nuevos Requerimientos y Conceptualizaciones para la Salud en el Siglo XXI

La salud, tanto desde el punto de vista individual, como social o colectivo, es producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, culturales y económico-sociales. Está determinada por la estructura y dinámica de la sociedad, por el grado de desarrollo de sus fuerzas productivas, por el tipo de relaciones sociales que se establecen, por el modelo económico, por la forma de organización del Estado, por las condiciones geográficas, climáticas y la disponibilidad de recursos naturales.

El concepto de salud/enfermedad es construido socialmente, en forma colectiva, articulándose visiones individuales y sociales, de tal manera que no existe un concepto único, sino que es dinámico y cambiante. Así, el siglo XX fue testigo de cambios significativos en las formas de concebir la salud. La OMS, en el contexto de postguerra (1948), la definió como un "estado de completo bienestar físico, mental y social" y no sólo como "ausencia de enfermedad".

Cincuenta años más tarde, se agregó a esta definición el concepto de bienestar espiritual. Esta definición, incorpora la visión de la necesidad de enfrentar la salud desde una perspectiva integral y con énfasis en una visión holística del ser humano. Cambia el producto final del modelo desde "sin enfermedad", al de "bienestar humano", complejizando la definición de responsabilidades en salud. Se requiere entonces que el conjunto de la sociedad tome parte y asuma una posición acerca del tema, siendo indispensable un enfoque interdisciplinario, intersectorial y participativo.

Diversos acuerdos internacionales dan cuenta del avance en la redefinición del concepto de salud y de propuestas generales para la reorientación progresiva de los servicios de salud hacia el logro de metas sanitarias dentro de los nuevos perfiles socio-demográficos y epidemiológicos, en búsqueda de la equidad en salud.

La Carta de Punta del Este, suscrita por Presidentes de los países de la Región, consideraba un Plan Decenal de Salud para el decenio 1960, el que le otorgaba a la salud una relevancia mayor en la generación de bienes y desarrollo social. Luego, en la reunión de Alma Ata de 1978, los países de la Región, ante la evidencia de que los problemas planteados en el decenio anterior no se habían resuelto, se comprometieron con la meta "salud para todos en el año 2000" reconociendo como estrategia para ello a la Atención Primaria de Salud. La Conferencia reiteró que la salud constituye un bien social, un derecho de la humanidad y es componente esencial de la calidad de vida, y del crecimiento y desarrollo integral de un país. A su vez, definió a la Atención Primaria como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación"¹ (MINSAL, 1993).

La operacionalización de esta estrategia se desarrolló a partir de la XXII Conferencia Sanitaria, que aprobó las prioridades programáticas para el cuatrienio 1986–1990, en base a tres ejes fundamentales:

- Desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud con énfasis en la Atención Primaria de salud;
- Atención de los problemas prioritarios de salud presentes en grupos humanos vulnerables con programas específicos puestos en marcha a través del sistema de servicios de salud;
- Proceso de administración del conocimiento necesario para llevar a cabo los dos aspectos anteriores.

La Carta de Ottawa suscrita por los distintos países en 1986, por su parte, propuso como estrategia fundamental a la Promoción de la Salud y la definió como "el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla".

Los cinco campos de acción propuestos son:

- Elaboración de políticas públicas favorables a la salud;
- Reforzamiento de la acción comunitaria;
- Desarrollo de las habilidades personales;
- Creación de entornos propicios a la salud;
- Reorientación de los servicios de salud.

En 1988, la XV resolución de la XXXII Reunión del Consejo Directivo de OPS, se refiere a las necesidades del desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), como la táctica operativa para el desarrollo de la Atención Primaria, con las adecuaciones necesarias a nivel de cada país de la Región para la

¹ Extracto de la Declaración de Alma Hata.

transformación de los sistemas nacionales de salud. Este modelo se sustenta en la concepción referida a la salud como "el fruto de acciones realizadas en distintos ámbitos y por distintos sectores, es una labor coordinada" (OPS/OMS, 1990). En un contexto de democratización de los municipios se facilita la participación de la población a través de sus representantes y de los distintos sectores de la vida comunal, en espacios donde se coordina, informa y toman las decisiones vinculadas con el desarrollo local. La propuesta SILOS considera cambios en la estructura y organización político-administrativa de los Servicios de Salud, en la articulación de éstos a nivel local en una red de servicios públicos, privados y solidarios de atención de salud, y en la coordinación con otros sectores sociales vinculados con esta problemática.

En forma paralela a este desarrollo, los países de la Región –incluido Chile– se encuentran en procesos de reconstrucción democrática y recomposición social luego de haber sido gobernados por dictaduras militares bajo la lógica de la seguridad nacional. La incipiente democratización de las relaciones a nivel local y la aún no restituida elección directa mediante votación popular de las autoridades municipales, contribuyó negativamente en la implementación de esta estrategia propuesta por la OPS/OMS a inicios de la década del '90.

No obstante, la ideología y fundamentos sobre los cuales se sustenta esta propuesta son acogidos por algunos sectores del sistema de salud, generándose instancias de participación local que han ido acogiendo nuevas directrices técnico-políticas en contextos de mayor descentralización, democratización y avances en el proceso de reforma sectorial.

Aunque los acuerdos internacionales en materia de salud habían sido suscritos por los gobernantes de la época (década del '70 y '80), no es hasta después del retorno a la democracia que las definiciones técnico-políticas, consideran la estrategia de Atención Primaria de salud y las propuestas operativas para su desarrollo como prioritarias para el país. El perfil epidemiológico y demográfico del país, exigía una reconceptualización de la salud y una redefinición de los objetivos y metas sanitarias como también, la reformulación del modelo de atención.

Según Giarmati, el modelo fundado en la concepción biomédica de la salud constituye una visión reduccionista y fragmentaria de la salud y la enfermedad, mientras que la salud bajo una concepción biopsicosocial puede definirse como: "un "proceso" en el cual el individuo, a lo largo de su vida, se va desplazando sobre un eje salud-enfermedad (y muerte), acercándose a uno u otro extremo según refuerza o se rompe el equilibrio entre factores que están interactuando permanentemente: físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales" (Giarmati, 1991). Esta nueva concepción flexibiliza los límites de los dominios del saber no sólo entre diversas disciplinas, sino también entre equipos de salud y la población.

En 1993, se propuso la transformación de los consultorios –centrados en una atención de carácter curativo y enfoque biomédico– en Centros de Salud que incorporaran una mirada integral y biopsicosocial de la salud, y acciones de promoción, prevención junto con las de recuperación y rehabilitación (MINSAL, 1993). Esta transformación constituyó un proceso que abarcó no sólo aspectos administrativos y organizacionales, sino también un cambio cultural y redefinición de la relación entre los equipos técnicos y la comunidad, sustentada en nuevas concepciones de la salud.

Los principales problemas de salud, que enfrentan actualmente los distintos grupos de la población, tienen un origen complejo, de variadas causas. Observamos la prevalencia de enfermedades asociadas a factores de riesgo cuya reducción sólo es posible mediante acciones integrales, con un compromiso activo de la población². Sus causas multivariadas requieren de soluciones e intervenciones innovativas, integrales, que incorporen activamente a los sujetos de atención más allá de la acción propia de los servicios de salud. La magnitud y complejidad creciente de estas enfermedades trae consigo un incremento de la demanda de

² Es posible afirmar que el sistema de salud ha actuado eficazmente en la reducción del riesgo de los problemas materno-infantiles y enfermedades transmisibles, sin embargo, no ha logrado progresar significativamente en el abordaje de enfermedades crónicas y tumores malignos que representan las principales causas de muerte.

atención de los servicios de salud, superando con frecuencia su capacidad de respuesta debido a los altos costos que ello significa.

Desde los noventa, el debate en el ámbito sanitario forma parte de un proceso de aprendizaje social para encontrar una respuesta a la búsqueda de nuevos fundamentos para la política de salud, que vayan más allá de las reformas administrativas e instrumentales de los servicios de salud.

Ilona Kickbusch (2002) plantea que hoy estamos en la tercera revolución de la Salud Pública. El sector salud no sólo es el responsable de la provisión de servicios y protección de la salud pública, sino que debe abogar por los estilos y condiciones de vida, expandiendo así sus responsabilidades a la sociedad en forma global y al ámbito de la conducta individual. Esta concepción genera expectativas crecientes de situar a la salud como un derecho exigible y procurado por los Estados modernos.

En un ambiente económico y político cambiante, el papel y el posicionamiento de la salud en la agenda política y social también cambia. La citada autora, citando a Giddens, plantea que las sociedades modernas acarrearán nuevos riesgos y nuevos beneficios en todos los ámbitos de la vida. Así, el sector salud se enfrenta a tres nuevos desafíos:

- la expansión del ámbito de acción de la salud,
- el ordenamiento de este nuevo ámbito,
- el surgimiento de nuevos modelos de participación del poder entre profesionales y la comunidad en el ámbito de la salud.

El debate actual sobre salud, señala Kickbusch, refleja inquietudes que dicen relación con: el límite entre la política de salud y la política social; la superposición y necesaria sinergia entre la calidad de vida y la calidad de la salud; quién y dónde radica el liderazgo y la gerencia en salud; qué parte del Gobierno es responsable de las persistentes desigualdades en salud; cómo evaluar programas sociales complejos; cuál es la filosofía y cuáles los valores que orientan el debate gubernamental.

Ya en la década de los ochenta algunos de estos temas estaban siendo debatidos. Hoy, en el inicio del siglo XXI, se retoman en un contexto de revolución tecnológica, modernización de la gestión pública de salud, procesos de reforma sectorial y crecientes demandas sociales por acceso a la salud. La inversión en salud pública hoy en día es reconsiderada en un marco filosófico de la salud pública que rescata el enfoque de equidad en salud, la base de valor participativo y la orientación hacia una nueva ecología de la colaboración.

2. Dimensionamiento de la Participación Social en Salud

Siguiendo los planteamientos anteriores, las áreas de intervención en Salud Pública están definidas por los cambios sociales, cambios en los patrones familiares, cambios en el papel de los géneros, la naturaleza del trabajo, la pérdida de la cohesión social e integración; es decir, por las nuevas formas de organización social.

La década del noventa encontró a Chile y al resto de los países de la Región frente a crecientes desigualdades sociales, existencia de grupos en situación de extrema pobreza o necesidad, deterioro institucional del Estado, choque entre altas expectativas ciudadanas de democracia real y Estados con escasa capacidad para iniciar procesos de transformación interna.

Por otra parte, el diagnóstico de la situación de los servicios de salud al momento del retorno a la democracia señalaba que luego de las reformas del '80, el sector municipalizado (Atención Primaria de Salud) presentaba: un 50% de desfinanciamiento en su presupuesto de operación; falta de capacidad resolutoria; horario de funcionamiento de los establecimientos de salud que impedía el acceso a grupos prioritarios como los trabajadores, las mujeres, los adolescentes; problemas de accesibilidad por razones económicas,

geográficas, falta de personal, entre otros; escasa supervisión del Ministerio de Salud; personal de salud desmotivado y con problemas de salud mental derivados de situaciones como salarios insuficientes, pérdida de carrera funcionaria, falta de capacitación, etc.; desarticulación de la Red Asistencial; inversión casi nula en el sector hospitalario especialmente en infraestructura y equipamiento; ruptura de vínculos entre los servicios de salud y la comunidad usuaria; orientación de los recursos hacia acciones de morbilidad (Donoso, 1995).

En este contexto se inicia un proceso de reforma sectorial que busca avanzar en procesos de descentralización y logro de equidad con participación de la comunidad, ajustando los servicios a las necesidades de salud de las personas, con modelos de gestión que permitan la consideración de los usuarios en la evaluación de las políticas sectoriales, facilitando la mejor utilización y focalización de los recursos (Donoso, 2002).

Es posible identificar, en este proceso, diferentes dimensiones de la participación social en salud. En la década de los noventa la estrategia de Atención Primaria priorizó la incorporación de la comunidad organizada en proyectos locales de salud, en el área de la prevención y promoción de la salud, como en el apoyo a la recuperación y rehabilitación en salud.

A finales de la década, ya existía un sinnúmero de experiencias de trabajo con las comunidades locales; formación de monitores, campañas de prevención con participación de líderes comunitarios, generación de instancias de participación comunitaria, apropiación de metodologías activo participativas desarrolladas por las ONG's en los años '80 (MINSAL (a), 1994).

Desde 1995 comienzan a aparecer, en el discurso sectorial, estrategias de participación social que facilitan el involucramiento de los usuarios en las decisiones que los afectan directamente y que fomentan la corresponsabilidad en materias de salud. Estas son consideradas como: "un medio para el desarrollo de las personas (proveedores y usuarios) como sujetos comprometidos con el cuidado de su salud y con el fortalecimiento de los servicios; busca también, la creación de comunidades con capacidad de interlocución que actúen solidariamente y ejerzan un control social sobre el sistema público de salud" (MINSAL (a), 1995: 5).

Carlos Massad, ministro de salud entre los años 1995 y 1997, señalaría en la época la necesidad de "privilegiar aquellas formas de participación que corresponsabilicen a la comunidad en las decisiones de gestión, dándoles opción de determinar asignaciones de recursos o cambios de conducción de establecimientos (...) desde ya, nuestros Servicios de Salud pueden articular esta participación social, desde la óptica de la salud pública y del bienestar social" (MINSAL (b), 1995: 29). Entre estas estrategias destacan la formalización de compromisos de acción conjunta con organizaciones comunitarias³ y la creación de instancias formales de participación de usuarios en los establecimientos de salud⁴.

Tres principios inspirarían las tareas del Ministerio de Salud; los principios de equidad, descentralización y participación: "(...) cuando iniciamos esta gestión ministerial (...) pensamos que teníamos como tarea fundamental acercar la Salud a la Gente. Fijamos tres principios que inspirarían las tareas del Ministerio, los principios de equidad, descentralización y participación. Nos hemos fijado como tarea fundamental del ministerio, lograr la participación porque sólo con eso podemos asegurar la equidad" (Ibíd.: 37).

Desde el año 1997 se incorpora fuertemente la Promoción de la Salud como una "estrategia válida y eficaz, que tiene un enfoque positivo de bienestar social orientado a mantener al individuo, a la comunidad y a la sociedad sana en ambientes saludables. Esta estrategia actúa sobre los condicionantes de la salud y sobre los factores de riesgo que llevan indefectiblemente a la enfermedad y al daño social. La Promoción de la

³ El Programa de Salud con la Gente, creado entre 1994 y 1995, otorga apoyo técnico y financiero a organizaciones sociales que realizan acciones en salud, fomentando su autonomía y capacidad de autogestión de estrategias para resolver problemas de salud.

⁴ En 1995 se crean, por instrucción del Ministro de Salud, Consejos de Desarrollo en Hospitales y Consultorios de Atención Primaria y se fortalecen otras creadas en el marco de la estrategia de SILOS (Sistemas Locales de Salud) como Comités Locales de Salud, Comités Comunales de Salud.

Salud, se hace con la gente en forma participativa e intersectorial, con acciones medioambientales y de desarrollo humano, con estrategias precisas de educación y comunicación social y con una red de servicios de salud adecuada a las necesidades de los tiempos e integrada a la red social” (MINSAL, 1999: 20).

En el plano de las acciones esto se traduce en tratar de “influir en las relaciones sociales fomentando la solidaridad, la confianza, el buen trato, la recreación y la actividad física, evitando el consumo de tabaco, alcohol y drogas e incentivando la alimentación saludable y la formación de redes sociales de apoyo. Construir espacios saludables en la familia, en los lugares de trabajo y de educación, en los barrios y comunidades impulsando el autocuidado, la colaboración y responsabilidad colectiva” (Ibíd.: 21).

El discurso oficial enfatiza la óptica sanitaria para aproximarse al tema de la participación: “(...) es simplemente el nuevo impulso de la democracia, que ha retomado una conciencia sanitaria que algunos creían perdida generando un compromiso y amor por el ser humano de toda la gente que trabaja cuidando a la gente, entregándoles herramientas para tomar decisiones, aportándoles el conocimiento que a muchos les falta, abriendo el horizonte para tener una visión de futuro compartida”⁵ (Ibíd.: 11).

Sin duda que frente a la propuesta del Ministro Massad, centrada en el ejercicio del control social sobre la gestión, la “vuelta a lo sanitario”, restituye también el liderazgo de los técnicos del sector ampliando su ámbito de intervención hacia lo social y territorial, como hacia lo intersectorial. La Promoción de la Salud se instala, a lo largo del país, a través de la ejecución de planes comunales y regionales diseñados con el concurso de representantes de instituciones del sector público y privado, y con la participación de organizaciones de la sociedad civil. La formalización del trabajo intersectorial se realiza a través de los comités y consejos intersectoriales VIDA CHILE, a nivel comunal y regional.

Iniciado el Siglo XXI, el gobierno de Ricardo Lagos (2000-2006) puso gran energía en los procesos de modernización del Estado y, en particular, en las reformas sectoriales especialmente del sector salud. Los avances en el proceso de reforma sectorial, especialmente en el último quinquenio, han ido orientando fuertemente la discusión hacia los temas de equidad en el acceso, oportunidad y calidad de la atención, la contención de costos en la producción de los servicios de salud y, por ende, la necesidad de establecer prioridades y garantías exigibles considerando los recursos disponibles y el perfil de la demanda en salud.

Así, se ve a la participación como un recurso indispensable para mejorar la situación de salud de la población y se agrega el interés por su contribución a la disminución de las brechas de equidad en el acceso, oportunidad y calidad de la atención. A las dimensiones anteriores, se agrega una consideración de la Ciudadanía Activa como recurso para la modernización de la gestión pública de salud y el ejercicio de los derechos de los usuarios.

A partir del año 2003, en el marco de la diferenciación de funciones entre Autoridad Sanitaria⁶ –a cargo de la definición de la macro política de salud pública, diseño y aplicación de marcos regulatorios, control y fiscalización– y Gestores de Red –a cargo de la gestión de las redes asistenciales para la provisión de servicios de salud–, producto del avance en el proceso de instalación de la Reforma, se definieron líneas estratégicas (MINSAL, 2004) para: avanzar en la democratización de la información y conocimiento en salud; el control social sobre la gestión; la transparencia en la gestión pública de salud y corresponsabilidad en la manutención y control sobre la salud; y, la calidad de los servicios. Se institucionalizan mecanismos de participación de usuarios –ya en desarrollo desde la década anterior– y se otorga carácter de exigibilidad al sistema de garantías de acceso, oportunidad y calidad de la atención, a través de la promulgación de leyes que otorgan un marco legal al proceso de reforma sectorial⁷. La gestión participativa y la innovación en gestión y ciudadanía, constituyen un desafío en la implementación y avances del proceso de Reforma de la Salud.

⁵ La cita corresponde al Discurso Inaugural del Ministro de Salud Dr. Alex Figueroa en el I Congreso de Promoción en Salud.

⁶ Ley de Autoridad Sanitaria.

⁷ Ley de Acceso Universal a Garantías Explícitas (Ley AUGE).

En síntesis, la experiencia desarrollada en la última década muestra señales claras y explícitas de la prioridad otorgada a la participación social en salud en sus distintas modalidades de expresión. Es decir, el control social sobre los determinantes de la salud, la participación en el diseño, implementación y evaluación de las políticas de salud, el control social sobre la gestión de salud y el ejercicio de los derechos ciudadanos en salud —como la corresponsabilidad en la manutención y control de la salud individual y comunitaria— son distintas dimensiones que hoy adquiere la participación social en salud.

En lo operativo, estas dimensiones se traducen en: la creación y fortalecimiento de instancias formales de Participación Ciudadana; puntos de información y gestión de solicitudes ciudadanas (Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias); rendición de cuentas (Cuentas Públicas); formalización de compromisos de trabajo conjunto con las organizaciones comunitarias vinculadas a salud; Comités de Promoción de la Salud-VIDA CHILE, a nivel regional y comunal, y procesos de consulta ciudadana en temas vinculados con la Reforma de Salud (MINSAL, 2002).

Sin embargo, cabría preguntarse en qué medida el proceso de Reforma ya en marcha —y el marco legal que lo sustenta— constituye, efectivamente, una oportunidad para el fortalecimiento de la participación social, o más bien coloca una “camisa de fuerza” a procesos que ya se han ido consolidando producto de cambios sociales más amplios que los del propio sector salud.

3. Oportunidades para la Incorporación de la Ciudadanía en el Proceso de Reforma de la Salud.

En la búsqueda de algunas posibles respuestas a la interrogante sobre las oportunidades que ofrece la Reforma de la Salud a la participación e incorporación de la ciudadanía, y anticipándose a los resultados de la instalación de dichos procesos, cabe analizar: la asociación entre participación y Ciudadanía Activa, con los elementos estructurantes de la Reforma del Estado y del sector salud; los dispositivos y mecanismos de participación; los procesos de reconstrucción democrática; las demandas y capacidad de interlocución de los actores sociales, y la capacidad del sector salud de establecer puentes de diálogo con la ciudadanía.

3.1 Estructura de los Procesos de Reforma

La Reforma de Salud se inscribe en un proceso de modernización del Estado, impulsado por los gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia, que ha generado Programas de Mejoramiento de la Gestión con fuerte énfasis en la democratización de la gestión pública y la Participación Ciudadana⁸.

Modernización del Estado y procesos de reforma constituyen temas de interés tanto para analistas políticos, económicos y sociales como para estudiosos de las más diversas áreas vinculadas con la gestión pública. Sergio Martinic (1999), a partir de la recopilación de varios estudios realizados entre 1996 y 1998 —por 5 Universidades y 6 Centros Privados y Públicos de Investigación de Argentina, Brasil, Colombia, Chile, El Salvador y Perú—, aporta elementos de análisis que permiten identificar algunas de las áreas críticas de los procesos de reforma del Estado que asumen características particulares en el sector salud.

Para estos investigadores, las reformas han encontrado importantes dificultades en sus procesos de ejecución. Los gremios de profesores, médicos y trabajadores de la salud, entre otros grupos de interés “suelen oponerse a la orientación de los cambios propuestos; las culturas institucionales demuestran ser poco permeables a una organización flexible y centrada en resultados y los consensos políticos contruidos están lejos de garantizar estabilidad de Ministros; agilidad legislativa; un presupuesto adecuado, debate público informado y mayor control ciudadano de sus resultados (...) Los estudios demuestran que las reformas económicas y sociales producen un cambio drástico en los mecanismos de regulación y de concertación

⁸ El Programa de Mejoramiento de la Gestión está asociado a incentivos para los funcionarios públicos del aparato central, para apoyar la instalación de estrategias innovativas en el área de gestión y ciudadanía.

social. Sin embargo, y pese a la fuerza de estas políticas en América Latina, éstas no han logrado producir cambios cognitivos en la lógica de acción de muchos actores estratégicos los que siguen actuando de acuerdo a códigos culturales de la clásica sociedad populista donde se mezclan partidos débiles; clientelismo; corporativismo y liderazgos personalistas” (Martinic, 2002).

En concordancia con dicho planteamiento y con la observación del proceso de reforma sectorial chileno, se puede afirmar que la formulación de políticas –y su puesta en marcha– se ha realizado en un contexto de complejos sistemas de relaciones en los cuales los actores intervienen desde su propio marco interpretativo o cognitivo desde el cual piensan, definen sus intereses y estrategias de acción. Así, se instalan en un escenario de consensos, disensos e incertidumbre, algunos pensamientos como válidos y legítimos, y otros se declaran diferentes y marginales.

Según Martinic, por lo general, las reformas se han basado en un modelo lineal del cambio. Los grandes acuerdos sociales se traducen en políticas públicas en la medida que los asumen las organizaciones gubernamentales en espera de que al “bajar” a los niveles micro y meso, las instituciones encargadas de su ejecución actúen en forma eficiente y eficaz para el logro de sus metas. Esto se ve reforzado por modelos que establecen una relación causal unidireccional entre insumos, procesos y resultados. En la mayoría de los casos, las reformas nacen de leyes nacionales que son impulsadas “desde arriba” por el Estado. Es el sistema el que inicia la transformación de sí mismo gracias a grupos proactivos ubicados en los aparatos centrales del Gobierno.

Las reformas sociales constituyen verdaderas reformas culturales que requieren del consenso e involucramiento del mayor número de actores y, por lo tanto, dependen de la capacidad de los profesionales y técnicos de los sistemas reformados, y de los contextos institucionales en que estos se desempeñan para incorporar distintas visiones y aproximaciones a los problemas de salud. Se requiere, por lo tanto, de construcción de capital humano e institucional, a la vez que es necesario que estas ideas puedan ser convergentes y consonantes con las culturas, experiencias previas e idearios de los distintos grupos cuyos intereses están en juego en este proceso; incluida la comunidad, usuarios y sociedad civil.

Los procesos, aún incompletos, de democratización de la gestión pública y de descentralización en Chile, han hecho del intento de descentralizar la gestión de la Reforma de Salud, más bien, un proceso formal que real. Por otra parte, las “diferencias de lenguajes y de culturas entre técnicos y políticos ha sido uno de los factores que ha obstaculizado la reforma de la salud en Chile” (Oyarzo, 1999). Estas tensiones generadas por elementos estructurantes de los procesos de reforma y democracia en construcción, pueden constituirse en una amenaza para el desarrollo de la participación en salud.

Por otra parte, la desarticulación del sistema de salud chileno luego del proceso de municipalización –llevado a cabo por la dictadura militar en la década del '80– y la necesidad de recuperar la Atención Primaria de salud junto con la recuperación democrática, posibilitó el inicio del proceso de reforma precisamente en este nivel de atención. Sin embargo, el “núcleo duro” del sector –representado por el área hospitalaria y el mundo de las especialidades médicas– ha presentado mayor resistencia a la instalación de cambios en la organización, estructura de la inversión y gasto en salud, como en los procesos productivos y criterios de evaluación.

Respecto a la participación social, podría decirse, a partir de las investigaciones señaladas, que las reformas sociales promueven una participación que parece no tener un sentido político o ideológico sino que es entendida como “sistemas de control social” de los resultados de la prestación de servicios. Por otro lado, los cambios propuestos por los procesos de reforma suponen modificaciones sustantivas en las concepciones tradicionales de salud y el establecimiento de relaciones flexibles entre el pensamiento académico y el sentido común de los usuarios, como también, una interacción profesional de tipo dialógica.

En este sentido, en la Atención Primaria de Salud (nivel primario), la cercanía con las comunidades locales y las diferentes estrategias impulsadas desde el gobierno central –asociadas a nuevas modalidades de financiamiento y sistemas de incentivos–, no ofrece gran resistencia al establecimiento de puentes

comunicantes con las comunidades locales que, en forma alternativa al Estado, habían desarrollado diferentes estrategias de supervivencia (MINSAL (b), 1994) y de solución de problemas de salud, en contextos de restricción y falta de acceso a la oferta pública. Esto, a pesar de las condiciones desventajosas de los sectores más pobres y la necesidad de recuperar el liderazgo técnico de los equipos locales de salud, incentiva la relación funcional entre ambos actores.

El área hospitalaria se incorporó más tardíamente a este acercamiento con la comunidad usuaria, dependiendo tanto de la disposición favorable de los directivos y profesionales como de la capacidad de interlocución de las organizaciones y líderes comunitarios. Un rol importante cumplió en este proceso la creación de instancias de participación de usuarios, como los Consejos de Desarrollo de hospitales, impulsadas por la gestión Massad en 1995 y que en el contexto actual de la Reforma de la Salud se "refundán" como consejos consultivos de usuarios por medio de la Ley de Autoridad Sanitaria; una de las Leyes de la Reforma.

A juicio de los investigadores analizados, los procesos de reforma, en particular los de salud, han asumido el discurso de la "calidad" por sobre la "equidad", poniendo énfasis en la gestión y trasladando enfoques de la realidad empresarial a los establecimientos de salud. De acuerdo a ello, las Leyes de la Reforma y el contenido de los discursos sobre los cuales se sustentan los procesos de cambios, si bien buscan institucionalizar algunos mecanismos de participación de los usuarios y la sociedad civil mediante Consejos Consultivos —en diferentes niveles decisores del sistema y dispositivos para la acogida y gestión de solicitudes ciudadanas, quejas y reclamos—, éstos están más asociados a un ejercicio de derechos y control de calidad de los servicios que a posibilidades reales de participación en la toma de decisiones en salud.

3.2 Los Actores de la Reforma

Una de las condiciones esenciales para el "desbloqueo epistemológico" de la medicina a fines del siglo XVIII fue la organización del Hospital como aparato de "examinar". El ritual de la visita es su forma más llamativa. La inspección de otro tiempo, discontinua y rápida, se ha transformado en una observación regular que sitúa al enfermo en situación de examen casi perpetuo. El médico empieza a tener preeminencia sobre el personal religioso y el Hospital se convierte en un lugar de formación y de confrontación: inversión de las relaciones de poder y constitución de un saber. El hospital bien "disciplinado" constituirá el lugar adecuado de la "disciplina médica" (Foucault, 1976).

En Chile, durante el siglo XIX y principios del siglo XX, frente a crecientes demandas sociales producidas por los estados de miseria develados por las pestes, surgió en el seno de las emergentes capas medias una "intelligentsia médica", que apoyada por el Estado moderno fue la encargada de abrir el cauce a una reforma social desde lo fisiológico. Se trataba de disputarle a la sociedad caritativa el "cuerpo enfermo y moribundo del pueblo" para mejorarlo con la eficacia de la ciencia y la técnica, y salvar así la República, el orden social y la riqueza nacional, iniciando el camino de la civilización hacia el progreso (Illanes, 1993).

Los éxitos de esta elite obtenidos a través de la instalación de dos sistemas de salud y seguridad social de carácter unitario y universal: el Seguro Obrero Obligatorio (1924) y el Servicio Nacional de Salud (1952) —especialmente en el control de las enfermedades infecto-contagiosas y la mejoría significativa de los indicadores de salud— consolidó el liderazgo de la clase médica y la preeminencia de un enfoque biomédico que se sitúa por encima de los acuerdos internacionales referidos a la necesidad de reformar y reorientar los procesos de producción y construcción social de la salud.

Durante la década del '90, el fuerte impulso al fortalecimiento y desarrollo de la Atención Primaria de Salud, no sólo como nivel de atención sino también como una estrategia para alcanzar la "salud para todos en el año 2000", daba inicio al proceso de Reforma de la Salud y recuperaba espacios de interlocución entre el saber técnico y el conocimiento acumulado por las organizaciones comunitarias, cuestionando así la relación poder/saber preeminente a lo largo de la tradición (bio)médica. Este espacio de interlocución será compartido

por los equipos técnicos del sector y el conjunto de personas que en forma individual o colectiva, de manera espontánea u organizada, toman contacto con los servicios para resolver sus necesidades de salud⁹.

Al inicio del proceso de Reforma, esta interlocución estuvo marcada por problemas de comunicación derivados de factores de lenguaje o de relación social claramente expresados por los usuarios, para quienes la "mala atención" constituye un problema de salud tan fuerte como cualquiera otra enfermedad. El miedo a preguntar o solicitar más información a los equipos de salud y el no respeto de éstos por las opiniones de los usuarios subyacen a dicha relación. El fuerte enmarcamiento en la comunicación, según Martinic y Bertoni, se debe principalmente al predominio de una concepción de salud que otorga poder y legitimidad al saber del equipo por sobre el saber y conocimientos de los beneficiarios o de la comunidad (Bertoni et al., 1993).

Varela y Alvarez-Uría, citando a N. Chomsky y M. Foucault, señalan que: "el poder político también se ejerce por mediación de cierto número de instituciones que parecen no tener nada en común con el poder político y ser independientes, cuando no es así (...) Instituciones del saber, de la previsión o de la asistencia, como la medicina, también ayudan a mantener el poder político" (Varela y Alvarez-Uría, 1989: 29). Existiría una perpetua articulación entre el poder y el saber: el ejercicio del poder crea saber e, inversamente, el saber produce efectos de poder. Así, "La otra cara de los derechos humanos son las disciplinas; disciplinas formales de corte autoritario que atraviesan el cuerpo social desde las fábricas a las prisiones, desde los cuarteles y las escuelas a los baluartes manicomiales" (Ibíd.: 32). Para Foucault: "el hospital general de pobres es la matriz común de las instituciones totales –de corrección, tratamiento, trabajo y disciplina– que todavía hoy pueblan, como pequeños archipiélagos del absolutismo, nuestro panorama social" (En, Varela y Alvarez-Uría, 1989: 37).

Tal como ha sido la tendencia a la "patologización" de la desviación y al reforzamiento del correccionalismo en el comportamiento criminal, así también, históricamente, los profesionales y técnicos de la salud han implementado diversas estrategias de educación a las comunidades pobres en autocuidado y prevención de enfermedades, sustentadas en la necesidad de controlar los factores de riesgo asociados a las distintas patologías. La recuperación de "la salud" permite corregir las desviaciones respecto a los estándares de salud predefinidos desde el saber científico que, al usar la noción de patología, muestra reminiscencias moralizantes y acientíficas propias de los enfoques correccionalistas.

La influencia de las nociones organicistas y el pensamiento médico han sido extrapoladas al campo de lo social, afectando la relación de los técnicos con la comunidad, en la medida que la conducta de los individuos es juzgada desde el punto de vista de la cultura de los funcionarios de la salud; quienes actúan como "expertos en la definición social de la desviación" y no desde la perspectiva cultural del grupo del que proceden las personas atendidas en los centros de salud. El estereotipo al que son sometidos los sectores vulnerables, contribuye a una mayor estigmatización de los "afectados".

En esta relación desigual en que el "médico es un sabio poderoso y el enfermo un paciente ignorante", la gestión participativa se ve con menos posibilidades de emerger como una propuesta innovadora en el quehacer de salud; especialmente en el área hospitalaria, cuna de los mecanismos de control de los "desviados". Foucault plantea que: "el internamiento psiquiátrico, las instituciones penales y la normalización de los ciudadanos han sido esenciales para el funcionamiento expedito de las sociedades capitalistas. El control de los desviados, la inculcación de las conductas socialmente valoradas, la disciplinización de los sujetos, no son efectos residuales o superestructurales en nuestras sociedades, sino instancias constitutivas y centrales al propio sistema" (En, Varela y Alvarez-Uría, 1989: 41).

Una asociación entre estos planteamientos y las políticas de prevención y promoción de la salud, surge casi espontáneamente. Tal como en la sociedad pre-industrial, la salud constituía el resultado de la gracia divina y los esfuerzos de los creyentes, es posible pensar que la categoría de la salud sigue gozando de un fuerte predicamento social casi heredado de los salvadores de almas (Szasz, 1981: 207).

⁹ Se espera que el/la ciudadano/a esté informado de sus deberes y derechos, conozca la oferta pública, la utilice adecuadamente y actúe en forma coherente con las oportunidades de participación que ofrece el campo de las políticas públicas.

En el ámbito de la salud, la tradición sectorial ha generado históricamente relaciones de dependencia entre los usuarios y los equipos técnicos vinculados con políticas y programas específicos. Así, existe un vasto número de organizaciones de autoayuda de enfermos y familiares de enfermos asociados a especialistas y técnicos que ven en este tipo de grupos organizados un factor protector; pero también es visto como un factor de adhesividad a los programas de salud.

Según lo señalado, el concepto de salud ha ido evolucionando desde la curación durante la enfermedad y la prevención del daño a la promoción de la salud. Junto con ello, el poder médico se hace extensivo a otros miembros del equipo de salud en la nueva cultura del autocuidado. Esto puede constituirse en una nueva forma de desempeñar una función de control social; los propios técnicos constituirían, de este modo, un nuevo obstáculo para el desarrollo de la participación.

Por otro lado, el uso generalizado de nuevas tecnologías amplía la brecha de conocimientos entre los técnicos y usuarios: "Con el impacto cada vez mayor que en la gestión de lo social tienen médicos, psicólogos, sociólogos, asistentes sociales, animadores culturales, etc., los individuos, cada vez más dependientes de los consejos de los especialistas para decidir sobre sus vidas, se ven incapacitados para actuar de un modo autónomo. Las nuevas técnicas destruyen la confianza en uno mismo y dificultan la comprensión y transformación del entorno social" (En, Varela y Alvarez-Uría, 1989: 153).

No será sino hasta avanzado el proceso de transformación del modelo de atención –con la apertura institucional a espacios de deliberación y participación y la promulgación de las Leyes de la Reforma–, en que tanto usuarios como funcionarios del sector, se percibirán como actores de un proceso en construcción, que abarca ámbitos más allá de los espacios locales de negociación de intereses entre gremios, trabajadores de la salud y líderes de la comunidad.

El gobierno de Ricardo Lagos (tercer gobierno de la Concertación), durante la gestión ministerial de Michelle Bachelet (primera mujer a cargo de esta secretaría de Estado), inició un proceso de consulta ciudadana (MINSAL, 2002) convocando a una diversidad de actores a mesas de diálogo que aportarían insumos y otorgarían legitimidad social a este proceso¹⁰; gremios de trabajadores de la salud, el Colegio Médico, el sector privado representado por la Asociación de ISAPRES (Instituciones de Salud Previsional), organizaciones de la sociedad civil (ONG y organizaciones de usuarios), sector académico, profesionales y técnicos del sector, así como sociedades científicas, constituirían algunos de sus actores relevantes.

De tal manera, fue posible identificar las prioridades planteadas por los usuarios y organizaciones de la sociedad civil: a la mayor parte de las personas el problema de salud que más les preocupa son las "enfermedades mentales", en especial las adicciones (drogas y alcohol), stress y depresión, el SIDA, la obesidad infantil y la salud dental. En el caso del medio ambiente preocupa especialmente la violencia infantil, familiar, urbana y la delincuencia. En tanto que en el medio físico destaca la contaminación ambiental, la basura, el impacto ambiental negativo (deforestación, construcción de carreteras, etc.) y la falta de áreas verdes en las grandes ciudades; todo ello asociado a una falta de cultura ambiental en las comunidades.

Con relación al sistema público, las personas perciben: falta de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros; gestión y administración deficiente de los recursos humanos; descoordinación en la red de atención; falta de flexibilidad para abordar la diversidad (diferencias regionales, urbano – rural); deficiencia en atención de urgencias; burocracia excesiva; migración de profesionales del sector público al privado y dificultades de acceso a especialistas.

La mala calidad de atención, por otra parte, genera quejas de un trato "poco humano" y despersonalizado (especialmente por parte de los médicos); siendo la condición socioeconómica, de discapacidad, origen étnico y enfermedad crónica, otros aspectos que provocan discriminación. Los largos tiempos de espera en la entrega de horas, no poseer la información para comprender el funcionamiento del

¹⁰ Según el mandatario, "la forma más segura de alcanzar la equidad en salud es evitando la enfermedad, poniendo al alcance de todos los conocimientos e instrumentos que permitan mantener sana a la población" (Discurso Presentación Plan Nacional de Promoción de la Salud 2001-2005. Santiago, noviembre, 2000).

sistema y el desconocimiento de sus deberes, provocan frustración en las personas. Los participantes valoraron positivamente las instancias de participación, pero consideraron que el rol de los representantes de la comunidad es secundario en relación a los funcionarios del sistema público de salud.

Avanzado este proceso de consulta, se visualizan serias dificultades para incorporar las propuestas ciudadanas. La estructura del proceso de reforma considera una participación "no vinculante" con la sociedad civil. Por otro lado, el estancamiento de las negociaciones con el sector privado, especialmente en lo que respecta a financiamiento y regulación de los procesos de provisión de servicios y protección financiera a los usuarios, y la resistencia a los cambios mostrada por los funcionarios del sector —en forma especial, la oposición del gremio médico—, coloca al Gobierno en la disyuntiva de avanzar en el proceso de implementación de la Reforma o mantener un proceso agotado de negociaciones.

Las demandas sociales por la disminución de brechas de equidad en el acceso, oportunidad y protección financiera en salud, y la necesidad de otorgar gobernabilidad al proceso de reforma, exigen un avance rápido en la promulgación de las Leyes de la Reforma, aún cuando se sacrifique la legitimidad social basada en acuerdos consensuados. El proceso de instalación de la Reforma, por consiguiente, se planifica desde el gobierno central con la actuación de un grupo de técnicos expertos y el proceso de discusión se traslada al ámbito legislativo. Sin embargo, su implementación involucra a tres actores fundamentales; los usuarios, los funcionarios y los directivos del sector¹¹.

Conceptualmente, la propuesta busca consolidar los esfuerzos ya iniciados para que el modelo biomédico, predominantemente centrado en el Hospital, transite a un modelo de salud familiar, con más énfasis en la promoción y prevención, mayor capacidad resolutoria en la atención ambulatoria e integral y mayores espacios para la participación de la comunidad. El nuevo modelo de atención busca llevar los servicios a la comunidad ampliando la actual oferta intramuros (CEDES y BID, 2004) y, consecuentemente, la incorporación de una diversidad de actores locales y nacionales, públicos y privados, en la construcción de un nuevo sistema de salud.

No obstante, en el discurso de la Reforma no siempre se logra visualizar por completo un modelo sanitario integral que otorgue coherencia a las propuestas y permita su mejor comprensión e involucramiento por parte de todos los actores interesados. Un reflejo de este vacío es la existencia de ciertas áreas menos desarrolladas, en contraposición con los aspectos administrativos y financieros que han sido el centro del debate. Tal como fue señalado anteriormente, el énfasis ha sido puesto en la satisfacción de las demandas de acceso, oportunidad y calidad de los servicios más que en la posibilidad de incidencia sobre la toma de decisiones en salud por parte de los usuarios.

En palabras de Varela y Alvarez-Uría: "vivimos en la era de los gestores" (1989: 10). Según los autores, "los 'managers' de las empresas privadas han exportado al orden público, a la vida política, el modelo gerencial de planificación de recursos y de resolución de conflicto". Cabría preguntarse si este nuevo rol para los directivos de salud contribuye a redefinir la relación con los usuarios en una condición de mayor horizontalidad y mayores oportunidades para la participación, o bien constituye una nueva forma para ejercer el dominio del saber técnico que ha caracterizado históricamente esta relación.

Hasta hace unas décadas, los proveedores de la escasa información necesaria para movilizarse y votar eran, fundamentalmente, los partidos, las elites políticas y las organizaciones secundarias. El acceso generalizado a la educación y a los medios de comunicación de masas, ha dado lugar a ciudadanos/as que exigen algo más que elegir por votación popular a sus representantes y que ansían convertir en obsoletas viejas prácticas sustentadas en el monopolio del saber de los técnicos y políticos.

La ampliación de los temas de debate público ha hecho diversificar las formas de acercamiento de los/as ciudadanos/as con las instituciones y la oferta pública. Hoy puede hablarse de "públicos temáticos"

¹¹ La Ley de Autoridad Sanitaria crea dos actores en el ámbito político y técnico: la autoridad sanitaria y el gestor de red, respectivamente, fundamenta una política de RRHH y define ámbitos de participación ciudadana.

(Font en Ziccardi, 2004), es decir, personas que actúan como el ciudadano informado y activo en algunos temas o ámbitos políticos (medio ambiente, salud mental, derechos sexuales y reproductivos, envejecimiento, infancia, etc.), y que pueden mostrar un comportamiento pasivo en otras áreas. Su información, actividad asociativa e incluso su comportamiento electoral, se organiza en torno a estas áreas de interés.

Sin embargo, las posibilidades reales de participación del ciudadano medio son limitadas. Estudios nacionales demuestran que un escaso porcentaje de la población afirma pertenecer a alguna organización social o comunitaria. Entre éstas, las más nombradas son las organizaciones religiosas, deportivas y vecinales. Las organizaciones vinculadas con temas de salud representan sólo al 4% de la población (MINSAL, 2000). Entre las razones para no participar, la población refiere falta de tiempo, interés o falta de credibilidad en las organizaciones. Frente a la no disponibilidad de tiempo, las expectativas respecto al resultado de su participación son altas. El tiempo libre para participar está distribuido muy desigualmente; la población económicamente activa destina más de 12 horas diarias para desempeñar su trabajo y trasladarse, desde y hacia su hogar, especialmente, en zonas urbanas más densamente pobladas. La lucha por la supervivencia de los sectores más carenciados, es un factor que incide desfavorablemente en la disposición y disponibilidad para participar en forma activa.

Una peor distribución muestra la posibilidad de acceso a la educación e información, especialmente en aquellos temas que han formado parte del monopolio del saber técnico y político. Un menor número de ciudadanos se encuentra en condiciones de participar informadamente y aún menos ciudadanos se sienten motivados o con interés de mantener una interlocución con los representantes del mundo político y técnico de las instituciones del Estado. Podemos encontrar personas que en su condición de desempleados poseen tiempo para participar, no obstante presentan carencias de información o de condiciones necesarias para implicarse en asuntos colectivos. De igual manera, podemos encontrar personas con alta motivación y sentimiento de eficacia por sus experiencias previas de asociación y, sin embargo, las responsabilidades laborales y económicas le impiden destinar tiempo a la participación.

La intensidad de la participación también es variable y dependerá de las motivaciones, posibilidades de satisfacer las expectativas, dispositivos y mecanismos de participación. Así, es posible encontrar grupos de personas muy activas, mientras otros presentan absoluta pasividad frente a las convocatorias del sector gubernamental. La desigualdad social y de experiencias de participación se traducen en desigualdades políticas; la participación está concentrada en sectores muy reducidos (extensión) que se perpetúan en cargos de representación y que, paulatinamente, en forma no poco frecuente, van perdiendo su legitimidad frente a sus representados.

Dos tendencias representan la situación actual de los ciudadanos dispuestos a participar: un nivel de información cada vez mayor y una amplitud y diversificación de los temas de debate público, en el contexto de una mayor complejidad de la vida política. La participación exige a los ciudadanos un manejo cada vez mayor de información y esfuerzo para incidir en la toma de decisiones de manera colectiva. Esto repercute fuertemente en la concentración de la capacidad de participación en reducidos sectores de la población y la consiguiente crisis de representatividad de los líderes comunitarios. Por consiguiente el resultado es la obtención de menor respaldo social en la adopción de decisiones que afectan a la población en general.

La solución o disminución de estos riesgos supone: desarrollar estrategias de apoyo a la asociatividad y densificación del tejido social; búsqueda de la participación del ciudadano no organizado, junto con mejorar la democracia representativa; potenciación de una cultura más participativa, tanto en los ciudadanos como entre los niveles políticos y técnicos, de los distintos sectores del aparato gubernamental a nivel central y local; acercar a los ciudadanos el conocimiento e información en salud. La progresiva autonomía y el fortalecimiento de la capacidad de gestión e interlocución con el Estado, por parte de las organizaciones sociales vinculadas a salud, pueden contribuir a establecer relaciones más democráticas, menos excluyentes y más equitativas.

3.3 El Proceso de Reconstrucción Democrática

La llamada "crisis de las democracias representativas", junto con la reforma del Estado, así como los nuevos desafíos en torno a la cuestión de la ciudadanía, la representación y la equidad, son elementos centrales de la discusión sobre la capacidad de los gobiernos post-dictadura para apoyar el proceso de "reconstrucción" democrática. Podría suponerse que la emergencia de la participación ciudadana y de las políticas sociales como consecuencia de las fallas en el funcionamiento del sistema democrático, constituyen una opción de cambio y mejoramiento del mismo.

Para muchos está claro que la democracia representativa más tradicional, paulatinamente reducida al voto, pone en cuestionamiento su legitimidad y capacidad para resolver los problemas de insatisfacción de la demanda y problemas sociales. Al respecto, se ha señalado que: "la representación, mecanismo indispensable en nuestras sociedades de masas, se ha convertido en una institución vacía de la voluntad de los representados, concretándose en una brecha cada vez más amplia entre el sistema político y la vida cotidiana, las necesidades y aspiraciones de los representados" (Caruso en Ziccardi, 2004).

Actualmente, es más factible ver a los representantes de los/as ciudadanos/as preocupados, en mayor medida, de la opinión pública que de responder a los "mandatos" de quienes los eligieron. Esta situación, otorga bajos niveles de credibilidad y legitimidad a las instancias de negociación y representación política; los/as ciudadanos/as no reconocen la gestión pública como un espacio para el ejercicio democrático. Junto a ello, la pérdida de la costumbre de deliberar y debatir sobre los asuntos públicos, y las dificultades del sistema democrático para dar respuesta a los problemas sociales urgentes y emergentes como la pobreza, exclusión, violencia, deterioro ambiental, narcotráfico, inseguridad ciudadana, problemas de salud de mayor complejidad asociados al envejecimiento, entre otros, se ha traducido en una pérdida de confianza generalizada de la población respecto a las instituciones políticas.

El proceso de democratización social y político actual ha buscado nuevos mecanismos para la participación de los/as ciudadanos/as, a través de nuevas formas de relación entre el Estado y personas, grupos o instituciones. Se habla de Participación Ciudadana, revalorización de la sociedad civil, ejercicio de una Ciudadanía Activa, intervención de la ciudadanía en algunas esferas de lo público y de la gestión de Gobierno. Estas conceptualizaciones, sin embargo, constituyen abstracciones del mundo social y su capacidad de interlocución con el mundo público. Se corre el riesgo de dotar a la sociedad civil (lo no gubernamental) de una homogeneidad más ficticia que real, generándose esferas de conflicto entre diferentes actores sociales, con los equipos técnicos y los decisores políticos.

No todas las decisiones políticas y acciones gubernamentales satisfacen las necesidades y expectativas de los diferentes actores sociales ya que los fines y racionalidades de las personas, grupos, organizaciones, pueden ser diferentes. La actual complejidad de la demanda del mundo social exige mayor diversificación de la oferta gubernamental y, por lo tanto, crecientes cuotas de flexibilidad y creatividad en la forma de gestionar las políticas sociales; en particular las de salud. Se evidencia, cada vez más, una contradicción latente entre la territorialización del análisis y las intervenciones con la organización tradicional sectorial de la política y de los programas ministeriales. Esta contradicción adquiere una particular dimensión en el contexto de la Reforma de Salud, dada la estructuración del proceso desde los aparatos centrales, liderado por grupos reducidos de expertos técnicos con el aval político de las máximas autoridades.

En este sentido, factores de sustentabilidad del proceso de democratización de la Reforma de la Salud son: la resolución de los problemas de coordinación, entre los niveles locales territoriales y los niveles decisorios de carácter sectorial nacional; la revisión de la incidencia de la ciudadanía en los procesos decisorios, la gestión y la calidad de las políticas de salud, y su eficacia como factor de democratización de las relaciones entre las autoridades del sector y los/as ciudadanos/as. Esto depende de las alianzas estratégicas generadas y de las voluntades políticas del gobierno central y local.

La descentralización parece ser una condición o al menos un factor de peso en la eficacia democratizadora de la Participación Ciudadana, en la medida en que genera espacios de mayor proximidad,

pertenencia e identidad. En este sentido, uno de los aspectos a considerar en la relación entre ciudadanos/as y políticas sociales provenientes del Estado, es el riesgo permanente de la instrumentalización de la participación social. Esta reproduce no sólo la relación clientelar sino también la desarticulación de las redes sociales e institucionales, estableciéndose relaciones de tipo lineal y excluyentes a la vez que asociadas a intereses individuales y coyunturales; es decir, lejos de contribuir a la democratización de la gestión pública de salud, genera relaciones de complementariedad y de sumisión/dominación entre técnicos y ciudadanos/as.

Tanto las políticas sociales como la Participación Ciudadana son variables de gobernabilidad democrática asociadas en la práctica, a la voluntad política, a la calidad y claridad de la ciudadanía participante. Es necesario construir una nueva cultura política y fomentar cambios concretos que deriven de su ejercicio, a la vez que contar con líderes que posean perfiles diferentes a los tradicionales; esto exige la formación, información permanente y densificación del tejido social.

Sin embargo, la democracia no sólo requiere del desarrollo de condiciones institucionales, del respeto a los principios de libre elección y elegibilidad, de la consolidación de libertad de pensamiento, expresión, reunión y asociación, sino que además precisa que ciertas condiciones de vida y oportunidades de la población estén garantizadas en un nivel satisfactorio, pues son imprescindibles para el ejercicio de la Ciudadanía Activa (Caruso en Ziccardi, 2004: 382).

3.4 Los Dispositivos de Participación

Tal como se fue señalado, la participación ha estado presente en el discurso oficial del sector salud adquiriendo, durante los gobiernos concertacionistas, distintas modalidades y utilizando para su desarrollo diversos mecanismos o dispositivos. Cabría preguntarse si se ha avanzado hacia expresiones de participación real y protagonismo ciudadano en las decisiones políticas en salud.

Una primera aproximación al concepto de ciudadanía es aquella que se relaciona con otorgar exigibilidad a los derechos sociales y un rol significativo en la atención de situaciones de exclusión, discriminación y desigualdad. Ambas aproximaciones forman parte de la agenda referida a la problemática social actual y la democratización social y política. La Reforma de la Salud ha incorporado estos conceptos en su marco valórico y en los principios sobre los cuales se sustenta¹².

Hablar de Participación Ciudadana se refiere a aquella que genera: intervención individual o colectiva en algún nivel de lo público; gestión de gobierno; interlocución con el aparato público. Supone el establecimiento de relaciones de personas, grupos e instituciones con el Estado, y depende de la voluntad política de los gobiernos; especialmente de los gobiernos locales que tienen mayor proximidad con la ciudadanía¹³.

El análisis de la oferta pública participativa, que sirve de marco a la aplicación del "Instructivo Presidencial de Participación Ciudadana"¹⁴, concluye en una tipología construida por los diseñadores de políticas de participación del conjunto de sectores de la política pública, incluido el sector salud. Esta tipología ubica las estrategias y programas participativos en cuatro ejes: a) las consultivas, que establecen una relación con los/as ciudadanos/as para fines de consulta; b) aquellas que facilitan el acceso de los/as ciudadanos/as a la oferta pública; c) las gestionarias, referidas a programas que apoyan la gestión de las organizaciones de la sociedad civil (co-gestión/autogestión); d) aquellas que favorecen la habilitación social y empoderamiento.

¹² Ley de Autoridad Sanitaria.

¹³ Existirán lógicas y finalidades diferentes según se trate: de una relación clientelar tradicional, en la que la demanda es el motivo principal de la relación aunque ésta sea organizada; de una relación surgida por reivindicarse o presión de un movimiento social de carácter corporativo; de una relación que se basa en una intervención autónoma con finalidades claramente definidas, orientada hacia la transformación de la estructura de poder, con interlocución sistemática, propuesta e incidencia en los niveles decisionales.

¹⁴ El Presidente Ricardo Lagos, al inicio de su mandato, redactó un Instructivo de Participación ciudadana con el cual adquirieron compromisos los servicios e instituciones públicas dependientes de los Ministerios y Subsecretarías a través de metas para el año 2006. En el sector salud, éstas incluía: instancias de participación social; cuentas públicas; Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias; participación de organizaciones sociales en planes comunales de promoción de salud; conformación de Comités Intersectoriales de Promoción de la Salud (VIDA CHILE) y un proceso de reforma sectorial lo más participativo posible (SEGEOB, 2000)

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 apoyar la toma de decisiones, apoyar el fortalecimiento de la capacidad de gestión o cogestión de la comunidad, y la promoción de instancias de participación formal (Consejos de Usuarios) con alguna incidencia en la toma de decisiones. Sin embargo, el grueso de las expresiones de participación se vinculan con la necesidad de acceder a la oferta de servicios o prestaciones de salud ya sea como cogestión de soluciones diseñadas por los técnicos, o como beneficiarios de programas diseñados por el nivel central e implementados con relativa adecuación en los niveles locales. La participación directa en la toma de decisiones es aún incipiente y está en situación de dependencia respecto a la voluntad política de los gestores y operadores del sistema.

En el ámbito del diseño de políticas, la Ley de Autoridad Sanitaria consagra la creación de instancias de carácter asesor y consultivo (Consejos Consultivos) en las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, instancias que tienen como antecesoras otras similares de muy escaso desarrollo en la década anterior y que, por falta de claridad en sus objetivos, fueron más bien nominales que reales. En la actualidad aún no se cuenta con mecanismos claros para su conformación ni funcionamiento, lo que puede estar asociado a la escasa experiencia de participación acumulada en este nivel decisorio. Constituye, sin embargo, una oportunidad de incorporación de la sociedad civil en el diseño de políticas públicas "saludables" y la posibilidad de influir en las decisiones sobre inversión y estrategias de desarrollo regional.

Así también, la creación de los Consejos de Integración de la Red Asistencial, instancias de carácter resolutivo para apoyar la gestión de redes asistenciales¹⁵ podrían convertirse, si existe la decisión de incorporar a representantes de los usuarios, en una instancia de gran potencialidad para la toma de decisiones no sólo en la priorización de los problemas de salud sino también de la inversión en salud. Sin embargo, quedan restringidas sólo a estamentos técnicos luego de la discusión parlamentaria en torno al marco legislativo de la Reforma.

En el ámbito de la gestión de salud local se ha favorecido la implementación de estrategias de visibilización y reconocimiento de la capacidad instalada en la comunidad para la formalización de acuerdos de trabajo conjunto en diversos ámbitos del quehacer en salud. Si bien estas estrategias contribuyen a la generación de capital social, corren el riesgo de instalarse como una nueva forma de clientelismo o instrumentalización de la participación comunitaria. El nuevo modelo de atención considera la incorporación de las redes comunitarias a la red de salud, pero aún no se han fortalecido los vínculos necesarios ni reestablecido lazos de confianza que puedan generalizar esta práctica a nivel país. Así, tampoco se tiene suficiente claridad acerca de los mecanismos que permiten esta vinculación. El mayor factor de riesgo de instalación de esta forma de participación, es la dificultad de los equipos técnicos para reconocer el conocimiento y saber de la comunidad.

Un mayor potencial de participación se reconoce en aquellas instancias o mecanismos de participación en temas de gestión. Los Consejos Consultivos de Usuarios/as (o Consejos de Desarrollo) se encuentran funcionando en el 75% de los establecimientos de la red pública de salud con participación de representantes de organizaciones comunitarias, agrupaciones de usuarios/as, grupos de voluntariado y representantes de los funcionarios de salud. Dentro de sus objetivos principales se ha definido el aportar a la definición de estrategias de desarrollo institucional, evaluar la gestión y calidad de los servicios, además de ser espacios de intercambio de información. Estas instancias muestran diversidad de grados de desarrollo y operacionalizaciones de la participación. Un número significativo se ha limitado a la entrega de información, desde los directivos del establecimiento hacia los representantes de la comunidad, más que hacia una participación real y efectiva en el proceso de toma de decisiones.

¹⁵ La Ley de Autoridad Sanitaria crea los Consejos de Integración de la Red Asistencial, instancia decisora, coordinadora y conducida por el Gestor de Red (Director del Servicio de Salud) de un territorio en el cual participan los directivos de los establecimientos de salud (hospitales, centros de referencia y establecimientos de Atención Primaria), para colaborar en forma articulada e integrada en la solución de los problemas de salud de la población. El Proyecto de Ley presentado en el parlamento contemplaba la incorporación de la ciudadanía (usuarios), sin embargo, por oposición de técnicos del propio sector y líderes políticos, se optó por definirla como una instancia técnica sin representación usuaria. Sólo el Servicio de Salud Talcahuano ha incorporado a la ciudadanía, siendo una experiencia actualmente en observación y evaluación.

Dado el carácter garantista de la Reforma —el ejercicio de derechos ciudadanos, la exigibilidad de las garantías otorgada por ley y la orientación hacia la mejoría de la calidad de los servicios— el dispositivo de participación que ha sido priorizado por los conductores de la Reforma son las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS), en funcionamiento en más del 80% de los establecimientos de salud. Consideradas canales de captura de las solicitudes ciudadanas, quejas y reclamos, las OIRS son, eventualmente, utilizadas como productoras de información cuyo análisis permite identificar áreas críticas y aportar a la implementación de planes de mejora de la calidad. Fundamentalmente, son un espacio de ejercicio ciudadano de carácter individual con escasa potencialidad e influencia directa en la toma de decisiones en salud y aún sin el sustento de un ejercicio colectivo de derechos en salud¹⁶.

Uno de los dispositivos de participación recientemente instalado es el ejercicio de rendición de cuentas en el 100% de los servicios de salud (entes descentralizados con tuición sobre una red de establecimientos de salud) y hospitales de la Red Asistencial. La observación de esta práctica, permite afirmar que, en la mayoría de los casos, se transforma en un hito comunicacional que genera un espacio de entrega de información a la ciudadanía sobre el balance de gestión. En menor medida, esta práctica muestra el desarrollo de un proceso de construcción colectiva que considera, tanto en el diseño como en su presentación, la participación de los ciudadanos. La consideración de este ejercicio de transparencia en la gestión, como un proceso de planificación, presupuestación y balance de gestión participativa, es aún incipiente y escasamente visualizado como instrumento de participación por parte de los directivos del sector; especialmente entre los directivos de hospitales. Sin embargo, aún cuando la inclinación hacia modelos de gestión participativa es desigual, entre los directivos del sector, muestra algunos indicios de cambios favorables para la instalación de nuevas estrategias de fortalecimiento de la Ciudadanía Activa en salud.

Como una estrategia esperanzadora, en el marco de la actual gestión gubernamental y en coherencia con la agenda pro-participación del Gobierno, se ha iniciado un proceso de instalación de los Presupuestos Participativos sectoriales —inédito en el país y en el aparato gubernamental— como una nueva forma de gestión con énfasis en la transparencia, deliberación y Participación Ciudadana, en la decisión sobre el uso de los recursos públicos. La iniciativa del pionero Servicio de Salud Talcahuano, (Región del Bío Bío) ha sido considerada, por las actuales autoridades ministeriales, como posible de ser replicada a lo largo del país e incorporada como meta ministerial, y como compromiso con la agenda gubernamental de Participación Ciudadana.

La potencialidad de esta experiencia —a la cual se han sumado otros servicios de salud de la Región del Bío Bío y, de manera aún incipiente, de la Región de Valparaíso y Los Lagos— abre una oportunidad para la democratización real del proceso de reforma sectorial. Constituye, por una parte, una oportunidad de trabajo y consolidación de los equipos técnicos y administrativos de los Servicios de Salud, ya que requiere de la incorporación activa del área de participación, comunicaciones, finanzas, área programática, a la vez que el liderazgo y conducción de la dirección del Servicio de Salud. En forma conjunta, fortalece una relación más horizontal con la ciudadanía y exige de ésta mayores capacidades de interlocución con el sector salud, y ampliación de su base social. Supone la existencia de una plataforma de participación social reconocida y legitimada, para asegurar la convocatoria amplia y diversa que supere la participación representativa, para instalar mecanismos de participación más democráticos, inclusivos y deliberativos. En todos los servicios de salud participantes en la experiencia, existen instancias formales de participación tales como: Consejos de Desarrollo, Comités Locales, Consejos de Participación a nivel de los Servicios de Salud, incorporación de los usuarios en instancias de carácter técnico como el CIRA u otras modalidades de trabajo conjunto con la comunidad usuaria.

Los presupuestos participativos son una forma más avanzada y democrática de toma de decisiones dada su mayor transparencia, aporte al desarrollo de capacidades en la comunidad y ciudadanía en general, así como en la instalación de modelos de gestión participativa al interior de los servicios de la red pública de

¹⁶ La Ley de Derechos y Deberes de las Personas en Salud es la única de las Leyes de la Reforma que aún se encuentra en proceso de revisión en el parlamento. Hasta la fecha no se ha logrado acuerdo entre los distintos actores involucrados sobre modificaciones o indicaciones para su aprobación.

salud. Junto con el ejercicio de rendición de cuentas de carácter participativo forman parte de un continuo entre el balance de gestión, la generación de propuestas para la mejoría de la situación de salud y calidad de los servicios, y la toma de decisiones sobre la inversión en salud. Contribuyen a una mayor descentralización de la Reforma de Salud, apoyando la instalación de sus principales contenidos en la ciudadanía y el propio sector. Constituyen una oportunidad de articulación e integración del componente sectorial y municipal de salud. Por lo anterior, requieren de una planificación de mediano alcance, la utilización de metodologías sociales adecuadas, estrategias que posibiliten el desarrollo y consolidación del proceso, y un permanente análisis del avance y resultados intermedios. Requieren también de pertinencia cultural, una permanente inclusión de todos los actores involucrados, alianzas estratégicas entre actores relevantes, procesos de negociación permanente, y apoyo de estrategias de comunicación social. Con todo, éste es un proceso en construcción y no es posible aún identificar y medir sus logros e impactos sobre la salud pública.

En general, los dispositivos de participación tienden a reproducir la relación clientelar o la relación funcional con el discurso oficial. Un salto cualitativo en este sentido requiere no sólo de capacidades de interlocución y negociación de los actores sociales, sino también resolver las emergencias y necesidades existentes como el mejoramiento y reformulación de los mecanismos de redistribución. Es necesario prever de qué forma es posible evitar la reproducción de patrones asistencialistas en un contexto de focalización de las políticas compensatorias y la consiguiente estigmatización de los sectores más vulnerables.

Conclusiones

El sector salud presenta relativa incapacidad para procesar las demandas de la ciudadanía. Los mecanismos de democracia representativa para la toma de decisiones colectivas no funcionan adecuadamente, ya sea por una excesiva burocratización o porque no existe un claro reclamo de la ciudadanía por participar.

Dado que para participar se requiere capacidad de organización, difícilmente los sectores más excluidos tendrán posibilidades de incidir en la definición de las políticas que los afectan. Por lo tanto, es importante la generación de redes asociativas y estrategias de alianza entre sectores carenciados, y otros actores sociales con mayor capacidad de interlocución permanente y sistemática. Los gobiernos locales tienen el desafío, frente a la escasa descentralización política, de generar espacios de intermediación o acercamiento con el gobierno central, tan alejado de los/as ciudadanos/as como en muchos casos de los propios entes descentralizados.

El escaso involucramiento de la sociedad en su conjunto en la profundización de la democracia y demandas de participación, se traduce en una oferta limitada de Participación Ciudadana. Desde la ciudadanía existe déficit en la organización de la demanda y desde el sector político existe una escasa valoración por la participación. Lo anterior se suma a la escasa diferenciación establecida entre participación política y Participación Ciudadana.

La demanda sigue siendo organizada por los representantes y los gobiernos locales crean formas de participación para legitimar las decisiones gubernamentales previamente tomadas. Tanto dirigentes como representantes, muestran escasa capacitación para una participación democrática. A su vez, funcionarios, técnicos, administrativos, profesionales, directivos, no siempre están de acuerdo en la necesidad de contar con formas e instrumentos de participación para un correcto ejercicio ciudadano.

La Reforma de la Salud ha provocado cambios sustantivos en la organización y diferenciación de funciones, ha generado mecanismos para asegurar garantías de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera en salud, y ha desarrollado estrategias que apoyan el involucramiento de los ciudadanos en el control y mantención de la salud.

Sin embargo, estos procesos no necesariamente han generado cambios culturales profundos que permitan avanzar hacia la toma de decisiones y participación efectiva en priorización de problemas de salud,

criterios de focalización, localización e inversión en salud. La democratización de las relaciones sociales, descentralización política, transparencia en la gestión pública y revalorización de los espacios, canales e instrumentos de participación, son temas aún pendientes. Se requiere contar no sólo con la voluntad política de quienes toman las decisiones y son representantes, para la generación de mecanismos apropiados para la incorporación efectiva de la ciudadanía. En los procesos de construcción y producción social de la salud, se requiere también la identificación de condiciones esenciales para el "desbloqueo epistemológico" de las disciplinas de la salud.

Bibliografía

- Bertoni, N. et al. *Salud y Municipio: Aporte desde la Investigación*. CORSAPS, Santiago, 1993.
- Caruso L., A. Instrumentos de participación y políticas sociales. En Ziccardi, A. *Participación Ciudadana y Políticas Sociales en el Ámbito Local*. INDESOL, México D.F., 2004.
- CEDES y BID. *Las Reformas en el Sector Salud en la Argentina y Chile. Oportunidades y obstáculos para la promoción de la salud sexual y reproductiva*. Buenos Aires, 2004.
- Donoso V., N. *Municipalización de la Salud: Oportunidad para la Incorporación de la Perspectiva de Género: la experiencia chilena*. Experiencias Municipales en Salud y Género. Quito, diciembre 1995.
- Donoso V., N. *La Promoción de la Salud en el Marco de la Reforma*. Democracia y Políticas sociales, Desafíos Pendientes. Cuadernos de Prácticas Sociales, Magister en Políticas Sociales y Gestión Local. ARCIS Ediciones, Santiago, 2002.
- Font, J. Participación ciudadana y decisiones públicas: conceptos, experiencias y metodologías. En Ziccardi, A. *Participación Ciudadana y Políticas Sociales en el Ámbito Local*. INDESOL, México D.F., 2004.
- Foucault, M. *Vigilar y Castigar*. Editorial Siglo XXI, México, 1976.
- Giarmati, G. "Salud y Enfermedad: hacia un paradigma biopsicosocial". *Revista Médica*. Santiago, Vol. 43, N°4, diciembre 1991.
- Illanes, M. A. *En Nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia*. Historia de la Salud Pública, Chile 1880/1973. Colectivo de Atención Primaria. Santiago, 1993.
- Kickbusch, I. *La Tercera Revolución de la Salud Pública: Perspectivas de la Promoción de la Salud en el Siglo XXI*. Diplomado en Promoción de la Salud, Universidad de Chile, INTA. Santiago, 2002.
- Martinic, S. et al. *Reforma en Educación y Salud en América Latina y El Caribe*. CIDE, Santiago, 1999.
- Martinic, S. *Conflictos y Cambios en las Reformas Sociales en América Latina. En Democracia y políticas sociales; desafíos pendientes*. Cuadernos de prácticas sociales Universidad ARCIS. Magister de Políticas Sociales y gestión Local. ARCIS ediciones, Santiago, 2002.
- MINSAL. *De Consultorio a Centro de Salud, Marco Conceptual*. MINSAL, Santiago, 1993.
- MINSAL (a). *Políticas de Salud y Organismos No Gubernamentales en Chile*. Balance de Gestión 1990-1993. Santiago, 1994.
- MINSAL (b). *Trabajo Comunitario en Salud*. Guía Técnico Metodológica. Santiago, 1994.
- MINSAL (a). *Participación Social en el Sistema Público de Salud*. Santiago, 1995.
- MINSAL (b). *Acercar la Salud a la Gente*. Selección de discursos del ministro de salud Carlos Massad. Santiago, 1995.
- MINSAL. *Conferencias I Congreso Chileno de Promoción de la Salud*. Santiago, 1999.
- MINSAL. *Primera Encuesta de Calidad de Vida*. Santiago, 2000.
- MINSAL. *Ley de Acceso Universal a Garantías Explícitas (Ley AUGE)*. Publicada en el diario oficial el 3 de septiembre de 2003.
- MINSAL. *Sistematización Consulta ciudadana para la Reforma de Salud*. Santiago, 2002.
- MINSAL. *Ley de Autoridad Sanitaria 19.937*. Publicada en el diario oficial el 24 de febrero de 2004.
- MINSAL. *Estrechando Vínculos con la Ciudadanía*. Unidad de Participación Social. Santiago, 2004.
- OPS/OMS. *Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, Métodos, Experiencias*. OPS/OMS, Washington, 1990.
- Oyarzo, C. *Evaluación del Proceso de Reforma del Sector Público de Salud Chileno: Una experiencia de 20 años*. PIAS, 1998. Resultado de Investigación presentado al Seminario de Reforma de la Política Social en América Latina, Washington D.C., 11-12 de mayo de 1999.
- SEGEBOB. *Instructivo Presidencial sobre Participación Ciudadana*. Santiago, diciembre, 2000.

Varela, J. y Alvarez-Uría, F. *Sujetos Frágiles. Ensayos de sociología de la desviación*. Fondo de Cultura Económica, Madrid, 1989.

Szasz, T. *La Teología de la Medicina*. Ed. Tusquets, Barcelona, 1981.

LA AGENDA SOCIAL Y LA GESTIÓN PARTICIPATIVA DE LA SALUD

Margarita Fernández
Gonzalo Delamaza

A juicio de los autores, en el país está emergiendo una nueva agenda social y política relacionada con la democracia, la equidad y la ciudadanía. ésta podría marcar un punto de inflexión en la institucionalidad pública, entendiendo por ella las reglas, normas y recursos que rigen a la sociedad (Ayala, 1999). Plasmar esta agenda en legislación y en políticas públicas resulta complejo ya que compromete la función de Estado, lo que supone sustentar los cambios en un gran acuerdo social y político en el país.

El sector salud cuenta con terreno avanzado en parte de estas materias y puede aportar sustantivamente a su concreción. Por una parte, la instalación del sistema de Atención Universal de Garantías Explícitas (AUGE) y, por otra, la emergente agenda actual de salud pública, que amplía los campos del trabajo por la equidad a los determinantes sociales y ambientales de la condición de salud de las personas y fortalece los espacios de Participación Ciudadana en la gestión, hacen del sector un buen referente para extraer lecciones que contribuyan a los nuevos desafíos que nuestra sociedad debe abordar. Ello a condición de que asuma en plenitud la implementación de su propia agenda, recupere sus propios aprendizajes y los transfiera a otros sectores, ejerciendo un cierto liderazgo en la agenda pública. En este sentido, en el texto que presentamos, se analizan la agenda social gubernamental y la deseada, pero también cuestionada política de Participación Ciudadana, en una lectura que la vincula con los principales aportes y desafíos que el sector salud puede hacer a su construcción e implementación.

1. La Agenda Social y el Fortalecimiento de la Ciudadanía: Una Agenda Compleja

Entre las propuestas del actual Gobierno, cuatro aspectos fundamentales relacionados con el desarrollo de la ciudadanía y la democracia han estado en debate y construcción. Estos se refieren a: el perfeccionamiento del sistema democrático; avanzar en la descentralización; desarrollar un sistema de protección social que garantice derechos sociales mínimos a la población; avanzar en la generación de mecanismos institucionales para la Participación Ciudadana y el fortalecimiento de la sociedad civil.

Esta agenda coloca en el centro temas pendientes para profundizar la democracia, acortar las brechas de las inequidades sociales, fortalecer la cohesión social del país, así como abrir nuevos espacios y mecanismos de participación de la ciudadanía en las políticas públicas. A pesar de abordar temas claves para nuestra sociedad, su instalación es de alta complejidad; particularmente, para un gobierno de corto plazo que necesita construir acuerdos y consensos políticos, legislativos, institucionales y sociales, para impulsar su avance.

Por una parte, las propuestas de fortalecimiento de la democracia han sido variadas y diversas pero no parecen estar afianzadas en los acuerdos políticos, al menos, en la amplitud en que éstas han sido introducidas en el debate gubernamental y en la iniciativa legislativa¹⁷. Además, establecen un conjunto de mecanismos para dar una mayor transparencia a la gestión del Estado y de los municipios, y para el perfeccionamiento del sistema político representativo. Ello incluye: potenciales reformas al sistema electoral binominal y su cambio por un sistema proporcional; generar mecanismos para la realización de revocatorias, referéndum y plebiscito; establecer la inscripción automática y el voto voluntario, promoviendo una mayor participación juvenil en las elecciones; otorgar derecho a voto a los chilenos en el exterior; derogar prohibiciones constitucionales que afectan la viabilidad de potenciales candidaturas de dirigentes sindicales en el parlamento. También explicitan la necesidad de avanzar en mecanismos legales que permitan que las

¹⁷ Alrededor de 90 Proyectos de Ley que abordan estas materias han ingresado a tramitación en el Parlamento entre marzo del 2006 y enero del 2007 pero sus contenidos no han logrado constituirse en una agenda socialmente visible, priorizada y consensuada por el propio Gobierno, y por los partidos de la Concertación para la Democracia.

comunidades y ciudadanos puedan desarrollar iniciativas respecto de proyectos legales (iniciativa popular de ley). Varias de estas iniciativas requieren modificaciones constitucionales, por lo cual se necesita un debate público más amplio, una priorización sobre las medidas propuestas y una gestión gubernamental muy activa para concitar acuerdos sustantivos sobre la democracia.

En cuanto a la descentralización, la agenda —que también se expresa en diversos proyectos legales hoy en tramitación¹⁸ busca impulsar la transformación de las autoridades regionales y las administraciones locales en gobiernos reales que cuenten con mayores recursos, competencias, atribuciones y espacios más democráticos de representación. En torno a ello también están siendo diseñadas diversas iniciativas de políticas, tanto desde el campo de la gestión como del ámbito político-legislativo. La Subsecretaría de Desarrollo Regional, por ejemplo, está elaborando lineamientos relacionados con: la necesidad de certificar los avances y competencias de los gobiernos regionales para el otorgamiento de mayores facultades y autonomía a la institucionalidad subnacional¹⁹; una tercera reforma de las administraciones municipales y el fortalecimiento de la articulación intersectorial, y de los sectores con los gobiernos regionales, para impulsar el desarrollo de la gestión territorial; una mayor pertinencia de las políticas de los servicios públicos. Se incluye también en el debate, la introducción de mecanismos de elección directa de los Consejos Regionales (CORES)

Otros dos ámbitos de la agenda, están relacionados con la promoción de una mayor equidad, inclusión y cohesión social en el país, y con el fortalecimiento de la sociedad civil y la Participación Ciudadana en la gestión pública. Sobre el primer campo existe un consenso explícito en el Gobierno, el que ha puesto en movimiento la formulación de una agenda específica que reformula orientaciones, programas sociales y prepara la institucionalidad para su concreción y avance. Esta cuenta con plazos políticos relativamente cortos para su instalación y supone complejidades de gestión que consumirán parte importante de las energías de los próximos tres años. El segundo campo, el de la Participación Ciudadana, si bien se instala con mas fuerza en la agenda de este Gobierno, ha sido un tema más complejo dadas las tensiones que introduce en los partidos políticos la creación de mecanismos de democracia semi-directa, las propias dificultades de la sociedad civil y la restrictiva iniciativa político-institucional desplegada hasta hoy en el marco de las políticas públicas.

Es en los dos últimos campos de acción donde la experiencia del sector salud puede realizar importantes aportes: por una parte, las orientaciones de la Reforma de Salud para avanzar en la equidad de acceso a servicios, su diseño basado en derechos sociales jurídicamente exigibles y el camino recorrido en su implementación, dejan lecciones recuperables para hacer avanzar el sistema de protección social en su conjunto; por otra, las innovaciones en Participación Ciudadana que están siendo impulsadas y la fijación de metas de gestión en esta materia, hace de este sector un campo observable en sus procesos y logros.

No estamos aquí frente a un programa social de innovación, como los ejecutados a lo largo de la década del '90²⁰, sino de un sector tradicional, de un “núcleo duro” que está transformando su institucionalidad. Por lo mismo, su avance en derechos sociales y los modelos de Participación Ciudadana²¹, que este aplique, puede contribuir tanto al diseño de otros programas sociales como a que ésta última salga del círculo periférico de la gestión de Estado. De ahí que se otorgue especial importancia en este texto a los avances y desafíos de la institucionalidad de salud —en vínculo con la agenda general de protección social y de Participación Ciudadana en políticas públicas—, apuntando a los aportes específicos que éste puede realizar y a fortalecer el rol del sector en el diálogo intersectorial.

¹⁸ Disponibles en : <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>

¹⁹ El Proyecto BID CH-L 1018, de la Subsecretaría de Desarrollo Regional con el Banco Interamericano de Desarrollo, define un conjunto de recursos y lineamientos generales para la descentralización en los próximos 8 años.

²⁰ Más de 56 programas sociales innovadores apoyados por fondos específicos que se implementaron desde diversos ministerios en la década pasada y que consideraban la participación social como uno de sus componentes.

²¹ Diferenciada conceptualmente de la participación social por su incidencia en las decisiones de políticas.

1.1 Fortalecimiento de la Ciudadanía Social

Abordar las políticas sociales públicas bajo la orientación de proteger socialmente a las mayorías e impactar más efectivamente en las brechas de equidad de nuestra sociedad, supone una transformación de las reglas, normas y recursos de grandes instituciones del área social. Este desafío, ha comprometido al gobierno de Michelle Bachelet y a diversos estamentos políticos, académicos y sociales en una reflexión que está introduciendo nuevos aires al proceso de reforma del Estado, apuntando a una reforma de política –ya iniciada con Ricardo Lagos– que modifica la orientación de las anteriores reformas de mercado y de modernización gerencial. Ello es congruente con la búsqueda de nuevos paradigmas sobre el modelo de desarrollo, la equidad y estabilidad social, luego de desvanecerse el entusiasmo por el Consenso de Washington en América Latina (BID, 2005).

La emergente agenda social define como finalidad de las políticas sociales del Estado, su contribución al mejoramiento de la calidad de vida de la población, lo que se plasmaría en un conjunto de garantías y derechos sociales que posibiliten el desarrollo de las capacidades de las personas a lo largo de todo su ciclo vital. Para ello se contempla el uso de mecanismos regulatorios, el mejoramiento de la calidad de los servicios directos que presta el Estado, así como diversas acciones programáticas ejecutadas bajo formas de cooperación público-privada y de articulación intersectorial.

La agenda se hace cargo globalmente del debate sobre la sociedad del riesgo (Beck, 1998) y la necesaria creación de sistemas de protección social (Holzmann y Jorgensen, 2006). En la sociedad del riesgo –marcada por la internacionalización de los mercados y sus efectos en el mercado del trabajo– los cambios tecnológicos, la transformación en los factores de movilidad social y en los modos de acción política, los individuos son afectados de manera específica en diversas fases de la vida y abordan sus impactos ya no en forma colectiva, sino individual, y con profundos sentimiento de desprotección e inseguridad. Las diferentes dinámicas de los mercados tienen incidencia en el aumento o disminución del empleo, en su calidad, y en tasas duras de desempleo estructural; lo que afecta a los ingresos, la capacidad de las personas de sostener y mejorar sus condiciones de vida, y su acceso a servicios de educación, vivienda y salud de calidad. Ello contribuye a configurar nuevas y fluctuantes situaciones de pobreza, y una desigualdad persistente e individualizada en la sociedad. Frente a estos problemas, los Estados de países emergentes, particularmente los latinoamericanos, cuentan con regulaciones débiles, políticas sociales subsidiarias focalizadas en los más pobres y sin garantías sociales mínimas para la población; aspectos que, por consecuencia, lesionan tanto el sentido de pertenencia como la cohesión social y la calidad de la democracia.

En este escenario, la emergente agenda social asume la necesidad de crear –como obligación del Estado– un sistema de protección social, que establezca un conjunto de garantías a lo largo del ciclo de vida de las personas, para enfrentar los riesgos en empleo, salud, educación, trabajo y previsión, y que generen condiciones de mayor igualdad y oportunidades de progreso para ellas mediante un enfoque de inversión social, sustentando esta política desde la base del derecho (Mideplan, 2006).

Aunque la formulación es incipiente y enfrenta numerosos desafíos, esta orientación se plasma en el actual Gobierno con la conformación del Área de Protección Social, área que debiera conducir a un sistema de protección integrado por los Ministerios de Educación, Vivienda, Salud, Trabajo, Cultura y del Servicio Nacional de la Mujer bajo la coordinación del Ministerio de Planificación. Si bien este enfoque sobre el rol del Estado y de derechos encuentra antecedentes en el sistema de protección del Programa Chile Solidario destinado a los más pobres, el seguro de desempleo y también en el hoy cuestionado rediseño del sistema de transporte público –cambios introducidos bajo la administración Lagos– es la Reforma de Salud la que marca un importante punto de inflexión en la agenda social, tanto política, como institucionalmente.

Desde el punto de vista de las condiciones iniciales, efectivamente, parte de esta agenda está avanzada en salud; está buscando plasmarse en el área del trabajo con el proyecto de reforma previsional y la ley de subcontratación que buscan establecer derechos garantizados en pensiones mínimas, así como regulaciones que resguardan derechos laborales de los trabajadores que se desempeñan en empresas

subcontratadas; hay también avances en materia de educación con la consagración del derecho a la educación mínima de 12 años, aunque la calidad de los servicios está pendiente; y se proyectan actualmente de modo más nítido en el programa Chile Crece Contigo, orientado hacia la infancia en condiciones de vulnerabilidad social impulsado por la cartera de Planificación.

El desarrollo de una agenda de esta naturaleza muestra importantes grados de complejidad ya que conlleva desafíos políticos, sociales e institucionales. Su implementación supone desarrollar y consolidar, jurídicamente, reformas políticas y sociales de envergadura, definir políticamente la progresión de los derechos que la sociedad chilena está en condiciones de asumir, articular la agenda de diferentes instituciones sociales, abordar su gestión construyendo un rol de autoridad pública en materia social y operarla con mayores niveles de descentralización –desde un enfoque territorial y sistémico– que promuevan la integración intersectorial efectiva para atender los problemas sociales del desarrollo. En este marco, la proyección de crear los Gabinetes Sociales al interior de los gobiernos regionales, es uno de los caminos elegidos que puede tener notables proyecciones.

Efectivamente, definir derechos de ciudadanía social supone un acuerdo de la sociedad chilena en su conjunto, particularmente, cuando éstos requieren ser introducidos gradualmente y demandan ser jurídicamente exigibles. Igualmente, supone avanzar en la formación de recursos humanos –para nuevos modos de gerencia social e involucrar a instituciones de la sociedad civil, la ciudadanía y las comunidades para el apoyo a estas transformaciones.

El punto de inflexión que esta visión puede introducir en la gestión del Estado trasciende con creces un período de gobierno, lo que demanda necesariamente una suerte de pacto social que integre a los partidos políticos –particularmente de la Concertación–, pero también a diversos estamentos sociales.

A pesar de que han existido procesos de reflexión sobre estas materias en diversos espacios de intercambio entre expertos y gestores públicos, existe una relativa y débil voz pública de la ciudadanía; la cual no podría sino ser vista como aliada del Estado para hacer avanzar la agenda social de equidad y democracia. La necesaria Participación Ciudadana, en estos procesos, encuentra tensiones y escollos –relacionados con la legitimidad de su impulso– en la iniciativa política e institucional y en una ciudadanía en general fragmentada, con baja capacidad de representación, asociatividad y capacidad para actuar efectivamente en la construcción de amplios acuerdos sociales en el escenario nacional. Ello vuelve la mirada hacia los espacios subnacionales y hacia la agenda de participación en el ciclo de las políticas públicas en los espacios locales y territoriales.

1.2 La Agenda de Participación Ciudadana

La preocupación por el tema de la Participación Ciudadana en el ciclo de las políticas públicas se ha ido introduciendo en la agenda política en diversos momentos y con diferentes orientaciones. La administración actual la ha priorizado en la línea de definir mecanismos institucionales y profundizar algunas de las acciones que venían de antes. Pero al mismo tiempo la Participación Ciudadana es una demanda de la sociedad y un objeto de disputa política que sobrepasa las medidas gubernamentales, siendo un contexto que es necesario tener en cuenta pues determina la viabilidad de las propuestas y condiciona la acción política.

En primer término se debe señalar que el tema de la participación, como tal, fue un signo distintivo enfatizado por la presidenta Bachelet desde su campaña y que luego se ha reiterado como orientación de política²². Antes de que la iniciativa gubernamental se concretara, sin embargo, se produjo la masiva movilización de los estudiantes secundarios, como una forma de participación novedosa en varios sentidos y en absoluto prevista por los responsables políticos (tanto de dentro como de fuera del gobierno). Por primera vez, en el período post '90, la movilización directa involucró a cientos de miles de personas, obteniendo

²² En el discurso de Michelle Bachelet la noche de su victoria planteó que "La gente no quiere sólo derecho a voto, sino también derecho a voz. Quiere ser escuchada. Quiere forjar su propio destino. En mi gobierno daremos cauce a esas ganas de participar. Forjaremos una gran alianza entre políticas y sociedad. Entre representante y representados."

además un amplio apoyo en la sociedad y en forma transversal al arco político. Los contenidos de la movilización no tenían respuesta en el programa de Gobierno y aludían a aspectos no resueltos de la institucionalidad de la educación, que provenían de la reforma llevada a cabo durante la dictadura amparada en la Ley Orgánica Constitucional de Educación del 10 de marzo de 1990.

Frente a la crisis de la “revolución pingüina” el Gobierno conformó un Consejo Asesor para la Educación, conformado por cerca de 90 personas vinculadas a la casi totalidad de actores sociales e institucionales relevantes en materia educativa. La metodología de conformar consejos y comisiones con integrantes de la sociedad civil para abordar temas de política pública ha sido utilizada un sinnúmero de ocasiones en el pasado y el presente. Así, el gobierno de la presidenta Bachelet ha conformado la Comisión para Políticas de Infancia, la Comisión Previsional, el Consejo para la Innovación en la Competitividad, entre otras. Se trata en todos los casos de instancias no institucionalizadas, cuyas conclusiones no son vinculantes para el Gobierno y que se constituyen a través de la “participación por invitación”; es decir, dependiendo de la voluntad de la autoridad que las conforman. El Consejo Asesor de Educación mantuvo estas características pero su conformación fue mucho más amplia y diversa que los otros casos, al igual que su visibilidad mucho mayor que en el pasado²³.

La coyuntura en torno a la educación produjo un fuerte debate político sobre la Participación Ciudadana, sus características, conveniencia, alcances, entre otros. En este debate se enfrentaron las concepciones elitistas y participativas de la democracia, así como se hicieron visibles distintos juicios políticos sobre los avances realizados en la materia –durante los gobiernos de la concertación– y la validez de un “gobierno ciudadano”²⁴.

En el plano legal, el Gobierno tomó la iniciativa de presentar una indicación sustitutiva al Proyecto de Ley de Participación Ciudadana en Políticas Públicas, en discusión parlamentaria desde el gobierno pasado. Este proyecto formó parte de las iniciativas desplegadas durante el gobierno de Ricardo Lagos, tendientes al mismo objetivo, pero que fueron quedando debilitadas en su contenido y mecanismos por no contar con consensos políticos claros dentro de la coalición gobernante²⁵.

El Instructivo Presidencial de Participación Ciudadana impulsado por Lagos, a pesar de su carácter intersectorial y de estar inserto en la corriente principal de modernización de la gestión pública, no logró efectos significativos en cuanto a participación. Una evaluación de fines del 2004 indicaba que se habían comprometido más de un centenar de metas ministeriales, pero que sólo un 19% de ellas podían considerarse como “formas avanzadas” y vinculantes de la misma, mientras un 50% sólo preparaban condiciones para eventuales iniciativas de participación (Espinoza, 2004: 156-157).

El proyecto de ley siguió un interesante proceso de consulta con dirigentes y organizaciones sociales de todo el país, a partir del cual se le incorporaron diversos aspectos. Sin embargo, su contenido final fue producto de la negociación gubernamental con los representantes de los partidos políticos de la Concertación, quienes lo limitaron al nivel comunal, consultivo e informativo, y excluyeron lo relativo a la iniciativa popular de ley y otros mecanismos de democracia semi-directa²⁶. Por su parte la agencia estatal encargada de

²³ De hecho, ya había existido antes una Comisión de Educación, conocida como la Comisión Brunner, cuyas orientaciones han sido muy incidentes en el desarrollo de la política educacional chilena.

²⁴ Véase, por ejemplo: Arriagada, G. “El juego de los Bolos y el Gobierno Ciudadano” y Delamaza, G. “Los Ciudadanos, ¿podemos gobernarlos?” (en línea), N° 552 y 555, respectivamente (fecha de consulta: enero 2007). www.asuntospublicos.cl

²⁵ En efecto, desde la campaña presidencial de 1999, el presidente Lagos asumió como parte de su plataforma el impulso de la participación ciudadana. Un conjunto de dirigentes de ONG firmaron con él un compromiso en orden a impulsar esta agenda una vez en el gobierno. El diagnóstico que fundamentaba esta propuesta era el de la llamada “asignatura pendiente”, vale decir que la participación social era un aspecto que había ido “quedándose atrás” en el proceso de transición y que era necesario “reencantar” al electorado, abriendo nuevos espacios para la expresión y organización de la sociedad civil. Se convocó a un Consejo Ciudadano para el Fortalecimiento de la Sociedad Civil, formado por diversas “personalidades”, principalmente provenientes de ONG, organizaciones vecinales y fundaciones políticas. De ese trabajo inicial surgieron tres iniciativas que duraron hasta el fin del gobierno de Lagos: el instructivo Presidencial de Participación Ciudadana, que instruía a los diversos ministerios a establecer metas evaluables en la materia; el proyecto de Ley de Participación Ciudadana en Políticas Públicas que está actualmente en el parlamento y el Fondo de Apoyo a la Sociedad Civil, que provee financiamiento de pequeño monto y alcance para actividades de fortalecimiento de la actividad de diversas organizaciones sociales y ONG.

²⁶ El Proyecto de ley es la tercera iniciativa de institucionalización legal de la participación. La primera es la Ley de Bases del Medio Ambiente, de 1993, que regula la participación en el Sistema de Evaluación de Consumidor (2004), que favorece la creación de organizaciones de consumidores y permite las acciones “de clase” o colectivas, en defensa de los consumidores.

monitorear el tema, la División de Organizaciones Sociales, careció de continuidad en su conducción y no ha podido estructurarse institucionalmente de un modo acorde a su nuevo rol.

El gobierno de la presidenta Bachelet ha tratado de hacer avanzar esta agenda poniendo énfasis en la necesidad de modificar el vínculo entre la política y el ciudadano, así como introducir mecanismos claros y más democráticos de participación en la gestión pública. En el plano legal, ello se materializó en un veto sustitutivo al proyecto de ley de Participación Ciudadana que introduce la figura de los Consejos de Organizaciones de la Sociedad Civil para los ministerios, servicios públicos, gobiernos regionales y municipios (reemplazando a los CESCOS). Se trata de consejos de carácter consultivo, representativos de organizaciones y no de personas, pero de creación obligatoria (aunque gradual en el tiempo).

En el segundo semestre de 2006 se anunció la Agenda Pro Participación, a la cual se incorpora el Proyecto de Ley, se establecen compromisos de aumento presupuestario para el Fondo Mixto para la Sociedad Civil, se propone la creación de Portales Ciudadanos para colocar mayor cantidad de información pública a disposición de los/as ciudadanos/as, un programa de infraestructura para las organizaciones de la sociedad civil y el impulso de la ley contra las formas de discriminación. En su discurso para presentar la agenda, la presidenta Bachelet detalló, además, las tareas de reforma política que desea impulsar: cambio del sistema binominal, cambios a la ley de partidos políticos, favorecer la participación de las mujeres en política, iniciativa popular de ley, entre otras. A pesar de ello, ninguno de estos aspectos está recogido en el debate sobre la actual agenda, lo que indica la tensión existente entre la amplitud y profundidad de los proyectos de largo plazo y lo restrictivo de las iniciativas legales que se han logrado impulsar hasta el momento. En el terreno de las instituciones de Gobierno se observa una reactivación del papel de la División de Organizaciones Sociales y el compromiso de algunas reparticiones públicas con el impulso de la Participación Ciudadana, entre ellas: el Ministerio de Salud, el Ministerio de Vivienda, la Subsecretaría de Desarrollo Regional, el Ministerio de Planificación y algunos gobiernos regionales. No se ha estructurado, sin embargo, una instancia intersectorial. Tampoco la agenda tiene asociado un incremento presupuestario.

Las dificultades de la actual agenda de participación se encuentran —además de la ya referida falta de consenso político al interior de la Concertación y el Gobierno— en una institucionalidad inadecuada y poco preparada para procesar y convertir en procesos regulares este tipo de gestión política, y en la ausencia de instrumentos programáticos que permitan a los funcionarios públicos instrumentar las metas que se plantean. Su fortaleza principal proviene de la voluntad presidencial explícita en esta materia, pero también del compromiso explícito de las reparticiones públicas ya mencionadas, que muestran la voluntad de desarrollar una política que se haga cargo de su promoción y fortalecimiento. Sólo un enfoque intersectorial, con una proyección de mediano plazo e instrumentos de gestión claros, podrá hacer frente a los desafíos más amplios que la demanda por participación plantea.

2. La Agenda de Salud, la Ciudadanía y la Participación.

Un hito en la formulación de la agenda social emergente ha sido la Reforma de Salud, impulsada en el año 2000, que se encuentra en pleno proceso de implementación. Su diseño deja un conjunto de aprendizajes sobre el rol del Estado en materia social, la construcción de mayores grados de ciudadanía social, así como lecciones sobre los modos de gestión y los nudos críticos de su propia implementación.

En la implementación de la Reforma —más allá de sus complejidades de gestión y de la necesaria reconversión de la cultura de sus recursos humanos— el sector salud ha ido aportando elementos de gestión altamente innovadores y útiles a los desafíos de la agenda social actual, ya que se encuentra un paso adelante en relación a otras instituciones gubernamentales; toda vez que cuenta, por un lado, con bases institucionales de política y de operación que posibilitarían avanzar en otras áreas de su competencia para impulsar la agenda de inclusión y protección social —en y desde su campo de acción— y, por otra, asumir de modo más activo la transferencia de sus propios aprendizajes a los otros sectores, y ejercer un cierto nivel de liderazgo en su aplicación.

En efecto, la Reforma de Salud se define por la finalidad explícita de acortar las brechas de equidad integrando una noción de derechos sociales universales acotada al acceso y oportunidad de atención para las patologías más graves, caras y frecuentes que afectan a la población. Lo relevante es que consagra estos derechos jurídicamente de modo de hacerlos exigibles y los introduce gradualmente de modo de hacerlos financieramente sostenibles.

En poco más de cuatro años, el sector logró organizar y dar respuestas a la fase más crítica de instalación y operación del sistema de Atención Universal de Garantías Explícitas (AUGE), orientado a asumir las inequidades de acceso y oportunidad en la atención de las enfermedades integradas en él. Esta fase, prácticamente, ha finalizado y hoy se enfrenta el desafío de mejorar la calidad y consolidar lo avanzado en las 40 patologías ya integradas, a la vez que expandir el sistema a otras 40 enfermedades en los próximos tres años, lo que constituye un compromiso de gobierno. La situación actual permitiría extraer lecciones acerca de los aciertos y límites de los criterios utilizados para priorizar los derechos garantizados, la forma en que éstos han dialogado con las necesidades no cubiertas, el manejo de la exigibilidad jurídica y los mecanismos diseñados para la incorporación de nuevos derechos en la agenda del sector.

Para cumplir con las garantías explícitas, el sector reordenó su organización a nivel nacional y subnacional, adoptando un modelo que introduce niveles mayores de descentralización. Se articula y gestiona una red entre establecimientos de salud de distintos niveles liderada por los Servicios de Salud en los territorios, a modo de garantizar la coherencia de las acciones y el flujo de la atención en salud. Conformó también una Autoridad Sanitaria, para el país y las regiones, cuyo rol debiera ser elaborar y controlar la ejecución de los Planes de Salud Pública y las garantías sanitarias, además de una Superintendencia encargada de fiscalizar no sólo al sector privado sino también al sector público. Junto a ello, definió objetivos sanitarios –para una década de trabajo– que reordenan las acciones y programas en torno a metas evaluables que permiten modificar el rumbo de acción si éstas no son logradas. También se instruye la creación de múltiples canales para incrementar la participación pública y fortalecer una Ciudadanía Activa –incluyendo la creación de consejos consultivos en todos los niveles– entregando a las personas y comunidades diversas oportunidades para incidir en las decisiones, y ejercer un control social sobre la gestión institucional.

Los Objetivos Sanitarios definidos para la década 2000-2010, contemplan de modo central: mantener y mejorar los logros sanitarios alcanzados hasta hoy; disminuir las brechas de desigualdad en salud; enfrentar los desafíos del envejecimiento; satisfacer las expectativas y necesidades de salud de la población. Las metas identifican grupos prioritarios de intervención y definen líneas programáticas que han apuntado a:

i) El mejoramiento de los indicadores del estado de salud de la población. Las metas sanitarias contemplan la reducción de las tasas de mortalidad, las prevalencias de un conjunto de patologías y de los factores que las condicionan a nivel individual.

ii) En el ámbito de la salud pública: mejorar la capacidad resolutive de la Atención Primaria; fortalecer el rol de la Autoridad Sanitaria de Salud Pública en las 13 regiones del país; desarrollar los roles de dicha Autoridad a modo de potenciar un conjunto de acciones asociadas a la promoción y prevención de la salud, y a los determinantes sociales de la condición de salud de las personas; impulsar la gestión intersectorial de la salud fortaleciendo las redes de política pública.

iii) En el ámbito de la gestión de la Red Asistencial: fortalecer el funcionamiento de las redes asistenciales; mejorar la inversión en infraestructura, equipamiento y tecnología; promover una adecuada vinculación de la red con las autoridades sanitarias y con el Plan de Salud Pública en los territorios; fortalecer la implementación y los sistemas de vigilancia y control social del sistema de garantías explícitas; mejorar el trato, la calidad y humanización de la atención; fortalecer las competencias y capacidades de los recursos humanos para un nuevo tipo de gerencia social.

iv) Impulsar la Participación social y el desarrollo de la ciudadanía. En cada uno de los ámbitos señalados está planteado el objetivo de fortalecer la noción de derechos ciudadanos y los procesos democráticos de gestión, promoviendo las interacciones con la comunidad a modo de potenciar la Ciudadanía Activa y la incidencia de ésta en las decisiones, y en el control social de la gestión.

Si bien estos desafíos están siendo impulsados desde todos los niveles, los esfuerzos centrales han estado particularmente concentrados en el funcionamiento efectivo de las garantías explícitas, la dotación de tecnología e infraestructura al sector público y la gestión en red de los establecimientos de salud, encabezados por los 28 Servicios de Salud del país. En esta área hay importantes temas que requieren de la continuidad de dichos esfuerzos, entre ellos: hacer efectiva la incorporación de nuevos derechos garantizados en salud; humanizar la atención, a la vez que mejorar la calidad de los servicios y el trato con las personas; fortalecer los sistemas de vigilancia y control social en el funcionamiento del sistema de garantías explícitas; vincular la acción de la Red Asistencial a las prioridades y definiciones de las autoridades sanitarias regionales que aún están en conformación.

2.1 La Red Asistencial: Garantías, Deberes y Derechos de los Pacientes

La Red Asistencial juega un papel sustantivo en el sistema de protección social por su acción en: el cumplimiento de las garantías en salud integradas al AUGE; asegurar el flujo expedito de los usuarios al interior del sistema; mejorar la capacidad resolutoria de los establecimientos hospitalarios de diversas regiones; fortalecer las competencias y capacidades de los recursos humanos de los Servicios de Salud para la gerencia de la red y la implementación de los sistemas de vigilancia; y el control social del sistema de garantías explícitas. En todos estos aspectos se ha avanzado desde la implementación de la Reforma, ya que esta labor ha sido el principal eje de trabajo y financiamiento del Ministerio de Salud. Hoy, además, requiere dar cumplimiento a la meta presidencial de pasar a 80 patologías cubiertas por el AUGE al final del período Bachelet.

Sin embargo, uno de los desafíos pendientes está relacionado con la sanción y aplicación de normas explícitas de calidad, humanización de la atención, trato digno a los usuarios –que están pendientes en la Ley de Deberes y Derechos de los Pacientes–, que también fortalecen la ciudadanía. Se han venido formulando algunas políticas específicas, como las decretadas respecto de los horarios de visita en los recintos hospitalarios, pero se requiere hacer avanzar el trámite legislativo del proyecto señalado y resolver aspectos que ponen en tensión tanto la cultura del sector como la de los usuarios del sistema.

El avance en la ley de deberes y derechos de los pacientes supone dirimir diversos aspectos relacionados con la atención de salud que están en debate, entre ellos: el derecho a la información confidencial, suficiente, oportuna y adecuada sobre las patologías que afectan a las personas; el régimen de acceso a la ficha clínica y el consentimiento informado para el tratamiento que a ellas corresponde; regulación de los aspectos anteriores en el caso de los menores de edad, los pacientes discapacitados psíquicos y situaciones de urgencia. También esta ley integra el derecho a un trato digno, lo que supone –además de promover la identificación de los usuarios por su nombre– respetar la cultura, particularmente, de las etnias, garantizar el derecho a la asistencia espiritual y familiar, y establecer el consentimiento para la participación de las personas en investigaciones científicas o docencia médica. Un aspecto muy importante en este campo es el que se refiere a la situación de los estados terminales de salud y la voluntad manifestada previamente; donde se debaten los derechos de las personas, con enfermedades graves o incurables, a otorgar o denegar su autorización en forma voluntaria, libre e informada, para someterse a procedimientos o tratamientos que sólo tendrían como efecto retardar la muerte, lo que no implica el aceleramiento de este proceso.

Esta ley supone establecer mecanismos de operación y de procesamiento de reclamos, comités de ética capaces de dirimir situaciones de contradicciones, y abordar los riesgos de la judicialización.

La implementación de estos derechos supone trabajar en la cultura de los funcionarios y de los usuarios del sistema, tanto para el ejercicio de derechos como para el cumplimiento de deberes. Ello incluye un rol proactivo de las personas y ciudadanos por informarse e informar, en forma veraz y oportuna, de su situación al equipo de salud, cuidar las instalaciones y el equipamiento de los establecimientos, y desarrollar un trato respetuoso hacia el equipo de salud. Todos estos aspectos, formulados en proyectos de ley aún en construcción, generan potencialidades para desarrollar procesos participativos al interior de los establecimientos de salud.

Siendo estas tareas de gran importancia, la nueva agenda de protección social sitúa también en un plano de mayor relevancia el rol de la Autoridad Sanitaria, la que desde la planificación en Salud Pública debe abordar la prevención del daño y la incidencia de las inequidades en la salud de las personas, atendiendo a las brechas y a los determinantes sociales de la salud. Ello abre un campo de acción de un nuevo potencial y saludable impacto en la sociedad, y abre un tercer desafío a la Red Asistencial: el de su adecuada vinculación con las autoridades sanitarias y con la agenda de salud pública en los territorios.

Si los servicios de salud operan en jurisdicciones territoriales –concertando los planes comunales de salud aplicados en los establecimientos de Atención Primaria municipales– pueden jugar un rol relevante en los estudios y diagnósticos de los determinantes sociales y ambientales de la salud, desarrollar acciones de abogacía por la salud pertinentes a las necesidades de la población de los territorios, y contribuir a la concertación del intersector en el territorio de su jurisdicción.

2.2 La Inequidad y los Determinantes Sociales de la Salud: La Emergencia de un Nuevo Eje en la Agenda de Salud Pública.

La política de Salud Pública está comenzando a ser discutida en forma más amplia, desde la óptica de la construcción de políticas efectivas para los propósitos del desarrollo, el bienestar social, la calidad de vida de la población y la reducción de la pobreza (OPS/OMS et al, 2005). A pesar de que la definición de salud como la condición de completo bienestar de las personas y poblaciones²⁷ es un antiguo concepto, asumir esta óptica representa, actualmente, un cambio paradigmático en la gestión del sector.

Las orientaciones hoy parten del análisis de que el crecimiento económico y el desarrollo el país han sido mejor aprovechados por aquellos que cuentan con una mejor condición de ingresos, mayor educación y mejores condiciones de habitabilidad, y que ello redundará, por tanto, en mejores condiciones de salud y de atención oportuna (OPS/OMS et al, 2005).

Los progresos sanitarios en el país son indudablemente notables, ya que podemos exhibir tasas de mortalidad infantil y materna, y una esperanza de vida, más cercana a la de países desarrollados²⁸. Han disminuido también las patologías digestivas, infecciosas y respiratorias. Con ello enfrentamos también una transición demográfica que ha modificado el perfil epidemiológico, desde los años '70 a la fecha, observándose el aumento de las enfermedades crónicas que afectan el sistema circulatorio, la diabetes mellitus, la mortalidad por cáncer y por accidentes de tránsito. Sin embargo, si el conjunto de los indicadores de salud se observa por condición socioeconómica, nivel de educación o comuna de residencia, podemos observar grandes inequidades: brechas en mortalidad infantil y esperanza de vida según escolaridad, mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y de enfermedades crónicas entre la población más pobre y con menores ingresos.

En efecto, diversos estudios internacionales y el análisis de los indicadores de salud por quintil de ingreso muestran que los pobres, que cuentan con peores condiciones de vida, tienen un mayor riesgo de tener mala salud (Vega en Jadué y Martín, 2005).

Particularmente, los estudios internacionales²⁹ han ido demostrando qué aspectos actúan como factores determinantes del riesgo en salud: la exclusión social y la segregación espacial que determinan diferencias de acceso a servicios y a la calidad de los mismos; la mala calidad de las viviendas; el sedentarismo y los espacios urbanos que concentran a los pobres con altos grados de inseguridad; los problemas medioambientales generados por condiciones sanitarias y de transporte público. Los ingresos han sido demostrados como un factor predictor de la salud de las personas y un determinante de las brechas de salud. También se suman a los determinantes sociales de la salud: la falta de sociabilidad y de integración de las

²⁷ Y no como ausencia de enfermedad.

²⁸ La esperanza de vida el año 2005 era de 82 años para las mujeres y de 75 para los hombres. En: MINSAL (a), 2006.

²⁹ Véase Kawachi, 2007.

personas a espacios de recreación y comunicación; la ausencia de lazos de confianza, solidaridad, reciprocidad y cooperación entre ciudadanos/as y vecinos/as, que no sólo afectan la cohesión social generando sociedades enfermas sino también aumentan el riesgo de enfermar y tener mala salud en forma individual.

En esta dirección, la actual agenda ministerial asume desde su gestión no sólo la necesidad de atender a la enfermedad, mejorar la infraestructura, la equidad en el acceso y la oportunidad de atención, sino también a dos aspectos sustantivos: por un lado, atender al riesgo de enfermar incorporándolo como un problema de salud pública que requiere medidas de salud colectiva y, por otro, prestar atención a las brechas de equidad en los indicadores de salud. Lo anterior conduce a una nueva mirada sobre el rol de la Autoridad Sanitaria y las acciones de salud pública que buscan influir y controlar los determinantes sociales causantes del riesgo de enfermar (y de las brechas de salud de la población).

Desde esta visión, el rol del sector salud en el sistema de protección social se concibe como el desarrollo de todas las acciones necesarias para atender equitativamente y con calidad a la población que enferma, para lo cual se cuenta con el AUGE ya en funcionamiento y con el plan de mejoramiento del sistema desde la gestión de las redes asistenciales. Todo ello desde una visión que cambia el eje de la agenda sectorial, así como todas las actividades que influyen en los factores considerados bienes de salud pública³⁰; lo que se plasma en el Plan de Salud Pública.

Los aspectos señalados implican un cambio en el enfoque y diseño de la gestión de toda el área de Salud Pública del sector. Implica la comprensión plena del enfoque de los determinantes sociales y la capacitación de los recursos humanos del sector, así como la realización de diagnósticos sobre el tipo de determinantes que están influyendo en la salud de las personas, el diseño de políticas, programas e indicadores de medición de impacto.

Como orientaciones gruesas, la prevención del daño aparece fuertemente asociada a acciones de abogacía por la salud frente a otros estamentos del Estado y al ejercicio de nuevos roles de la Autoridad Sanitaria, particularmente en las regulaciones. Un ejemplo de ello es la ley del tabaco; medida que puede extenderse a campañas por estilos de vida sanos y a otros ámbitos que actúan como determinantes de la salud de las personas (alcoholes, regulación del contenido de grasa de los alimentos, del transporte, de contaminantes ambientales, dotación de infraestructura urbana y deportiva, entre otras).

La promoción de la salud, en cambio, debe hacerse cargo de la igualdad, equidad y justicia en salud, desarrollando acciones de abogacía por una mayor protección social, orientándose hacia una intervención más integral –aplicando un enfoque bio-psico-social de la salud para promover derechos sociales y acciones intersectoriales para mejorar la calidad de vida de las poblaciones– junto con educar respecto de los estilos de vida y realizar campañas de información a la población. Todo ello representa un cambio de paradigma sobre la promoción y prevención de la salud, ya que modifica la visión de atender prioritariamente a los factores de riesgo que individualmente condicionan de modo más directo las patologías crónicas, por una visión que debe atender también a la estructura de desigualdad que condiciona las enfermedades en la población (Salinas y Vio del R., 2002).

La construcción y desarrollo de esta política no parte de cero, pues tiene diversas fuentes de aprendizaje: una es la que recupera el conocimiento internacional acumulado y los enfoques que se han ido plasmando en las conferencias internacionales previas a la Carta de Ottawa³¹ y de Bangkok³²; otra es la recuperación de los aprendizajes de la experiencia acumulada en las acciones previas de promoción y prevención, y en las prácticas innovadoras en la gestión de salud de equipos locales que, adelantándose a esta agenda y sin el marco conceptual explícito de los determinantes sociales, han implementado acciones

³⁰ Destinados a prevenir el daño, proteger contra riesgos del ambiente y otros factores condicionantes de la salud, así como a promover comportamientos saludables.

³¹ Véase OMS y Asociación Canadiense de Salud Pública, 1986.

³² Esta Carta recoge las opiniones de un grupo internacional de expertos participantes en la Sexta Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, celebrada en agosto de 2005 en Bangkok, Tailandia. Coloca el acento en el abordaje de los determinantes sociales pero desde su formulación explícita que no representa necesariamente las decisiones o la política de la Organización Mundial de la Salud.

que apuntan en esta dirección. También existe experiencia acumulada y necesidad de integrar las experiencias de programas específicos, como los de salud intercultural, CONASIDA, salud ocupacional y el trabajo por la salud reproductiva.

El sector, a la vez, ha construido bases de alianzas intersectoriales que hoy pueden proyectarse en la agenda de protección social. Los Comités Vida Chile, creados como instancias intersectoriales para trabajar en torno a la promoción de la salud³³, están siendo considerados como una base territorial institucional para la política de protección social lo que hoy debiera re-vitalizarlos, permitirles contar con instrumentos más amplios y demandas más explícitas de la autoridad social para el desarrollo de su quehacer. Un desafío relevante es como se integra en este marco la acción de planificación de los municipios, los gabinetes sociales de las regiones, las SERPLAC y la CONAMA, para la resolución de variados problemas relacionados con la calidad de vida y del ambiente de la población.

Desde un punto de vista general, la agenda de salud también es una agenda compleja que supone voluntad del Estado, de la concertación política gobernante y un empuje de la ciudadanía. Los ejes de su desarrollo suponen no sólo una visión de largo plazo sino también, en el corto plazo, afianzar las concertaciones institucionales, los aspectos legislativos y de sostenibilidad social de la política para garantizar su instalación y consolidación. Para ello, es necesario establecer verdaderas redes de política pública lo que implica avanzar en una nueva cultura de trabajo, en instrumentos institucionales que posibiliten su desarrollo y en incorporar una gestión democrática y participativa para trabajar por la inclusión, la equidad y la protección social desde los territorios; fortaleciendo las innovaciones y a los innovadores en la gestión de salud, que vienen avanzando en estos procesos.

2.3 Algunos Elementos sobre la Participación Ciudadana en Salud

Al igual que en el país –desde el punto de vista de la trayectoria– las políticas y priorización de espacios de Participación Ciudadana en el sector, han sido influenciadas por diversas visiones políticas y marcos de acuerdos internacionales en salud. Si se observa la trayectoria de la participación en salud, es posible distinguir de modo grueso algunos elementos claves en las orientaciones que la han hecho avanzar o retrotraerse en el tiempo.

Con posterioridad a 1990 –año en que se recupera la democracia–, tanto la sensibilidad política general como el activo social existente abre nuevos espacios para el desarrollo de vínculos de un interesante potencial democratizador. Sin embargo, los modelos de participación aplicados fueron principalmente funcionales a programas sociales específicos, limitando la participación a pequeños grupos asociados a la ejecución de políticas públicas, pero con escasa incidencia en el rumbo de la política social.

Entre los años 1994-1995, bajo la gestión Massad³⁴, se incorporó una agenda internacional orientada a promover espacios de Participación Ciudadana en el control social sobre la gestión pública de salud. Estas orientaciones se plasman en estrategias, instrumentos y mecanismos que otorgan un nuevo contenido a las políticas de prevención y promoción de la salud, tales como los programas de salud intercultural, programas de salud laboral y prevención de VIH, entre otros.

Se estandarizó también, en ese período, la creación de Consejos de Usuarios, de Desarrollo Hospitalario y de Salud en la Atención Primaria, como espacios reconocidos de participación de usuarios de la Salud Pública en la gestión de los diversos establecimientos. Como resultado, si bien éstos se extienden en diferentes lugares del país, en general funcionan con mucha distancia respecto de los objetivos inicialmente

³³ En 1999, se crea: "el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud VIDA CHILE. Este organismo agrupa a 25 instituciones nacionales y se le asignan las funciones de elaborar las políticas de Promoción de la Salud en el país, coordinar los esfuerzos de las instituciones participantes, asesorar a los Ministerios y gobiernos regionales y locales en los temas de Promoción. Este Consejo, progresivamente se organiza en casi todas las Regiones, en VIDA CHILE regionales y en las 308 comunas del país con Plan Comunal de Promoción. De esta manera, se consolida la responsabilidad de conducción de la Promoción de la Salud en el Municipio y en el Gobierno Regional, sobre la base de una acción intersectorial con procesos de participación comunitaria y social". En: Salinas y Vio del R., 2002.

³⁴ Ministro de Salud bajo el Gobierno de Eduardo Frei.

planteados, pues los conceptos que se aplicaron para su creación fueron muy heterogéneos determinando diversas composiciones y objetivos. Por tanto, cuando incorporan a la comunidad de territorios generalmente tienen baja representatividad social, operan sólo –y en el mejor de los casos– como mecanismos de consulta, carecen de atribuciones e instrumentos de fortalecimiento de competencias, así como de capacidades para producir diálogos horizontales en su interior. En síntesis, las experiencias innovadoras de raigambre democrática que dan cuenta del espíritu inicial de su diseño son verdaderamente escasas.

A pesar de las características descritas, este diseño marca un cierto rumbo democratizador hacia una política de participación en el sector que se interrumpe cuando cambia la gestión ministerial. Allí está presente un cambio de paradigma –no ajeno a la política social general– en el cual el énfasis se coloca, más bien, en la lógica de la co-responsabilidad de la ciudadanía en el autocuidado y en la complementariedad con las acciones del Estado para alcanzar las metas sanitarias. Se diluye la visión de incidencia de las comunidades en el control de la gestión y en las decisiones de los planes de salud, y la participación se hace más instrumental. Esta visión que tiene mayor arraigo en el sector, ya que es más coherente con la cultura biomédica, hace perder peso a los equipos de trabajo social que han impulsado la acción en la fase previa, los cuales deben orientarse hacia una tecnificación más exclusivamente sanitarista de su quehacer.

Más tarde, a partir del impulso a la Reforma de la Salud que planteó la perspectiva de derechos exigibles en salud, se establecieron nuevos desafíos en materia de control social y Participación Ciudadana, particularmente en el cumplimiento de las garantías explícitas. El Instructivo de Participación Ciudadana del gobierno de Lagos, abrió posibilidades para reponer iniciativas de políticas de participación, conformar equipos de trabajo vinculados a este quehacer y establecer orientaciones programáticas de trabajo colaborativo con las organizaciones comunitarias. Esto se ha venido plasmando de modo diferenciado en los diversos ámbitos de acción del sector (salud pública, programas de promoción y prevención, CONASIDA, salud intercultural, así como también en los Consejos de la Red Asistencial y en las Oficinas de Información y Reclamos, que funcionan en 666 establecimientos). Los diseños generales en cada campo generan tensiones respecto del rol que juega la participación, ya sea concebida más instrumentalmente para el cumplimiento de las metas sanitarias (Minsal (a), 2006) u orientada hacia la incidencia en las decisiones de gestión y el control social de la misma.

Más allá de las definiciones oficiales en la dinámica de trabajo –particularmente, en los últimos años– en diversos ámbitos del sector se ha ido instalando la noción de Ciudadanía Activa junto a la necesidad de generar espacios de empoderamiento de las comunidades e incidencia de éstas en las decisiones de políticas.

Esta noción toma un nuevo impulso bajo la gestión actual, que recoge las lecciones que dejan iniciativas innovadoras subnacionales que muestran las potencialidades de avanzar en una política de participación más sustantiva mostrando caminos viables para su concreción. Es el caso particular de la experiencia de Presupuestos Participativos del Servicio de Salud de Talcahuano –hoy convertido en meta ministerial para el 100% de los Servicios de Salud del país– y de los Centros Comunitarios de Salud –establecidos como meta gubernamental–, que se diseñan recopilando la experiencia surgida desde abajo, en muchos casos en alianzas estrechas con las comunidades destinatarias.

Desde esta perspectiva, la agenda de salud puede nutrirse de variadas y valiosas innovaciones recuperadas desde los espacios subnacionales (Fernández y Ochsenius, 2005). Varias de ellas expresan la racionalidad de agentes adelantados de la Reforma que asumieron tempranamente los desafíos de desarrollar programas inclusivos, promover mayores niveles de equidad, atender a los factores determinantes impulsando la gestión en redes, la intersectorialidad, la transversalidad y la Participación Ciudadana en la gestión de salud.

En estas experiencias se amplían los márgenes de acción haciendo la gestión más inclusiva, horizontal, colaborativa, flexible y pertinente a las condiciones de trabajo, hábitat y cultura de sus usuarios y usuarias. Se amplía también la concepción y modelo biomédico de atención sanitaria –predominante en el sistema público– hacia enfoques y líneas de acción integrales (bio-psico-socio-cultural) que suponen la

instalación de componentes tales como: educación, prevención, promoción del auto-cuidado, investigación epidemiológica y social aplicada, incorporación de prácticas terapéuticas complementarias, interculturales o comunitarias. Además, en ellas se tiende a conformar instancias de reconocimiento, articulación y representación de necesidades e intereses sociales de la comunidad, y la creación de instrumentos de Participación Ciudadana sostenibles en el tiempo, por ejemplo: "mesas de trabajo", "mesas de diálogo", debates ciudadanos, consejos sociales, comisiones técnicas mixtas revisoras de normativas vigentes, iniciativas de propuestas o modificación de leyes (*Ibíd.*).

La operacionalización de la inclusión social pasa por abrir los servicios y asegurar su pertinencia a las realidades locales, ya sean estas problemáticas detectadas por los mismos equipos de servicios de salud, consultorios o comunas, o demandadas por la población afectada. En estos últimos casos, otorgar una respuesta pertinente implica un doble esfuerzo para el sector público: por un lado, dar cuenta de la demanda o problemática local (o territorial) específica y, por otra, hacerlo utilizando los instrumentos existentes a nivel nacional que no siempre se adaptan a los nuevos desafíos.

En otros casos la inclusión más bien es fruto de demandas de la propia población afectada, promovida por el ejercicio de Ciudadanía Activa y desarrollada por actores sociales que han pugnado por el reconocimiento de sus derechos de atención sanitaria. Esta práctica se observa en experiencias donde las demandas de inclusión y reconocimiento de derechos son asumidas por organizaciones e instituciones que reivindican problemáticas hasta hace poco no consideradas como materias de intervención pública; es el caso de la integridad física y síquica de niños y mujeres, las libertades civiles individuales y colectivas –como las diferencias de orientación sexual y de tradición étnico-cultural de la población–, lo cual apunta hacia el reconocimiento de derechos diferenciados de ciudadanía social. En estos casos las iniciativas provienen de actores de mayor envergadura, que engarzan con dinámicas supralocales, por lo cual sus impactos en las políticas de inclusión, tanto en el sector salud como en otros ámbitos de las políticas sectoriales, son también mayores. En las prácticas se expresan interacciones que combinan en proporciones variables, movilizaciones sociales, alianzas interestatales y liderazgo técnico-sectorial.

Ejemplo de lo anterior es: la red nacional Vivo Positivo, que ha alcanzado metas relevantes de inclusión en la atención y tratamiento de las personas viviendo con VIH SIDA, impactando en las políticas públicas de prevención; la experiencia de la comuna de Peñalolén en Santiago con su propuesta de tratamiento ambulatorio para poblaciones con discapacidad psiquiátrica; el Consejo de Caciques Williche de Chiloé, que promueve la integración de un enfoque pertinente de salud intercultural y la creación de una Unidad de Salud Complementaria, profundizando el actual esquema descentralizado hacia el nivel provincial (Fernández y Ochsenius, 2005).

Estas experiencias muestran formas de trabajar en torno a brechas de equidad ya bien conocidas (Vega en Jadue y Martín, 2005), particularmente en las brechas de acceso entre poblaciones tradicionalmente deficitarias como la rural o la de sectores segregados socio-económica y espacialmente en las grandes ciudades. Por ejemplo, algunas iniciativas que concertan a Servicios de Salud de Regiones con municipios –lo que ya es altamente innovador en el contexto chileno– están mostrando modelos de gestión de la salud rural que integran activamente a las comunidades a espacios deliberativos, con impactos en la dotación de infraestructura, ampliación de la cobertura, adhesión a programas y en indicadores de salud. Es el caso de la comuna de Los Lagos y el Consejo de Salud del sector sur de la comuna de Pedro Aguirre Cerda.

En otras experiencias se aborda el desafío de una gestión apoyada en una compleja red de relaciones institucionales y sociales de tipo horizontal, orientada a beneficiar el ciclo de ejecución completo de la política pública de salud en un territorio determinado. En este sentido, se recupera como unidades de gestión de la red ya no sólo a los establecimientos de salud, sino que se interconectan los niveles y actores del sistema de salud, la comunidad y otras instituciones públicas, facilitando la complementariedad, encadenamientos de las prestaciones y recursos públicos, a la vez que se allega la capacidad funcionaria y comunitaria para detectar, prevenir y controlar tempranamente los desfases y bloqueos de la política. Es el caso de las comunas de Buin y Paine, con su red intersectorial para la prevención y atención del daño del abuso sexual y el maltrato infantil.

Conclusiones

La agenda de innovación política y social que está siendo impulsada por estamentos del Gobierno para fortalecer la democracia política, la transparencia, participación, descentralización y ciudadanía social, no podrá avanzar en términos sustantivos de no mediar un respaldo político y social mayoritario, y una institucionalidad pública dispuesta a enfrentar cambios en las normas reglas, recursos y en los modos de gestión, para ir haciendo práctica social de sus contenidos.

Ello supone no sólo instalar la agenda en el parlamento, mediante iniciativas de ley, sino también la creación de una estrecha red de cooperación política y una amplia comunicación social. Ninguno de estos aspectos figura nítidamente en el escenario actual.

La amplitud y complejidad de la agenda en construcción requiere de ejemplos que muestren su viabilidad. El sector salud, con su proceso de reforma desde el año 2000, viene acumulando lecciones y aprendizajes respecto de cómo construir un sistema de garantías, derechos y protección social, así como las modificaciones institucionales necesarias para llevarlos adelante y resolver nudos críticos de la gestión. También ha incursionado en diversas innovaciones asociadas a la Participación Ciudadana y tiene la vocación de profundizar en dicho campo. Todo ello hace del sector un referente para fortalecer la política de protección social, los mecanismos de inclusión y el ejercicio de la Ciudadanía Activa. En salud, más allá de sus propios desafíos internos, se cuenta con numerosas innovaciones locales tanto en el campo de la gestión de la Red Asistencial como en el campo de salud pública.

El sector debe jugar ese papel a la par que abordar su propia agenda nutrida por interesantes desafíos, entre ellos: el fortalecimiento de la Red Asistencial; ampliación de las garantías explícitas; abordar una atención de calidad; sacar adelante el proyecto de ley de deberes y derechos de los pacientes; estimular el control social de la ciudadanía y aplicar el método del presupuesto participativo en los Servicios de Salud. Además, las redes debieran fortalecer sus nexos con las autoridades sanitarias Regionales y la labor de salud pública en el territorio. En este último campo el enfoque de los determinantes sociales y ambientales de la salud, y de las brechas de desigualdad en salud, introduce una visión bio-psico-social y orienta el diseño de una política de Estado que se anticipa al daño, introduce mayores regulaciones y amplía la noción de la promoción de la salud hacia la abogacía por mayor calidad de vida y de justicia social. Los Comités Vida Chile deben fortalecerse como verdaderas redes de política pública intersectoriales en pro de la equidad y la inclusión, lo que implica también abrir espacios y gestionar instrumentos de Participación Ciudadana en los territorios, impulsando nuevos espacios de diálogo social entre el Estado y la ciudadanía.

Bibliografía

- *Carta de Bangkok*. Sexta Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud en un Mundo Globalizado. Tailandia, agosto, 2005.
- Proyectos de ley en tramitación. Disponibles en: <http://sil.congreso.cl/pags/index.html>
- Arriagada, G. El Juego de los Bolos y el Gobierno Ciudadano. [en línea] julio 2006, N° 552 [fecha de consulta: marzo de 2007] www.asuntospublicos.cl
- Ayala, J. Instituciones y Economía. Una introducción al Neoinstitucionalismo. Fondo de Cultura Económica, México, 1999.
- BID. Ideas Para el Desarrollo en América Latina. Departamento de Investigación. Washington D.C., Volumen 8, septiembre-diciembre, 2005.
- Beck, U. La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad. Ed. Piados Ibérica S.A.Barcelona, 1998.
- Delamaza, G. Los Ciudadanos, ¿podemos gobernarlos? [en línea]. agosto 2006, N° 555 [fecha de consulta: marzo de 2007]. www.asuntospublicos.cl

- Espinoza, V. "De la Política Social a la Participación en un Nuevo Contrato de Ciudadanía". Política. Santiago, N° 43, primavera 2004.
- Fernández, M. y Robles, C. Descentralización, Reforma y Derecho a la Salud: análisis del proceso de construcción de un modelo de gestión y atención de salud para Chiloé. Programa Ciudadanía y Gestión Pública, Documento de Trabajo N° 17. Santiago, 2006.
- Fernández, M. y Ochsenius, C. Innovaciones, Arreglos Institucionales y Participación Ciudadana: contribuciones a la reforma de salud. Programa Ciudadanía y Gestión Pública, Universidad de Los Lagos - Ministerio de Salud. Santiago, 2005.
- Holzmann R. y Jorgensen S. Manejo Social del Riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y mas allá. Documento de Trabajo N° 6 sobre protección social. Banco Mundial, Washington DC, 2006.
- Kawachi, I. The Social Determinants of Health: challenges for Health Promotion. Harvard School for health Promotion. Ponencia presentada en el III Congreso de Promoción de la Salud. Santiago de Chile, enero 2007.
- MIDEPLAN. Sistema de Protección Social. Conceptos e Institucionalidad [en línea]. 2006 [fecha de consulta: marzo de 2007] <http://www.mideplan.cl/final/categoria.php?secid=39&catid=110>
- MINSAL (a). Estado de Avance en los objetivos de impacto. Objetivos sanitarios para la década 2000-2010. Evaluación a mitad de período. Santiago, 2006.
- MINSAL (b). Evaluación objetivo III: disminuir las desigualdades en salud. Comisión on social determinants of health. OMS/OPS - Ministerio de Salud. Santiago, 2006.
- MINSAL. Estrategias de Prevención. Área de prevención del Sida, Comisión Nacional del Sida. Santiago, 2002.
- MINSAL. Plan Nacional de Promoción de la Salud. Orientaciones 2005. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Salud, Unidad de Promoción de la Salud. Santiago, 2005.
- OMS/OPS, et al. Construyendo la Nueva Agenda Social desde la Mirada de los Determinantes Sociales. Documento Síntesis del Ciclo de Diálogos Democráticos. OPS/OMS, MINSAL, FLACSO. Santiago, diciembre, 2005.
- OMS y Asociación Canadiense de Salud Pública. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud: Hacia un nuevo concepto de salud pública. Ottawa, Canadá, noviembre, 1986.
- Salinas C., J. y Vio del R., F. "Promoción de la Salud en Chile". Revista Chilena de Nutrición. Santiago, vol. 29, N° 1, octubre 2002. pp.164-173.
- Sojo, A. Reformas de Gestión de Salud en América Latina. Los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. Serie Políticas Sociales. División de Políticas Sociales, CEPAL. Santiago, N° 39, 2000.
- SUBDERE. Programa Fortalecimiento Institucional de la Gestión Pública Subnacional. Proyecto BID (CH-11018). Santiago, 2006.
- Vega, J., Solar, O. e Irwin, A. Equidad y determinantes sociales de la salud. En Jadue, L. y Martín, F. (editoras) Determinantes Sociales de la Salud en Chile. En la senda de la equidad. Iniciativa Chilena de Equidad en Salud, Santiago, 2005.
- Velásquez, F. Los diseños de planeación y participación, las organizaciones de base y la construcción de espacios públicos de concertación local. Una mirada a partir del caso colombiano [en línea]. 2005 [fecha de consulta: marzo de 2007] <http://www.innovacionciudadana.cl/latinoamerica/pdf/WP%20Fabio%20ok.pdf>
- Tomassini, L. El Papel de la Gestión Pública en la Reforma del Estado. Paper presentado para el IX Congreso del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Madrid, España, 2004.

EXPERIENCIAS DE INNOVACIÓN Y CIUDADANÍA EN SALUD, NUEVAS LECCIONES Y APRENDIZAJES

Margarita Fernández

Este artículo analiza los aprendizajes de cuatro nuevas prácticas de gestión de salud y Participación Ciudadana que han sido destacadas con el Premio Innovación y Ciudadanía 2006, en las categorías Promoción de la Salud y Gestión Participativa de la Salud³⁵. La primera parte del artículo aporta algunas nociones claves sobre ciudadanía y Participación Ciudadana, y las potencialidades de la nueva agenda de salud para su impulso; la segunda, integra, además de un breve resumen³⁶ de las experiencias destacadas³⁷, las principales lecciones que emergen de sus prácticas. Por último, se proporcionan algunas conclusiones, que pueden contribuir al planeamiento de una política de Participación Ciudadana en el sector salud.

1. Antecedentes

La noción de ciudadanía refiere a los derechos políticos, económicos, sociales y culturales garantizados a los/as ciudadanos/as en una sociedad determinada. La Participación Ciudadana, en tanto, hace referencia a las interacciones que se desarrollan entre el Estado y los/as ciudadanos/as para posibilitar la ingerencia en los asuntos públicos y que afectan sus vidas (Fernández y Bello, 2004). En esta interacción median procesos de representación política (partidos y elecciones) y mecanismos de democracia directa³⁸.

El desarrollo de la ciudadanía y la Participación Ciudadana dependen de variables de contexto, entre ellas: del régimen y los proyectos políticos en el poder, las fortalezas o debilidades de los partidos, la conformación del Estado y de la sociedad civil, así como también de las competencias de la burocracia y la ciudadanía para llevar la democracia adelante (Gaventa, 2006); además, son fruto de convenciones en la sociedad, es decir, de negociaciones sociales y políticas entre actores con poder, capaces de representar diversos intereses en la arena política y generar reglas y normas que se instalen jurídicamente, y/o en los modos de convivencia. De la amplitud del consenso social que ellas propicien y de como se repartan los beneficios del desarrollo, dependerá la construcción de sociedades con mayor o menor grado de estabilidad, paz social y calidad de su democracia.

Por ello, desde múltiples espacios, se ha venido propugnando el reconocimiento de la Participación Ciudadana como un derecho y un factor de contribución a la gobernanza. Este derecho se definiría como las garantías de los/as ciudadanos/as de acceder a la información pública, influir en decisiones y políticas –que para ellos tienen consecuencias– y ejercer modalidades de control sobre los recursos públicos (Goetz y Gaventa, 2001). En particular, se ha relevado la presencia y la voz pública de los pobres como un factor clave para la equidad, la inclusión y la justicia social (Holzmann y Jorgensen, 2006).

En la democracia chilena, la Participación Ciudadana no sólo no está consensuada, sino su sola presencia en la agenda gubernamental despierta aún grandes suspicacias y temores, particularmente en la esfera política. Ello afecta la calidad de la democracia, ya que en nuestra sociedad el Estado tiene una mayor responsabilidad ética, política y social, así como la capacidad y el poder para modelar la democracia, y propugnar la representación más simétrica de los intereses de actores con diferentes cuotas de poder en la arena pública (Delamaza, 2003). En Chile no tenemos una sociedad con capacidad, formación, ni prácticas recurrentes en este campo de acción. La sociedad civil en general es débil, fragmentada, comienza recién a

³⁵ El Premio de Innovación y Ciudadanía es organizado por el Programa Ciudadanía y Gestión Pública de la Universidad de Los Lagos. En la versión 2006, se otorgaron dos premios y dos menciones de reconocimiento en concertación con la subsecretaría de Redes Asistenciales y la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud.

³⁶ De estas experiencias se puede encontrar una síntesis más detallada en el primer anexo de este texto.

³⁷ Estas incluyen: la Promoción de la Salud de la comuna de Camiña; el Programa de Gestión Ambiental Local de la Comuna de Lampa; las Estrategias Sociales de un Consejo de Desarrollo Local en Salud de la Comuna de Pedro Aguirre Cerda y la experiencia de Presupuestos Participativos del Servicio de Salud Talcahuano. Este último caso, por su importancia en la agenda ministerial de replicarlo en el 100% de los Servicios de Salud del país al año 2009, será tratado en profundidad en la segunda parte del libro.

³⁸ Particularmente, en torno a las políticas públicas, los servicios provistos por el Estado y en escalas subnacionales de gestión.

recuperar capacidades de movilización y no confía en las instituciones. El Estado no ha sido precisamente garante del bien común, los espacios y mecanismos de participación son estrechos y reducidos a la disponibilidad pública de fragmentos de información, consultas no vinculantes, y participación instrumental en políticas públicas. Esto, sin duda, corresponde a una visión política hegemónica de democracia, moldeada como posible desde el poder de la conducción del Estado y de la mayoría de las unidades intermedias de intervención.

Las escalas subnacionales, sin embargo, se han ido convirtiendo en un espacio privilegiado para desarrollar procesos de interacción cotidiana entre el Estado y los/as ciudadanos/as, y han aportado interesantes innovaciones entre las que se recuperan diversas experiencias del sector salud³⁹. Sus lecciones son diversas y nos indican las diferentes visiones de país y de gestión pública que subyacen en los gestores públicos. Muestran a ciudadanos que agregan demandas, estructuran representaciones y promueven las interacciones para acceder a bienes y servicios, agenciar y/o ejercer derechos, e incidir en las decisiones públicas. También, muestran cómo los agentes públicos o gestores del Estado de niveles intermedios: ejercen cuotas de poder para abrir espacios de participación, escuchar opiniones y propuestas de la ciudadanía; crean mecanismos e instrumentos que posibilitan el diálogo y facilitan su incidencia en decisiones, a la par que legitiman y fortalecen las representaciones sociales.

En este ejercicio es clave la voluntad política y las competencias para el diálogo en ambos lados de la ecuación: de los/as ciudadanos/as supone conocimientos sobre los marcos institucionales, políticos y presupuestarios sobre los que buscan influir; de los/as funcionarios/as, competencias en su área y sensibilidad social y democrática. En ambos actores, además, es necesaria la capacidad de diálogo, habilidades de negociación y de resolución de conflictos.

Asimismo, las innovaciones muestran que la ciudadanización de las políticas públicas, cuando es impulsada desde la faz del Estado, es fruto de la labor de *equipos de funcionarios motivados por los objetivos ético-políticos de incluir, fomentar la democracia y la equidad, quienes, a la vez, para conquistar logros, deben desarrollar estrategias complejas de intervención que incluyen el fortalecimiento de actores sociales, la construcción de alianzas internas y externas, y diversos arreglos institucionales para: crear espacios de articulación mixtos; generar mecanismos de participación; conquista de la voluntad política de directivos o autoridades, y negociar instrumentos públicos con otros estamentos del Estado* que permitan dar respuesta a las necesidades de la población.

Los resultados se asocian a cambios tendientes a una gestión pública más efectiva, ya sea en las fases de planificación, identificación de nuevas problemáticas, instalación de nuevos instrumentos, ampliaciones de coberturas, mejoramiento del acceso a servicios, cambios en la asignación de recursos y adaptaciones de contenidos programáticos a realidades locales, *lo que promueve mayores niveles de descentralización y soluciones más pertinentes a las necesidades de la población*. Sobre este tema, sin embargo, es necesario distinguir las formas de participación que producen cambios en la gestión que favorecen la inclusión, respecto de aquellos arreglos institucionales y modos de gestión participativos que sólo legitiman lo que ya está predefinido por la institucionalidad.

Un aspecto importante es que en general estos procesos son relativamente frágiles en sus contextos institucionales y por su carácter innovador, y de cambio, enfrentan tanto amenazas como oportunidades para su arraigo, a la vez que muestran debilidades y fortalezas para su sustento y éxito. Son procesos cuya sostenibilidad requiere tiempo de maduración, generación de relaciones de confianza, fortalezas de sus actores y dependen del grado de institucionalización que ellos alcancen, y del tipo de vinculación con las dinámicas nacionales o políticas, ya que pueden ser contrarrestados o favorecidos desde otros espacios de poder.

³⁹ Véase el Banco de Innovaciones del Programa de Ciudadanía y Gestión Pública. Disponible en: www.innovacionciudadana.cl

2. Potencialidades de la Agenda de Salud para Innovar en Ciudadanía

Bajo la actual administración la agenda de salud se encuentra en un punto de inflexión. La Reforma, que comenzó a inicios de la década, ha producido cambios sustantivos –institucionales y organizativos– asociados al reconocimiento y a la garantía de derechos ciudadanos en la atención de la enfermedad. Hoy, el diseño de la política ministerial se hace cargo en plenitud de la necesidad de intervenir en nuevas áreas y bajo nuevas formas, para contribuir a los objetivos de alcanzar una mayor equidad; concibiendo la salud como el resultado no sólo de la capacidad de acción del sector, sino también de un conjunto de interacciones entre factores económicos, sociales, medioambientales y políticos.

Desde esta visión, el Ministerio de Salud define sus objetivos como: “la obtención del nivel de salud de la población más alto posible, al tiempo que maximizar la equidad y la solidaridad, promoviendo la justicia social, la participación ciudadana y la intersectorialidad” (MINSAL, 2007). Todo lo anterior para alcanzar las Metas Sanitarias y contribuir a la agenda de protección social.

Desde Salud Pública –que integra el quehacer de Promoción de la Salud y la Participación Ciudadana– estos objetivos se traducen en una política de protección de la salud, que busca anticiparse al daño en la salud colectiva y atender a los factores determinantes económicos, sociales y ambientales de la salud de las personas y comunidades de los territorios. Esta política, que supone un fuerte énfasis al trabajo intersectorial y modifica en parte el enfoque de promoción de la salud hasta ahora priorizado⁴⁰, es resultado de propuestas internacionales⁴¹, del análisis de las brechas de equidad en salud (OPS/OMS y MINSAL, 2006), de la evaluación del avance de las metas sanitarias a mitad de período (MINSAL, 2006) y los estudios que indican la mayor importancia relativa de los factores ambientales, sociales, y de acceso a los servicios, en la carga de enfermedad de las personas.

La nueva agenda requiere una fuerte acción de abogacía del Ministerio en su papel de Autoridad Sanitaria, tanto para la superación de las condiciones económico-sociales y ambientales que afectan la salud de la población, como para la regulación y las medidas de salud colectiva que requiere la anticipación al daño tales como la Ley del tabaco N° 20.105, las normas sobre etiquetado nutricional de alimentos y las que deben ser introducidas en el campo de la producción, consumo, medioambiente y transporte público. Es en este marco en el que los Planes de Salud Pública regionales requieren abordar el desarrollo de la política de promoción de la salud y de Participación Ciudadana.

En este último aspecto, la autoridad ministerial debe promover una política que contribuya al empoderamiento de la comunidad en esta agenda. Ello supone fomentar la Participación Ciudadana en acciones de interés público y por los derechos sociales, particularmente, abrir espacio a la voz pública de los más pobres y vulnerables, estableciendo alianzas que generen condiciones para un mayor acceso a recursos y servicios, y conquista de derechos. ésto requiere instrumentos que contribuyan a desarrollar vínculos, impulsar y fortalecer potenciales redes sociales locales.

El sector cuenta con una amplia acción participativa impulsada previamente, una red de Comités Vida Chile (Salinas y Vio del R., 2002) e innumerables interacciones con comunidades locales: todos espacios que deben hacerse cargo del punto de inflexión en la agenda. En cuanto a las acciones de interés público, si se asume que las reglas y normas son fruto de procesos de convencionalización (Wagner, 1983), es decir, de interacciones, acuerdos y negociaciones entre estamentos políticos con poder encargados de resguardar el bien común y grupos de poder que representan intereses económicos en la sociedad, no es irrelevante fortalecer la presencia ciudadana, particularmente de los movimientos ambientalistas que promueven ciudades saludables, levantan reivindicaciones en torno al transporte público y aquellos que promueven el reconocimiento de derechos culturales, económicos y sociales.

⁴⁰ El cual ha otorgado gran importancia a la modificación de los estilos de vida, al autocuidado y la disminución de exposición a factores de riesgo tales como obesidad, el tabaquismo y el sedentarismo; causantes de enfermedades crónicas.

⁴¹ Véase Kawachi, 2007.

Por otra parte, desde el campo de acción de la Red Asistencial se ejerce un rol clave en el sistema de protección social relacionado con las garantías de asistencia médica (consolidación, mejoramiento y expansión del AUGE⁴²), el resguardo de la calidad de los servicios, la instalación de derechos y deberes de los usuarios, así como de medidas para la humanización de la atención. La estructura debe extender además esta labor hacia los centros de Atención Primaria, los que se encuentran bajo la jurisdicción de los Servicios de Salud.

Desde este ámbito se han impulsado diversos mecanismos de Participación Ciudadana: Consejos Consultivos en hospitales y consultorios, o las Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias. En general, estos espacios estimulan potencialmente la Participación Ciudadana, ya que en la práctica la cultura biomédica, las relaciones jerárquicas del sector y las debilidades de la sociedad civil, los han transformado en espacios instrumentales de participación en los que se ha prestado escasa atención a la calidad de la representación, las competencias, la definición de agenda y a las estrategias de trabajo que permiten una incidencia efectiva.

Hoy, el punto de inflexión en la política de salud y las metas de Salud Pública, requiere de redes intra y extrasistema para atender a los determinantes sociales de la salud y a las brechas de equidad, en las cuales las garantías de acceso y calidad de los servicios juegan un importante papel. Ello genera numerosos puntos de intersección entre la acción de los Servicios de Salud, las Secretarías Regionales de Salud Pública y la gestión municipal de salud. En esos objetivos es clave el mayor empoderamiento de la ciudadanía, por lo cual en las redes no puede estar ausente la voz de las comunidades. El sector tiene una experiencia acumulada y variadas innovaciones, particularmente en el espacio subnacional, que entregan lecciones acerca de cómo construir una política de Participación Ciudadana que apunte en esta dirección.

3. Nuevos Aprendizajes y Lecciones desde las Prácticas

El punto de inflexión de la política sectorial necesita ser asimilado en las estructuras institucionales y los equipos de trabajo para readecuar sus intervenciones. Dada esta situación, las prácticas aquí analizadas – particularmente las relacionadas con la promoción de la salud– o son incipientes respecto de los emergentes desafíos, sugieren modelos inacabados, o aparecen desarticuladas de la acción del sector. Todas ellas, sin embargo, se adelantan a la agenda sectorial y aportan lecciones que pueden ser recuperadas para las nuevas orientaciones.

En efecto, las experiencias destacadas con el Premio Innovación y Ciudadanía 2006, por una parte, muestran luces sobre la posibilidad de hacer de las instancias de participación en salud una plataforma para la voz pública de comunidades urbanas por mejores condiciones de vida en su territorio, perfilando acciones en torno a: la agenda de los determinantes sociales de la salud; formas de interacción entre el nivel regional y local, promoviendo alianzas entre municipios y ciudadanos para participar en acciones preventivas y fiscalizadoras del medioambiente (área que debe ser considerada por la SEREMIAS para prevenir y anticiparse al daño en salud), y estrategias para hacer de la salud un ámbito de planificación intersectorial en los territorios creando redes que promueven la Participación Ciudadana. Por otra, muestran procesos de adaptación local de la política de promoción de la salud en el mundo rural, creando espacios de incidencia de las comunidades en las intervenciones y redes intersectoriales, y procesos de Participación Ciudadana en la gestión de establecimientos tanto a escala local (Consejo de salud en un Centro de Salud Familiar) como en el *scaling-up*⁴³, que conduce hacia la interlocución con los Servicios de Salud para abordar la democratización del presupuesto.

Sobre éstas experiencias interesa recuperar las lecciones de las estrategias de intervención que conducen a modos específicos de interacción con las comunidades, a determinados espacios y estilos de participación, y formas de articulación con el intersector. También la emergencia de ideas de cambio, las

⁴² Acceso Universal a Garantías Explícitas.

⁴³ *Scaling-up* (expansión)

metodologías de trabajo y los logros que obtienen, a la par que hacer la asociación de estos aprendizajes con los desafíos del sector.

3.1 Participación y Voz Pública por la Inclusión y la Vida Saludable

Dos de los casos analizados entregan aportes principalmente en estos campos, la experiencia de Promoción de la salud en Camiña y las Estrategias Sociales de un Consejo de Desarrollo de Salud. En el primero, se observan estrategias de trabajo utilizadas desde gestores públicos para promover espacios participativos, fortalecer la comunidad local y articular al intersector para promocionar el mejoramiento de la calidad de vida en una zona rural con un relativo grado de aislamiento. En el segundo caso, a la inversa, destacan las estrategias de una comunidad urbana organizada e integrada a espacios de participación en un Consejo de Desarrollo de Salud asociado a un CESFAM, para mejorar la representación de la comunidad en el propio Consejo, a la vez que para erigir voz pública por las condiciones de vida en otros espacios y desde una noción de salud integral.

Camiña es una comuna ubicada a 200 Km. al norte de la ciudad de Iquique en la Región de Tarapacá. Comprende a 10 localidades geográficamente dispersas y con dificultades de acceso dadas las condiciones viales. Sus habitantes, mayoritariamente Aymaras, enfrentan condiciones de pobreza, aislamiento y escasas alternativas de desarrollo. El equipo de la posta rural, apoyado por personal del Municipio, procedió en el 2002 a articular diversos intereses y actores institucionales en un Comité Vida Chile, generando un involucramiento inclusivo de éstos en la promoción de la salud.

La estrategia de intervención se orientó a ampliar la red de actores locales, las alianzas externas y a establecer vínculos con todas las localidades del territorio para activar espacios de participación de la comunidad. En forma conjunta, buscaron otorgar pertinencia local a la política de Promoción a partir del fortalecimiento de la identidad y la cultura Aymara, en tanto asumen sus diversos componentes como factores protectores de la salud. El resultado ha sido la ampliación de la red, la activación de las comunidades y mayores recursos externos. En la actualidad, en el Comité se articulan variadas organizaciones sociales e instituciones públicas tales como carabineros, registro civil, profesores, jardines familiares étnicos, centros de madres, juntas de vecinos, médicos Aymaras y clubes de adulto mayor.

El ejercicio de articulación de actores permitió la circulación de un concepto de salud bio-psico-socio-ambiental, en torno al cual se han armonizado diferentes objetivos e intereses y se ha configurado la propuesta de hacer de Camiña una comuna saludable. Ésta se entiende como una comuna con mejor calidad de vida, con control de factores de riesgo de las enfermedades crónicas y con espacios de participación. Tras estos objetivos el Comité implementó un conjunto de iniciativas tendientes a modificar pautas alimentarias – aprovechando la alimentación tradicional Aymara y los alimentos que se cultivan en la zona–, mejorar la oferta de alimentación en las escuelas, e innovó integrando la cultura y la recreación para promover el ejercicio físico. Así, se han habilitado mini-gimnasios comunitarios, se creó una banda de música e impulsó la práctica de los bailes tradicionales, todo lo cual recupera la cultura, fortalece la identidad, la sociabilidad y la cohesión comunitaria. Además se han abierto espacios de intercambio con los médicos Aymaras, integrando la cultura médica andina a la promoción de la salud.

La noción de comuna saludable ha permitido también el desarrollo de iniciativas de recuperación de recursos arqueológicos, contar con áreas verdes y acercar el cine a los niños. Tanto la población como las instituciones han venido identificándose con este concepto, lo que se fortalece, además, con una gestión transparente e inclusiva.

La asociación intersectorial, la activación y participación de la comunidad, y las metas comunes, situaron a la Promoción de la Salud como un eje de la estrategia de desarrollo comunal, consiguiendo un significativo apoyo del Alcalde, la destinación de recursos municipales y un objetivo claro para los procesos de planificación local. Dados sus logros, Camiña adquirió el carácter de Comuna Centinela de Promoción de la

Salud en la Región, lo que se ha traducido en mejores oportunidades de recursos y financiamiento en sus proyectos.

Los modos de gestión en la comuna contemplan las propuestas de sus miembros y la toma de decisiones colectivas en un proceso de planificación anual. El Comité sanciona los acuerdos y éstos se traducen a proyectos que se postulan a diversas fuentes de financiamiento. Así, en la medida en que los acuerdos de trabajo involucran cada vez a más actores, se van agregando cada año más propuestas, proyectos e iniciativas que surgen de las instituciones y de la comunidad, lo que es visto como un logro, pero también como un riesgo por el Comité. Cada institución y organización gestiona y ejecuta los proyectos que les han sido aprobados, y rinden cuenta pública en el Comité. Los proyectos de las comunidades son directamente ejecutados por éstas y apoyados con capacitación e instrumentos de gestión por los miembros del Comité. El estilo de participación de la comunidad, entonces, se asocia a las propuestas que ésta formula al Comité, a su representación en éste, a un mecanismo democrático de toma de decisiones y a la gestión de proyectos. Todo ello ha redundado en una activación de la comunidad, la emergencia y fortalecimiento de líderes y de las bases organizativas, así como numerosos aprendizajes de gestión.

En esta experiencia, el factor clave ha sido la alianza de la comuna con el Programa Servicio País, que ha apoyado el desarrollo comunal con un profesional del área de la salud. Este profesional "importa" el modelo y estrategia de trabajo de ese Programa —que consiste en fomentar la Participación Ciudadana y articular las redes comunales y externas de los territorios en los cuales intervienen— generando espacios democráticos de interacción pública y social para superar la pobreza.

Así, para Camiña, que es una comunidad rural con alto grado de pobreza y aislamiento, la promoción de la salud orientada por la noción de alcanzar una mejor calidad de vida, motiva a los habitantes (comunidad y funcionarios) a desarrollar un espacio totalmente nuevo de acción colectiva de carácter democrático, donde prima el diálogo y espacios de deliberación. La política de promoción de la salud, aunque tiene un foco importante en mejorar los estilos de vida, considera no sólo una dimensión sanitarista de la intervención, sino también abre espacio a un conjunto de iniciativas de otras instituciones públicas.

Los actores han demostrado también la importancia de difundir la iniciativa y socializar la experiencia, lo cual han hecho a través de una radio comunitaria en su territorio y con una presencia activa en diversos lugares, incluido el Municipio de Tacna en Perú. Con ello han logrado una mayor identificación del territorio y mayor movilización de recursos. Los equipos de Camiña muestran así: la importancia de trabajar con elementos culturales, que resultan intangibles y difíciles de evaluar con las metodologías tradicionales; una gran creatividad y una interesante innovación en la promoción de la salud.

Desde otro lugar, el Consejo de Desarrollo en Salud, del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Edgardo Enríquez F., de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, introduce un cambio en la forma tradicional de representación de los/as usuarios/as en este tipo de espacios. Las/os líderes sociales que allí participan destinan parte importante de sus esfuerzos a fortalecer procesos organizativos, la representación de la comunidad en el Consejo y a levantar una voz pública por el mejoramiento de la condición de vida de los/as habitantes del territorio. Ello, tras la noción de obtener una *Vida Saludable* que se apoya en el viejo concepto de salud de la OMS: "el completo bienestar físico, mental y social".

La estrategia utilizada, apoyada en la base de legitimidad y convocatoria que proporciona el Consejo, contiene un doble movimiento. Por un lado, se trabaja para fortalecer el propio Consejo, las acciones y los servicios de salud que se prestan a la comunidad. Por otro, en extender las redes sociales y la legítima representación de la comunidad en el propio Consejo, y en otros espacios de participación en la comuna. Para ello se crean alianzas estratégicas entre líderes de diferentes organizaciones sociales y se impulsa un trabajo específico orientado a la integración de las mujeres —especialmente las provenientes de familias de extrema pobreza— a espacios organizativos.

La noción de Vida Saludable que los aglutina se asocia a una mejor calidad de vida alcanzable por medio de la participación, la voz pública, la obtención y gestión de proyectos, y el fortalecimiento del capital

social de la comuna. Actualmente, son 19 las organizaciones integradas a la red y existe un amplio campo de vínculos internos y externos a la comuna que facilitan el desarrollo de sus iniciativas. Esta red ha desarrollado un conjunto de proyectos orientados a la cultura, recreación, género, vivienda, movilidad social y trabajo, educación y medio ambiente. Destacando los proyectos de mejoramiento de las viviendas, alfabetización y nivelación de estudios; la participación en el Proyecto Comuna Segura, que logró la generación de luminarias para un sector de la comuna; el desarrollo de campañas de prevención de drogas en conjunto con Previene; impulso a la creación y realización del Fondeve 2006, así como diversas gestiones relacionadas con el retiro de basura domiciliaria. El Consejo y la red de organizaciones hoy son parte de diversas mesas de trabajo intersectoriales donde entregan opinión, levantan demandas e influyen en decisiones locales.

Entre las acciones de los líderes sociales del Consejo se incorporan también las de informar a la comunidad sobre la Reforma de Salud, el nuevo régimen de garantías explícitas (GES) y ejercer el control social de su implementación, así como informar de otros derechos y servicios sociales disponibles en el territorio, a la par que establecer instancias de debate entre funcionarios/as y dirigentes sobre temas que afectan a los/as vecinos/as. Entre sus logros, específicamente referidos a la colaboración con el CESFAM, destacan una serie de proyectos que incluyen la creación del Rincón Infantil del Centro, talleres de alimentación saludable —especialmente para la población diabética del consultorio—, servicios básicos de medicina alternativa⁴⁴ y la capacitación a dirigentes y otros integrantes interesados en el desarrollo de servicios alternativos de salud (por ejemplo masajes, que han venido replicándose). Por otra parte, el Consejo, con el apoyo del CESFAM, se ha articulado con la Operación Milagro, impulsada por el gobierno venezolano, para que habitantes de la comuna y el territorio —que se encontraban en listas de espera para intervenciones quirúrgicas oftalmológicas— fueran evaluados y seleccionados para el acceso a operaciones en Venezuela.

Un factor clave en esta experiencia es la tradición organizativa del territorio, que liga su historia tanto a luchas políticas como al desarrollo de estrategias de sobrevivencia y a demandas por necesidades básicas. Un segundo factor clave es que, desde el propio Consejo de Salud, se responsabiliza a las/os líderes de garantizar la participación efectiva de la comunidad en la discusión del Plan de Salud anual. Un tercer factor clave es que tanto el Centro de Salud como la Dirección de Salud Comunal contribuyen a este desarrollo, respaldando y sustentando al Consejo como una plataforma base del planeamiento participativo de proyectos de mejoramiento de calidad de vida.

Los métodos empleados han posibilitado un sólido trabajo en red que se extiende ya por 6 años y una importante legitimidad, basada en un proceso claro de renovación de los liderazgos, planificación participativa, el desarrollo de un programa anual de actividades, reuniones periódicas, difusión oportuna de la información, toma de decisiones compartidas, y mecanismos de difusión directa⁴⁵ e indirecta —a través de la radio comunitaria 1ª de Mayo ubicada en la Población La Victoria, volantes, afiches y dípticos— y mecanismos de asambleas de organizaciones sociales. Es decir, la información básica, logros y resultados de las gestiones, se han orientado hacia el conjunto de la comunidad.

En esta experiencia, además, se pueden destacar tres aspectos sustantivos: el reconocimiento de los/as dirigentes y la comunidad por las instituciones públicas, en tanto promueven políticas de desarrollo local; el fortalecimiento del Consejo de Desarrollo de Salud como plataforma que abre los espacios de participación e integración a las actividades programadas y el desarrollo de convocatorias ciudadanas, en conjunto con el intersector, para abordar otros problemas asociados a la calidad de vida.

La experiencia ha impactado con sus estrategias a otros centros de salud de la comuna que están impulsando procesos de participación comunitaria, en alianza con las y los funcionarios/os de salud, para mejorar la calidad de vida. El respaldo de los equipos de salud ha sido clave y ha instalado una visión de que la salud de la población depende de otro conjunto de factores a los que hay que atender. Así, en este espacio se proyectan claramente las potencialidades de incidencia de los equipos de salud y las comunidades en la formación de redes locales sociales, y modelos de trabajo en torno a los determinantes sociales de la salud.

⁴⁴ Tales como crear un vivero medicinal, que es mantenido en el centro de salud y que provee insumos para la realización de talleres de hierbas medicinales, y la producción de algunas medicinas alternativas.

⁴⁵ Uno a uno, o familia a familia.

Además, en acápite aparte merecen tratarse las lecciones y aprendizajes sobre los mecanismos y formas de operación que regulan los espacios de interacción al interior del Consejo.

3.2 Participación en la Gestión Ambiental Local (GAL)

En este caso se recogen lecciones acerca del modo de instalación de una política de gestión ambiental local que genera condiciones en el municipio y abre espacios a la participación ciudadana para asumir el mejoramiento de la calidad del ambiente en un territorio. Esta experiencia destaca por tres aspectos: la articulación del Municipio con un programa regional que busca instalar competencias en funcionarias/os municipales y comunidades mediante procesos de capacitación; la iniciativa local de gestión ambiental desarrollada con posterioridad a ese proceso, para aprovechar el potencial local de la comunidad y las competencias instaladas en la fase previa y el interesante caudal de acciones que se han emprendido para mejorar la relación entre ambiente y desarrollo en la comuna. En tanto tal, la experiencia muestra un modelo de trabajo que puede servir de ejemplo para las funciones que deben desarrollar las Secretarías Regionales Ministeriales en el campo de la salud pública.

La experiencia se desarrolla en la comuna de Lampa, ubicada a 37 km. al norponiente de la ciudad de Santiago. Lampa es una comuna rural, en transición hacia lo urbano, sus actividades económicas son mayoritariamente agrícolas, pero en los últimos años se ha producido un crecimiento en población y un importante desarrollo industrial, lo que ha generado problemas asociados al uso del suelo, al medioambiente y de servicios básicos.

El programa de Gestión Ambiental Local (GAL), desarrollado por la Comisión Nacional del Medio Ambiente de la Región Metropolitana, juega un rol clave en la experiencia. Es un programa que se aplica en 31 comunas con el patrocinio de fondos internacionales (PNUD⁴⁶), la Gobernación de Santiago y la Asociación Chilena de Municipalidades. El programa identificó como uno de los principales objetivos de la gestión ambiental promover la descentralización a nivel local y ciudadano; particularmente, en municipios rurales o semi-rurales donde hay más pobreza, problemas ambientales complejos y mayor distancia entre el gobierno local, y las autoridades regionales y nacionales.

El año 2004 se incluyó a Lampa en el plan piloto que integró a 14 de las 52 comunas de la Región Metropolitana para ejecutar el GAL. Éste consiste en brindar asistencia técnica; capacitación e información ambiental, así como fortalecer capacidades y generar redes que faciliten la gestión ambiental en los territorios comunales. Sus destinatarios son tanto las funcionarias y los funcionarios municipales como las comunidades locales. La capacitación incluye la evaluación de impacto ambiental, ordenamiento territorial, manejo de recursos naturales y reciclaje de residuos. El primer paso de GAL es el involucramiento y aceptación de parte de la autoridad local en el programa. En este caso, el alcalde fue pieza clave a la hora de facilitar la participación funcionaria en capacitaciones, acceder a la creación de la secretaría ambiental y comprometerse a abrir una glosa presupuestaria para estas materias.

La metodología de capacitación, factor clave de los resultados obtenidos integró tanto a funcionarias/os municipales como a miembros de la comunidad; se desarrolló, además, promoviendo la aplicación de los conocimientos adquiridos en el diagnóstico y la identificación en terreno de los problemas ambientales del territorio, elevando, a la vez, propuestas de acción⁴⁷. Ello culmina con la realización de un seminario en el que se aborda, ante una amplia asamblea local y otros actores institucionales, la puesta en común de un problema o situación ambiental considerado prioritario por los/as participantes.

En consistencia con su estrategia de trabajo en la comuna de Lampa, este programa capacitó tanto a funcionarias/os municipales de distintos departamentos del municipio, entre ellos a los asesores urbanos y la

⁴⁶ Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.

⁴⁷ En este proceso, los equipos de trabajo están mezclados, lo que promueve la interacción y construcción de visiones comunes entre personal técnico y las ciudadanas y los ciudadanos participantes.

Dirección de Obras, como a personas y líderes de la comunidad interesados en temas ambientales. El trabajo común fue generando una visión compartida sobre el valor ambiental del territorio⁴⁸, las riquezas naturales, el conocimiento analítico sobre los modos en que opera la gestión de residuos y el funcionamiento de los sistemas de gestión ambiental aplicados.

A pesar de que tanto las ciudadanas y los ciudadanos como las funcionarias y los funcionarios partieron con un nivel importante de escepticismo frente a la iniciativa, la situación fue revertida en el transcurso del proceso. Una vez terminado el programa, el Municipio impulsó un quehacer propio formando una Comisión Ambiental multidisciplinaria integrada por la Dirección de Obras municipales, la Unidad de Medio Ambiente, la Secretaría de Planificación (SECPLAC) y por quienes desarrollan la labor de asesoría urbana. Esta Comisión se propuso como meta mejorar la situación ambiental e ir en pro de la conservación de los recursos naturales de la Comuna, integrando procesos de participación ciudadana, alianzas intersectoriales y asociación con organismos académicos.

Las organizaciones ciudadanas que participaron del proceso se han fortalecido y ampliado sus acciones, a la par de que se han creado otras nuevas. Éstas cuentan hoy con una batería de instrumentos y conocimientos de sus derechos para acceder a información e incidir en decisiones relacionadas con la evaluación de impacto ambiental. Se han incorporado a mesas de trabajo y participan activamente en el diseño y ejecución del Plan de Acción de Protección de la Biodiversidad de Lampa —en el cual se ha dado especial importancia a la protección del Humedal de Batuco como un sitio prioritario de la comuna— y han participado en una feria ambiental comunal para difundir las iniciativas ciudadanas de protección del medio ambiente y sensibilizar e informar a la comunidad. Además se realizó un Cabildo ambiental donde compartieron autoridades regionales, locales y ciudadanos/as.

Las organizaciones además colaboran en la capacitación y campañas por mejorar el medioambiente. Por ejemplo, la organización Reciclar es Futuro de Lampa, que ya existía en forma previa como una agrupación de mujeres dedicada al reciclaje de materiales, amplió su labor hacia la capacitación de niñas y niños de los establecimientos educacionales de enseñanza básica, lo que se traduce luego en implementación de contenedores en las escuelas y campañas de limpieza en la comuna. En Batuco, la recién creada organización el Totoral se dedica al trabajo por la certificación ambiental de las escuelas y la conservación del humedal de la localidad. En general, el trabajo en las escuelas es también un eje de las acciones en las que se impulsa una educación orientada a la protección de los recursos naturales de la comuna con el apoyo de organismos privados.

Como señalan sus protagonistas⁴⁹, en la medida en que se fortaleció la institucionalidad municipal y se empoderó a la ciudadanía, la relación entre ambas ha alcanzado importantes niveles de compromiso y madurez: “Colaborar cuando es necesario y criticar y contraproponer cuando corresponda”. La formación de redes municipales y ciudadanas reafirmó al Municipio de Lampa y sus organizaciones, situación acrecentada por la relativa distancia de los centros más urbanos y el consecuente sentimiento de “aislamiento”. La visibilización de experiencias y la apertura de espacios conversacionales, como Ferias y Cabildos, han contribuido a difundir la necesidad de una gestión ambiental local.

En esta experiencia, las redes de acción —al igual que en las experiencias anteriores— no se limitan a la escala local, sino se extienden hacia espacios institucionales externos que pueden apoyar sus acciones. En efecto, la mesa comunal y, particularmente, el equipo municipal, han extendido las redes de colaboración hacia universidades, asociaciones especializadas e instituciones regionales, lo que permite un apoyo técnico importante para el trabajo de diagnóstico, generación de soluciones, capacidades de fiscalización y diálogo con el sector privado. De tal modo, la Universidad Católica ha desarrollado un software educativo para los establecimientos educacionales; la red ambiental de la Universidad de Chile apoya el levantamiento de una línea base del ecosistema natural y con tesis de grado para estudios especializados; la Unión de Ornitólogos de Chile para el censo de las aves de humedal y el estudio sobre las especies.

⁴⁸ Así como sobre los principales problemas encontrados.

⁴⁹ Ficha de Postulación al Premio Innovación y Ciudadanía 2006, en archivos del Programa Ciudadanía y Gestión Pública.

Lampa participa también con la COREMA⁵⁰ en los procesos de certificación de los establecimientos educacionales; con el SAG⁵¹ en el programa de inspección ad-honorem para el control de la ley de caza; y coordinan actividades de fiscalización de las plantas de tratamiento de aguas servidas, con la dirección de obras hidráulicas, la dirección general de aguas y la dirección de obras municipales. Por último, se han apropiado de los instrumentos de gestión para la conservación de sitios prioritarios y trabajan tanto en el humedal de Batuco como en la zona cordillerana, a la vez que actúan en alianza con el sector privado para acciones de capacitación en escuelas.

Su relación con la COREMA les permite retroalimentar su reflexión, conectarse con la visión especializada, a la vez que debatir la política y los planes regionales medioambientales: todos aspectos altamente valorados en el nivel local para su propia gestión. El GAL de Lampa muestra así, de modo nítido, las potencialidades de un trabajo en temas ambientales, promoviendo el involucramiento del Municipio, la corresponsabilidad ciudadana y el control local, social e institucional de factores ambientales que influyen en la salud, y en el desarrollo. Muestra, además, cómo las estrategias de trabajo de instituciones regionales pueden ayudar a construir institucionalidad y redes locales con capacidad para abordar responsablemente los temas ambientales. Para la gestión ambiental que debe desarrollar la Autoridad Sanitaria, la experiencia deja planteada la posibilidad de abrirse al trabajo intersectorial y de confluir en la política local, fortaleciendo las redes existentes y generando programas e instrumentos de apoyo a las comunas, estimulando así procesos de Participación Ciudadana.

3.3 Gestión de Servicios y Participación Ciudadana en Salud

En este campo interesa trabajar más específicamente las lecciones que dejan dos de las experiencias analizadas, el Consejo Local de Desarrollo en Salud del CESFAM en la comuna de Pedro Aguirre Cerda (PAC) –cuyas estrategias sociales se analizan en forma previa– y el Presupuesto Participativo del Servicio de Salud de Talcahuano. Ambas experiencias aportan, desde diferentes escalas, aprendizajes sobre los mecanismos de gestión participativa, los dilemas del “*scaling-up*” de los procesos de participación en salud y a pensar en las claves de una política de participación que pueda engarzar los procesos entre los diferentes niveles de gestión.

En el Consejo Local de Salud, como ya se ha señalado, participa la representación de una red social conformada actualmente por 19 organizaciones, la cual ha venido: afirmando una dinámica propia; eligiendo sus propias formas de funcionamiento y de liderazgo; sosteniendo su plena autonomía; construyendo una capacidad de procesamiento, agregación de demandas y también de propuestas; colaborando en la gestión de salud y del territorio. Lo innovador es el apoyo, estímulo y reconocimiento que a esa construcción brinda la institucionalidad de salud. En este sentido, en el desarrollo de la comunidad y del Consejo ha existido una responsabilidad compartida.

Efectivamente, en esta experiencia destaca la ruptura con un modelo de representación de la comunidad en los Consejos de Salud que generalmente integraba sólo a un activo de usuarios del sistema, fomentando a veces el clientelismo. Aquí, la red la integran mujeres, jóvenes, microempresarios y otros grupos que desarrollan alianzas con el CESFAM del territorio, con Organismos No Gubernamentales, instituciones públicas, locales, regionales e internacionales, tras el objetivo de alcanzar mayores niveles de bienestar de su población y mejorar los servicios de salud.

En el espacio del Consejo, una de las claves para afianzar los vínculos han sido los mecanismos de diálogo, la horizontalidad, los lazos de confianza y de solidaridad, la gestión transparente y democrática, que rinde cuenta y respeta los compromisos.

⁵⁰ Comisión Regional de Medio Ambiente.

⁵¹ Servicio Agrícola y Ganadero.

Una lección relevante son las acciones emprendidas para sortear las dificultades iniciales de desconocimiento de los/as dirigentes sobre la gestión de salud y la desconfianza de los/as funcionarios/as. Una estrategia de fortalecimiento de capacidades, que incluyó tanto la agenda de promoción de salud (estilos de vida saludable, capacitación sobre el autocuidado en enfermos crónicos, talleres de alimentación, capacitación de monitoras), como la transferencia de competencias sobre los procesos de gestión del CESFAM, permitió promover el diálogo horizontal, la responsabilidad y la colaboración que caracteriza su funcionamiento.

Así, el Consejo avanzó paulatinamente de una agenda de trabajo relacionada con la promoción de la salud, hacia el acceso y la calidad de los servicios, la información, y el ejercicio de derechos y deberes de los usuarios y las usuarias. En el marco de esta agenda se han desarrollado diversas iniciativas, entre las cuales destaca el Módulo Solidario (2002) que anticipó las funciones de las actuales Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias, y dio origen a un innovador modelo de gestión participativa en el CESFAM. El Módulo, que luego se transformó en la OIRS, ha sido atendido por 20 dirigentes, de 17 organizaciones sociales de la comuna, que prestan sus servicios de manera voluntaria y se insertan plenamente en la estructura organizativa del CESFAM, con cuya dirección han desarrollado diversos procesos de negociación por el mejoramiento de la calidad de los servicios (Valdés et al., 2003).

Un aspecto clave han sido los mecanismos de gestión empleados que delimitan los roles y las funciones al interior del Consejo, establecen el sancionamiento de decisiones conformando normas y reglas que facilitan la interacción de acuerdo a los intereses mutuos, y definen los espacios de colaboración entre la comunidad y el equipo de salud. Todo ello se formaliza más tarde en un convenio de trabajo y en un reglamento operacional.

El rol del Consejo es velar por el acceso y la calidad de los servicios de salud en el territorio, y la Participación Ciudadana en sus decisiones. Las funciones se definen como de tipo informativo, propositivo, consultivo, evaluativo, decisorio y de gestión directa. La operación implica una planificación participativa anual que se traduce en un Plan de Salud que recoge dos ámbitos de trabajo: la participación en promoción de la salud y la participación en la gestión y el control social. Se instala también un mecanismo regular de toma de decisiones, de consecución y asignación de recursos, de cogestión de espacios de trabajo al interior y exterior del Consultorio, y formas de control y seguimiento de los proyectos adjudicados, lo que integra la asignación de responsabilidades y la delegación de atribuciones a equipos mixtos de trabajo conformados por funcionarios/as y líderes comunitarios, que deben acordar sus formas de ejecución y rendir cuentas.

La definición de los roles y funciones para cada actor contribuye a disminuir tensiones y a acotar los espacios de trabajo conjunto (Convenio, 2005). La comunidad cumple funciones en: la organización y ejecución de talleres orientados a la promoción de estilos de vida saludable; la capacitación a las/os integrantes nuevos/as en temas emergentes de salud⁵², lo que ha proyectado la construcción de la red social local; mantener la atención conjunta en la actual OIRS (ex Módulo Solidario), y mantener la comunicación directa de la OIRS con la Dirección, para representarle los problemas que la comunidad usuaria percibe. Los compromisos del Centro de Salud son: brindar la infraestructura y el equipamiento adecuado para las actividades del Consejo, aportar con horas profesionales para las actividades educativas, participar activamente en las actividades generales, dar respuesta y solución a las dificultades encontradas en la gestión, y mantener relaciones armónicas entre la Dirección del establecimiento y el Consejo. Con ello, y el respaldo otorgado por el equipo de salud a la actividad de la comunidad, el Consejo se constituye en una plataforma de desarrollo del territorio.

Las funciones, normas y convenios establecidos, han conducido a la institucionalización del espacio de participación y a un reconocimiento formal del derecho de las comunidades a participar en la gestión, y en el control social de la institución de salud. En general, además, deja lecciones sobre la base local que puede aportar la gestión de salud para el scaling-up de la participación en la política de presupuestos participativos de los Servicios de Salud.

⁵² Organizar la participación ciudadana en la elaboración del Plan de Salud Anual

3.4 El *Scaling-Up* de la Participación: El Presupuesto Participativo del Servicio de Salud de Talcahuano

A esta experiencia se ha asignado un capítulo completo en este texto⁵³, por lo cual aquí sólo se relevarán algunas de las lecciones sobre las estrategias utilizadas para promover la Participación Ciudadana y ejecutar el presupuesto participativo.

La experiencia del Servicio de Salud Talcahuano abarca el radio de acción de las comunas de Penco, Tomé y Hualpén, que están bajo su jurisdicción. El Servicio de Salud atiende a una población de 348.804 habitantes, de los cuales el 70% corresponde a beneficiarios/as FONASA. Desde hace cuatro años la Dirección del Servicio ejerce el poder y la voluntad política para impulsar una política de participación de los usuarios del territorio. La acumulación hecha, fruto de la continuidad y de los instrumentos aplicados, permite en el año 2005 implementar en forma piloto, el modelo de Presupuesto Participativo y replicarlo en el 2006. Este instrumento de planificación que surge en 1989 en Brasil y que consiste en integrar a la población a la priorización de la inversión pública, se ha aplicado en algunos municipios en el país.

Los recursos asignables a este proceso participativo, dado los niveles de centralización del país, al igual que en todas las experiencias realizadas, son escasos. En la experiencia piloto alcanzaron a M\$25, es decir, el 0,11% del presupuesto total⁵⁴. El objetivo de ese ejercicio fue financiar iniciativas comunitarias para mejorar la salud. En la segunda fase (año 2006) la estrategia de gestión amplió el campo de decisiones participativas, incorporando los recursos destinados a infraestructura sanitaria de nivel primario. Se negocia así, con el Ministerio de Salud, el respeto a la priorización resultante en la construcción de Centros Comunitarios de Salud Familiar asignados al territorio y se promueve la integración de recursos destinados a la promoción de la salud con la Secretaría de Salud Pública Regional.

La estrategia de participación utilizada en forma previa constituiría, además, un factor clave para la aplicación de este instrumento. La idea de cambio que se introduce desde el Servicio es la de ampliar la escala (*scaling-up*) de los procesos participativos, proyectando la integración de representantes de la comunidad del territorio en el Consejo de la Red Asistencial (CIRA), instancia técnica clave que define aspectos sustantivos de la gestión de salud en los establecimientos. Considera para ello la articulación del activo social de usuarios/as del sistema, organizados en Consejos Consultivos de consultorios, hospitales y las agrupaciones de usuarios/as del territorio. Este activo se transforma en la plataforma para impulsar la conformación del Consejo del Servicio de Salud desde el cual, posteriormente, se promueve la representación de la comunidad al Consejo de la Red Asistencial (CIRA)⁵⁵.

La estrategia incluye la transferencia de competencias a los/las líderes comunitarios, a los equipos técnicos y a los/las profesionales de la salud para promover el intercambio horizontal y acordar decisiones, incluso de inversión en salud (núcleo duro y de poder en la gestión). Este ejercicio y la elaboración participativa de cuentas públicas, va contribuyendo a la creación de condiciones para el desarrollo del presupuesto participativo.

Si bien la representación social –basada en el activo de usuarios/as participantes en los Consejos– es limitada, se explica en parte porque la estrategia no está apoyada por fuertes alianzas locales con los municipios y por los propios límites de la política de participación aplicada en el sector, que no asume responsabilidad por la calidad de la representación social de las comunidades en esos espacios. A pesar de ello, ya en el segundo año del ejercicio de presupuesto participativo, la convocatoria se amplió, lo que proyectó a los/las líderes de los consejos hacia un trabajo de sensibilización de las comunidades para integrarlas al proceso. Las 700 personas que participaron de la priorización de iniciativas y elección de delegados territoriales en la segunda experiencia son signos alentadores de una activación comunitaria –y el

⁵³ Ver los artículos de Jorge Ramos e Ingrid Fontalba y de Carlos Ochsenius, en la segunda parte de este libro.

⁵⁴ Un 50% del presupuesto está destinado a remuneraciones y el resto está predestinado a fármacos y otros insumos, lo que hace inviable contar con fondos de libre disposición.

⁵⁵ Ya en el 2004, el Servicio recibió el reconocimiento del Premio Innovación y Ciudadanía por su experiencia de articulación de la participación ciudadana en el Consejo de la Red Asistencial (CIRA).

norte del servicio y de los/las líderes de salud es de comprometer a ese activo con el quehacer por el mejoramiento de la salud y la calidad de vida— lo que puede tener interesantes proyecciones si se apoya en alianzas institucionales locales.

Otro cambio importante se relaciona con la operatoria del primer ejercicio presupuestario (que contempla sólo proyectos de ejecución comunitaria). Allí se elimina el criterio de concursabilidad, aplicando los proyectos aprobados en las 4 comunas del territorio, lo que reduce la competitividad, las frustraciones y obliga a establecer acuerdos entre los/las representantes sociales. Además su implementación incluye la gestión en comités mixtos, que tienen un referente técnico y otro comunitario, al igual que un comité de seguimiento. La idea fuerza detrás de estas estrategias es promover la solidaridad entre las comunidades, fomentar nuevos espacios de interacción, promover el control social y la transparencia en la gestión.

Para el desarrollo de la experiencia, el Servicio ha construido alianzas con el Programa de Políticas Públicas y Ciudadanía de la Universidad del Bío Bío, con la agencia de cooperación alemana GTZ, con la SEREMI de Gobierno y la SEREMI de Salud, que colaboran en metodologías, seguimiento y sistematización, apoyo político y recursos.

Sus actores recuperan como central la posibilidad de desarrollar un trabajo articulado entre los niveles locales y el Servicio de Salud, a la vez que compartir las visiones territoriales y sectoriales respecto de la inversión en salud. El equipo del Servicio que ha promovido la incorporación de ciudadanos/as-usuarios/as a un espacio vinculante de decisiones en su balance, señala que la experiencia no sólo profundiza la democracia, sino también ha ganado en pertinencia en la política sectorial, ha contribuido a focalizar más adecuadamente la inversión y al mediano plazo puede abrir un camino para la disminución de brechas de equidad de acceso, especialmente en aquellos sectores de mayor vulnerabilidad.

La experiencia arroja numerosas lecciones y se ha constituido en un modelo para el sector salud y otros sectores, lo cual se ve expresado en que en la Región se inició en el año 2006 un proyecto piloto con los otros cuatro servicios de salud para incorporar la modalidad; se incorporó el CONACE Regional en una experiencia similar orientada hacia los/las jóvenes y el Ministerio de Salud ha definido que este modelo de gestión se amplíe progresivamente al 100% de los Servicios de Salud del país, estableciéndolo como meta para el año 2009.

Conclusiones

La agenda de equidad que impulsa la nueva administración gubernamental está marcando un punto de inflexión en la política del sector salud. Tras ese objetivo, hoy la política ministerial se hace cargo con mayor plenitud de la necesidad de asumir nuevos roles e intervenir en nuevas áreas —y bajo nuevas formas— para contribuir a salvar las brechas de equidad, tras el concepto de que la salud no sólo es el resultado de una buena capacidad de acción del sector, sino también de la interacción de un conjunto de factores económicos, sociales, medioambientales y políticos.

En esta perspectiva, la articulación intersectorial y la Participación Ciudadana resultan claves. La primera para concebir cambios en las condiciones de vida y medioambientales que afectan la salud de las personas, y la segunda para recuperar, desde los/las ciudadanos/as en general y de los/las más pobres y vulnerables, en particular, la voz pública sobre sus necesidades y el compromiso para impulsar los cambios en forma responsable. En ambos espacios de intervención el sector requiere reflexionar sobre sus prácticas y recuperar lecciones desde experiencias que han logrado, con cierto nivel de éxito en los espacios subnacionales, desarrollar ambos procesos. En esta perspectiva, las experiencias analizadas en este texto —y que han sido destacadas con el Premio Innovación y Ciudadanía, 2006— muestran variadas lecciones que pueden ser recogidas en el marco de la nueva agenda.

En general, éstas dejan planteada la posibilidad de impulsar procesos asociativos y participativos de los/as ciudadanos/as pobres y vulnerables sobre los cuales la acción del Estado resulta clave, promoviendo la

voz pública y su incidencia en las decisiones que afectan de modo directo sus condiciones de vida, bajo formas que pueden ser impulsadas desde establecimientos de salud y proyectadas hacia las comunas y territorios para contribuir a resolver las brechas de equidad que determinan la salud.

También muestran las posibilidades de incentivar procesos asociativos y de Participación Ciudadana de personas, y grupos activos, cuyo bienestar en salud depende tanto de los marcos regulatorios que el Estado fije para las actividades económicas y la provisión de servicios básicos por privados, como de los procesos de planificación e inversión orientados a mejorar las condiciones de vida, comunicación y el medioambiente en los territorios. Ello demanda las articulaciones intersectoriales de las Secretarías de Salud Pública y las alianzas con los municipios, diseñando instrumentos que fomenten las competencias, la interacción con los/las ciudadanos/as y los espacios de reflexión de los equipos locales.

La política de salud supone configurar instrumentos y un marco de acción para fortalecer redes de naturaleza mixta, amplias, intra y extrasectoriales, que abran espacios de participación ya sea en la escala regional, provincial o local. éstas deben ser operables desde arriba –para el debate público y construcción de acuerdos socio-políticos sobre derechos y regulaciones en la sociedad– como también desde las unidades intermedias y locales de intervención, para generar los arreglos institucionales que permitan cumplir con las metas de equidad e inclusión social. Las experiencias muestran diversos mecanismos para fomentar éstas redes como espacios inclusivos, de armonización de intereses, que integran la participación de la ciudadanía, amplían la noción de salud y las acciones por el mejoramiento de la calidad de vida.

Por otra parte, entre las lecciones también se observa que los espacios de gestión de los establecimientos y de los Servicios de Salud –que deben velar por las garantías y la calidad de los servicios en el sector– pueden transformarse en mecanismos efectivos de Participación Ciudadana a condición de corresponsabilizarse de la representación de las comunidades en ellos, generar competencias para el diálogo y establecer mecanismos de gestión claros, que delimiten roles, funciones, mecanismos operatorios y ámbitos de ingerencia en las decisiones internas. Una política de Participación Ciudadana que impulse estos procesos desde abajo puede permitir el scaling-up hacia la participación en los Consejos de los Servicios y de los de la Red Asistencial (donde se deciden materias sustantivas), así como crear las bases para el ejercicio de los presupuestos participativos. Ello supone un estrecho marco de colaboración entre los Servicios de Salud, los municipios y los establecimientos de salud, así como alianzas comunitarias para promover la participación en salud.

Bibliografía

- Delamaza, G.** ¿Fortaleciendo la Sociedad Civil desde el Estado?. Paper presented to the Conference Philanthropy and Social Change in the Americas. Santiago, marzo, 2003.
- Fernández M. y Bello D.** Nociones de Ciudadanía: el debate de su desarrollo en Chile. Revisión Bibliográfica. Programa Ciudadanía y Gestión Local, Fundación para la superación de la pobreza. Santiago, 2004.
- Fernández, M. y Ochsenius, C. Innovaciones, Arreglos Institucionales y Participación Ciudadana: Contribuciones a la reforma de salud. Programa Ciudadanía y Gestión Pública, Universidad de Los Lagos, Ministerio de Salud. Santiago, 2005.
- Gaventa, J. Triumph, deficit or contestation? Deepening the 'Deepening democracy' debate. Working Paper N° 264. Institute of Development Studies at the University of Sussex. Brighton, UK, 2006.
- Goetz A. M. y Gaventa J. Bringing Citizen Voice and Client Focus into Service Delivery. Working Paper N° 138. Institute of Development Studies at the University of Sussex. Brighton, UK, 2001.
- Holzmann R. y Jorgensen S. Manejo Social del Riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. Documento de Trabajo N° 006 sobre protección social. Banco Mundial, Washington D.C., febrero, 2006.
- Kawachi, I. The Social Determinants of Health: challenges for Health Promotion. Harvard School for Health Promotion. Ponencia presentada en el III Congreso de Promoción de la Salud. Santiago, enero, 2007.
- MINSAL. Plan Nacional de Promoción de la Salud. Orientaciones 2005. División de Políticas Públicas Saludables y Promoción de la Salud, Unidad de Promoción de la Salud. Santiago, febrero, 2005.

- MINSAL (a). Estado de Avance en los objetivos de impacto. Objetivos sanitarios para la década 2000-2010. Evaluación a mitad de período. Santiago, diciembre, 2006.
- MINSAL (b). Evaluación objetivo III: disminuir las desigualdades en salud. Commission on social determinants of health, OMS/OPS, Ministerio de Salud. Santiago, octubre, 2006.
- MINSAL. Orientaciones para la Programación en Red. Gobierno de Chile, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de la Red Asistencial. Santiago, 2007.
- OMS/OPS, MINSAL y FLACSO. Construyendo la Nueva Agenda Social desde la Mirada de los Determinantes Sociales de la Salud. Documento Síntesis del Ciclo de diálogos Democráticos. Santiago, diciembre, 2005.
- Salinas C., J. y Vio del R., F. "Promoción de la Salud en Chile". Revista Chilena de Nutrición. Santiago, vol. 29, N° 1, octubre 2002. pp.164-173.
- Valdés A. et al. De Pacientes a Ciudadanos. Experiencias Democratizadoras de la Salud. Instituto de Asuntos Públicos, Universidad de Chile y División de Organizaciones Sociales, Gobierno de Chile. LOM ediciones, Santiago, 2003.
- Wagner, P. Sociología de la Modernidad. Herder, Barcelona, 1983.

PARTE II

PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Presentación

En las siguientes páginas Jorge Ramos, Ingrid Fontalba y Carlos Ochsenius, nos entregan antecedentes y análisis de una experiencia de participación ciudadana, o mejor dicho de un proceso que, avalado por una fuerte voluntad política, nos muestra grados crecientes de participación en un servicio público: el Servicio de Salud de Talcahuano.

El primero de los autores, desde su posición de directivo superior de esa institución, nos ilustra sobre los diagnósticos encontrados, las metodologías utilizadas, las alianzas y aliados que han fortalecido el proceso, y también los procesos opuestos, a través de las fortalezas y debilidades, y una evaluación temprana de ellos. El segundo autor, desde una perspectiva académica, nos provee una visión más conceptual de la participación ciudadana en razón de la cual —y relacionada con la experiencia concreta— nos plantea interesantes desafíos que persisten para avanzar en el tema.

Creo que no cabe ninguna duda que uno de los efectos relevantes que ha producido el fenómeno de interconexión de las naciones, llamado globalización, es la adopción de la democracia como régimen político. Democracia que asume diferentes características, según el grado de perfección del verdadero “gobierno del pueblo” logrado. De este modo, se nos presentan desde democracias “electorales” muy formales hasta democracias deliberativas, con participación de las personas en la gestación y gestión de las políticas públicas. Así, percibimos también que la democracia presenta importantes déficit que pueden ponerla en riesgo: déficit de representación, que en nuestro país se han ido resolviendo con el acuerdo político de terminar con ciertos enclaves autoritarios; déficit de agencia de los cuales hemos visto recientemente dolorosos ejemplos⁵⁶ y constatado cuan perniciosos pueden ser para la democracia; déficit de ejecución y de deliberación, cuando la propia organización del Estado impide o dificulta la opinión e ingerencia de los ciudadanos y ciudadanas.

Lo anterior nos muestra que la participación ciudadana no sólo es una aspiración positiva por el valor intrínseco que ella representa y por la concepción de respeto a las personas, y a sus derechos, que lleva implícita. Desde un punto de vista más pragmático la participación es el “remedio” preciso y necesario para los déficit de democracia, contribuyendo a la gobernabilidad —esquiva gobernabilidad la han llamado algunos autores— y en definitiva a la consolidación del régimen democrático, y a la construcción de una sociedad más justa y estable. Un fuerte y responsable control social es el antídoto contra los déficit de agencia; es decir, una comunidad informada, deliberante y empoderada reduce los déficit de representación, de ejecución y deliberación.

Visto de este modo, la participación parece un ejercicio democrático y social deseable, y pudiera dar la impresión de un proceso fácil ya que avanza en el sentido del desarrollo de la sociedad. Sin embargo, desde distintos ámbitos sabemos que es un proceso difícil. La propia experiencia como directivo de otro Servicio de Salud —el de Ñuble— muestra muchas coincidencias con los problemas que señala Ochsenius. Por ejemplo, la apatía por la participación —que es un círculo vicioso de los déficit de democracia— o la constatación de que quienes considerábamos en nuestro mapa de alianzas como afines, resultan ser opuestos —a veces con especial virulencia—, son puntos particularmente graves en salud; sector que tradicionalmente ha sido altamente normativo y tecnificado en sus planes y programas, considerando la irrupción de la ciudadanía como una amenaza más que como una oportunidad.

Otro problema que constatan los autores —y nos hace también mucho juicio— es el llamado “clientelismo”, en el sentido de que nuestras intervenciones atraen fundamentalmente a aquellos que se sienten particularmente concernidos: los enfermos de esto o aquello, los adultos mayores, entre otros. En Ñuble hemos iniciado también un camino de participación con una metodología de representación —tenemos once “representantes ciudadanos” en el Comité Integrado de la Red Asistencial (CIRA)— y hemos advertido el mismo fenómeno: representantes que son usuarios o usuarias directos de algún programa y que muestran

⁵⁶ Chile Deportes o los problemas descubiertos en el Servicio de Impuestos Internos, son elocuentes.

antecedentes de “participación habitual”; extrañamos, sin embargo, la presencia y la participación de la comunidad “sin apellidos”, de los/as académicos/as, jóvenes, sector privado, entre otros.

El desafío, para quienes hemos escogido el camino difícil pero gratificante de la innovación y del avance creciente en grados de participación, es lograr potenciarlo; desde el tránsito de una ciudadanía que participa fundamentalmente para satisfacer sus necesidades básicas, utilizando lo mejor posible la oferta de los servicios públicos –por lo tanto en una modalidad fundamentalmente instrumental o a lo más ejecutora cuando esa comunidad participa en algunas tomas de decisiones–, hacia una modalidad decisoria en la cual las personas y comunidades expresan, hacen valer sus derechos y demandas, teniendo además un grado superior de participación en la toma de decisiones.

Los presupuestos participativos han demostrado ser un mecanismo efectivo de participación ciudadana, con todas las ventajas que los autores tan bien destacan. Lo que ha ocurrido en Talcahuano, constituye una experiencia que nos regala muchos aprendizajes y es, sin duda, un “laboratorio” que nos permite apreciar las oportunidades de mejora en estos procesos.

Coincidimos con Ochsenius; desde nuestra propia experiencia, que la Reforma de la Salud constituye una inmensa e imperdible oportunidad para avanzar a grados superiores de participación y sociedad democrática. Los objetivos declarados de la Reforma han desencadenado en las personas muchas expectativas y han “destapado” una serie de demandas y aspiraciones que debemos escuchar. En la medida que logremos involucrar a estas personas en la gestión de estas políticas públicas, así como en el control y evaluación de ellas, estaremos por un lado más cerca de los objetivos sanitarios propuestos y, por otro, más cerca de una sociedad civil más madura, estable y democrática.

Quienes estamos hoy involucrados en el sistema de salud y, a la vez, comprometidos en la construcción de una sociedad mejor, sabemos que debemos “convencer” a muchas resistencias muy cercanas. Hoy no basta, solamente, con obtener resultados óptimos desde el punto de vista sanitario o de los indicadores biodemográficos. El acto de salud no se agota actualmente en un correcto diagnóstico y un tratamiento adecuado –ni siquiera en la prevención o la promoción–, la participación de las personas y responder a sus expectativas es un imperativo valórico, ético y práctico.

Iván Paul Espinoza
Director Servicio Salud Ñuble

PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS EN EL SECTOR SALUD: UNA EXPERIENCIA INNOVADORA EN EL SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO, CHILE.

Jorge Ramos
Ingrid Fontalba

La participación ciudadana se ha convertido en un objetivo compartido por el Gobierno y por las Organizaciones de la Sociedad Civil, en cuanto a establecer mecanismos para discutir los asuntos públicos e incidir en el diseño de las políticas públicas.

En este contexto de fortalecimiento de la participación, surge la iniciativa de los Presupuestos Participativos: "Todos coinciden en señalar la importancia que guarda que el ciudadano pueda sentirse parte implicada en la Administración Pública, como forma de acrecentar su vinculación hacia los asuntos públicos y, por consiguiente, como posibilidad de hacer frente al estado actual de la situación política reforzando las instituciones democráticas. Los Presupuestos Participativos fueron declarados como 'buenas prácticas de gestión pública' por la ONU en el Congreso Internacional Hábitat II en Estambul, 1996" (Ganuza, 2002: 131-154).

En Chile, la Política Nacional de Participación Ciudadana es uno de los ejes orientadores y articuladores de la gestión de gobierno, pues: "sólo a través de un real reconocimiento por parte del Estado de los derechos y deberes ciudadanos por una parte, y del ejercicio y uso de éstos derechos por quienes son titulares, se profundiza la democracia" (Secretaría General de la Presidencia, 1997).

Con el Instructivo Presidencial de Participación Ciudadana (Ibíd.), que orienta y ordena a las autoridades de la administración del Estado a establecer formas de participación ciudadana en su gestión, y con la agenda de pro-participación ciudadana que entrega mandatos al sector público con plazos establecidos al año 2010⁵⁷, el acceso de los individuos al Estado ha cambiado, imponiéndose nuevos desafíos para éste.

A partir del año 1995, el Comité Interministerial de Modernización de la Gestión Pública fue el responsable de articular el Programa de Modernización, a través de un Plan Estratégico. Modernizar la gestión pública significó en términos prácticos: "realizar los esfuerzos para adecuar el funcionamiento de todas las instituciones y servicios públicos a las condiciones de eficiencia y de calidad que se requieren para responder satisfactoriamente en todos los ámbitos que le competen" (Secretaría General de la Presidencia, 1997).

De tal manera, la gestión participativa se entenderá como la generación de espacios de participación, tanto de los funcionarios públicos como de los/as usuarios/as, para mejorar los servicios y desarrollar la capacidad de responder satisfactoriamente a sus diversas necesidades. En términos de las líneas de acción, esto se expresa fundamentalmente en el mejoramiento de la calidad del servicio para "servir mejor a la gente". En esta línea se proponen proyectos tales como: el premio a la calidad; programa de innovaciones; oficinas de información, reclamos y sugerencias (OIRS), a partir de ventanillas únicas; la carta de derechos ciudadanos de cada servicio, orientada a mejorarlos y a introducir una cultura de calidad y responsabilidad, en funcionarios y directivos⁵⁸.

Este esfuerzo participativo genera vínculos de colaboración entre la administración pública de salud y los/as ciudadanos/as, asimismo, produce claridad para determinar planes y políticas de desarrollo que permiten mejorar las condiciones de vida de la población en general.

⁵⁷ Véase: Ministerio Secretaría General de Gobierno y DOS, 2006.

⁵⁸ De tal modo, surgen 106 compromisos ministeriales en la perspectiva de incorporar la participación ciudadana a la gestión pública.

Actualmente, nuestro marco jurídico-administrativo nos indica que a nivel local tenemos sólo una administración comunal, por cuanto carece de prerrogativas reales de decisión en un contexto amplio de materias públicas. Por ello, el desafío es generar instancias que permitan alcanzar mayor potestad en el ámbito comunal; es decir, pasar de la actual "administración local" a una estructura que garantice un verdadero "gobierno local". Ésto, es parte del desafío integral de descentralización política en que nuestra región esta inserta.

El presente documento da cuenta de la experiencia realizada por el Servicio de Salud Talcahuano en sus inicios, en el año 2005, y a partir del año 2006 en una etapa ya instalada en la gestión del Servicio de Salud. Señala los elementos claves de éxito y también las lecciones aprendidas. La idea es revisar el proceso para dar pie al desarrollo de presupuestos participativos en el sector salud, respetando las iniciativas e importantes desarrollos de cada uno de los servicios de salud de la red nacional.

El Presupuesto Participativo en la gestión de salud de la jurisdicción del Servicio de Salud Talcahuano (SST) –en pleno desarrollo a través de una asignación de su presupuesto anual– revisa y construye en conjunto con el Consejo de Participación Social en Salud todo aquello que permite alcanzar lo que hoy se conoce como una de las más innovadoras y exitosas prácticas para el logro de una Ciudadanía Activa.

1. Antecedentes Generales

El Presupuesto Participativo (PP) se ha definido como un instrumento de planificación que ayuda a la priorización de las demandas ciudadanas (de la ciudad), permitiendo el acceso universal a toda la población a tales decisiones. Es un espacio de cogestión, donde la comunidad y diversos actores administrativos deciden en conjunto una parte de las inversiones, incorporando estrategias de democratización de carácter innovadora en las relaciones entre Gobierno y sociedad civil.

En el PP la discusión y deliberación por parte de la población, acerca de las prioridades de inversión pública, van generando transparencia administrativa, suprimiendo los intermediarios en la aplicación de los recursos públicos y, sobre todo, aumenta la relación entre la población y el poder público.

Podemos señalar que las experiencias llevadas a cabo, se enmarcan en el ámbito municipal, plasmando las siguientes características: configuran un modelo de cogobierno; contribuyen a hacer más eficientes y equitativas las prioridades de inversión de la administración pública; brindan la oportunidad a amplios sectores de la población a participar, en particular a sectores tradicionalmente excluidos; son procesos educativos que proporcionan lecciones para actores de la sociedad civil y del gobierno involucrado, generando aprendizajes desde lo público para el ejercicio de una Ciudadanía Activa, así como la apreciación de una esfera transparente y democrática (Castillo y Villavicencio, 2005).

Las capacidades instaladas, junto con la ampliación de los conocimientos en el campo de la política, de la administración pública y el reconocimiento de la especificidad de roles, dan un sentido de legitimidad a las propuestas presentadas por el gobierno y por la comunidad para la deliberación conjunta y la búsqueda de consenso. Lo anterior se encuentra acompañado por el aprendizaje –por parte de la comunidad– de actitudes democráticas en el proceso de toma de decisiones, fortaleciendo actitudes de solidaridad y unión entre segmentos sociales distintos, a partir de una visión compartida.

Todo este proceso incrementa las exigencias de accountability del poder público para la sociedad, contribuyendo a la consolidación de una gobernabilidad democrática y a la calificación de los patrones de gobernabilidad técnicas y financieras de las acciones del Estado en el ámbito local. La generación de una nueva forma de democracia, de carácter más deliberativa, implica un cambio en la relación entre gobernantes y gobernados, de la cual se genera una relación más inclusiva respecto a los derechos, más participativa respecto a la igualdad de participación y bajo el principio del bien común, orientado hacia el acuerdo del bien público en la priorización social.

Se entenderán como dificultadores, en la experiencia de los PP, la existencia de diversas asociaciones de interés dentro de un mismo territorio; en este sentido, de acuerdo a los criterios organizativos y acorde con las dinámicas barriales y territoriales, se hace necesario en lo óptimo contar con un diagnóstico de la realidad social, lo cual se hace difícil, al igual que realizar estudios y formular estrategias de desarrollo, a partir de grupos abiertos a la participación. Acá lo fundamental, para instalar el proceso, es estar abiertos al aprendizaje y una posición adaptativa respecto a los cambios que se van dando en el proceso de instalación y la flexibilidad del modelo.

2. ¿Qué son los Presupuestos Participativos?

El Presupuesto Participativo (PP) surgió como tal en Brasil, en el año 1989, impulsado por el Partido de los Trabajadores (PT) y cuya primera experiencia se dio en la ciudad de Porto Alegre (1.3 millones de habitantes). Actualmente, se realizan experiencias similares en otros 150 municipios de Brasil y en países tales como España (en municipios como Rubí, Córdoba), Argentina, Uruguay, México, Chile, Francia e Italia.

El PP nació como iniciativa del Municipio de la ciudad de Porto Alegre, cuya ciudadanía lo apoyó y utilizó de manera amplia y masiva. Hoy el PP reúne a más de 150.000 personas en esta ciudad, para debatir y priorizar sus demandas.

En el programa de gobierno del Partido de los Trabajadores para la Campaña por la Intendencia de Porto Alegre, en 1988, se propuso explícitamente democratizar las decisiones de la nueva gestión a partir de consejos populares. El objetivo era permitir que cada ciudadano y ciudadana pudiera intervenir en la creación de políticas públicas, y en las demás decisiones de gobierno que tuvieran importancia para el futuro de la ciudad.

El Programa de Gobierno del Partido de los Trabajadores no tenía definido de qué manera se materializaría esta transferencia de poder a la ciudadanía, o cómo se constituirían las nuevas instituciones del poder popular, así como tampoco la forma en que se replantearía la relación entre las autoridades representativas y la ciudadanía. Es por esto que el camino para alcanzar lo que hoy se reconoce como una de las experiencias más innovadoras y exitosas de planificación, y desarrollo participativo de las ciudades (Premio Hábitat II, en 1996), fue un proceso largo y difícil, tanto en términos de aprendizaje como de construcción política y social, que enfrentaron todos los actores involucrados.

En términos prácticos el PP es un mecanismo de participación social que permite a la población conocer qué es el presupuesto municipal y decidir sobre él. Es decir, comprender cómo se recauda, saber y elegir cómo se gasta, determinar las prioridades y, finalmente, controlar su ejecución.

El Presupuesto Participativo, en lo teórico, considera diversos elementos que se entrecruzan entre sí, a saber:

- En la democracia, es un instrumento válido para consolidarla y profundizarla. El PP es una vía hacia la democracia participativa, en cuanto permite la posibilidad de decidir sobre el destino de los dineros públicos de manera directa.
- En lo institucional, constituye una herramienta para disminuir la distancia entre las instituciones democráticas y las personas, facilitando los canales de comunicación.
- En lo social, es un motivador para crear mejores lazos de unión entre las personas y superar la fragmentación que afecta la sociedad.
- En lo político, es una estrategia que permite acercar la política a las personas y, por ende, mejorar la opinión sobre ella.
- En lo económico, constituye un medio para optimizar y priorizar, según necesidades y demandas, los recursos públicos.

- En lo cultural, es una poderosa herramienta para promover la participación ciudadana que permite, a la vez, un cambio cultural que estimula a las personas a involucrarse activamente en los asuntos locales.

En concreto, los PP son una herramienta de participación ciudadana que consiste en la implementación de un instrumento de planificación anual, que ayuda a la priorización de las demandas de la ciudad, permitiendo un acceso universal de toda la población en las decisiones que atañen en el desarrollo de la comuna.

3. Política de Participación Social en el Servicio de Salud Talcahuano

La experiencia de participación ciudadana en el Servicio Salud Talcahuano (SST) resultó premiada como “buena práctica” por el Premio a la Innovación en Ciudadanía, año 2004⁵⁹. Este premio constituye un sello de calidad y de excelencia para las prácticas democráticas que están innovando en la gestión pública. El galardón otorgado busca destacar y reconocer públicamente a sus gestores que, desde su experiencia de trabajo cotidiano, promueven nuevas formas de vinculación entre las organizaciones ciudadanas y la institucionalidad pública estatal. Así, el SST contribuye a la gestación de un modelo de participación ciudadana en Salud que junto con realizar acciones concretas en ese ámbito, articula y promueve la Red Asistencial de Salud: instancia de coordinación de todos los actores de salud involucrados. El Consejo de Participación Social en Salud colabora con la gestión del Servicio de Salud asegurando un mecanismo que garantiza la participación de todos los sectores sociales involucrados: Consejos Consultivos de Usuarios en hospitales de alta y mediana complejidad, Consejos de Desarrollo en hospitales de baja complejidad, Comités Locales en Centros de Salud de Atención Primaria, Uniones Comunes de Juntas de Vecinos y de Agrupaciones de Salud⁶⁰.

En la experiencia del SST se unen dos procesos simultáneos: por un lado, fortalecer las dinámicas de asociatividad y participación social en salud de fuerte arraigo y presencia en las comunas de la jurisdicción del Servicio; por otro, la puesta en marcha de la Reforma Sectorial. Así por ejemplo, el año 2002, en el SST se conformó un Comité de Trabajo el cual definió cuatro ejes de acción: recursos humanos, participación social, sistema de registro e información y Red Asistencial. Este último opera como eje articulador de los otros tres, en tanto sitúa “la satisfacción de las necesidades en salud de la comunidad y redes sociales de apoyo en el centro de su accionar”. Con ello, se inició un proceso de gestión participativa que quedó plasmado en el Plan Estratégico de Desarrollo institucional período 2002-2006.

3.1 ¿Cómo Funciona la Participación de la Comunidad en el SST?

El consejo de participación social en salud está compuesto por cerca de 400 organizaciones sociales de carácter funcional —organizaciones de enfermos de parkinson, pacientes crónicos, hipertensos, entre otros— y territoriales —juntas de vecinos— los que cuentan con la legitimidad, reconocimiento y trayectoria de trabajo comunitario (“capacidad instalada”). Sus integrantes son los actores que participan en los establecimientos de salud pública del territorio del SST que abarca cuatro comunas: Talcahuano, Hualpén, Penco y Tomé, y bajo el alero de los diez establecimientos de salud⁶¹.

Dos de sus representantes integran el Consejo Ejecutivo de la Red Asistencial, máxima instancia orgánica del SST. Los miembros del Consejo de Participación Social en Salud cumplen un rol asesor voluntario que participa en decisiones relevantes en la gestión de la salud, tales como la incorporación de enfermedades para ser abordadas coordinadamente en la Red Asistencial o el diseño de un sistema amigable para el seguimiento a las indicaciones médicas, entre otras. Dicho Consejo, reúne a los Consejos de

⁵⁹ Luego de un proceso de 8 meses que realizan académicos de seis Universidades Chilenas, se seleccionó entre 381 postulaciones, provenientes de 161 comunas del país, la experiencia de participación del Servicio de Salud Talcahuano. El Premio fue otorgado ese año por el Programa de Políticas Públicas de la Fundación Para la Superación de la Pobreza.

⁶⁰ Ver detalle en gráfico de flujo referido a la participación de la comunidad en el Servicio de Salud Talcahuano.

⁶¹ Véase el Catastro de Organizaciones Sociales y Comunitarias que trabajan al alero de los establecimientos de salud del Servicio de Salud Talcahuano. Documento de Trabajo, año 2005.

Desarrollo Hospitalario y de Atención Primaria, instancias de participación destinadas a facilitar el control social de la gestión pública, como también incluye a las organizaciones territoriales y funcionales, tales como las Uniones Comunales de las comunas de la jurisdicción del SST. Orgánicamente, el Consejo de Participación Social en Salud funciona en base a un directorio integrado por representantes y dirigentes comunitarios, y también por actores institucionales: el Director del SST, la encargada de la Unidad de Participación Social y de la Unidad de Comunicaciones. Asimismo, a través de grupos de tarea, desarrolla acciones en diversos ámbitos promocionando proyectos para el fortalecimiento de organizaciones sociales en salud, programas de capacitación, entre otros. La experiencia aporta la promoción de derechos a través de acciones destinadas a informar y crear opinión sobre temas que le competen a toda la comunidad, aumentando la capacidad de propuesta de las organizaciones y fomentando el diálogo entre éstas, y la institucionalidad de salud.

Como parte del proceso, el SST pone en práctica una sucesión de medidas: (i) creación de la Unidad de Participación y Promoción de la Salud (2004), a la cual se suma la función de gestión de usuarios (2005); (ii) acta de compromiso público con las organizaciones sociales que trabajan en torno a los programas y establecimientos de salud, todas formalizadas jurídicamente, para integrar el Consejo de Participación Social en salud del SST; (iii) cese de los funcionarios directivos del Servicio de Salud y hospitales en cargos de conducción de los respectivos Consejos Ciudadanos (de Participación, Consejos Consultivos y de Desarrollo Hospitalario), reemplazándolos por miembros de las organizaciones sociales acreditadas por la institución y elegidos democráticamente por sus bases; (iv) creación de Fondo Anual de Fortalecimiento Institucional de las Organizaciones de Salud (equivalente a US\$5 mil dólares norteamericanos); (v) elaboración de diagnóstico y plan participativo para mejorar los nueve puntos críticos identificados en él, que decían relación con la participación social en salud; (vi) constitución de grupos de tarea mixtos (funcionarios del SST, miembros del Consejo de Participación), para proponer soluciones a los puntos críticos detectados para avanzar en la gestión participativa en salud en el SST; (vii) incorporación, con derecho a voz y voto, de dos miembros del Consejo de Participación al Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA); (viii) aumento de las atribuciones del CIRA, desde el rol asesor-consultivo al resolutivo; (ix) estudio de pre-factibilidad y puesta en marcha (2005) del "presupuesto participativo en salud", experiencia de carácter formativo que integra a las organizaciones miembros del Consejo de Participación Social en salud a las decisiones sobre el destino del pequeño fondo de inversión anual de que dispone el Servicio (equivalente US\$50 mil dólares norteamericanos).

La experiencia de Participación Social en Salud del Servicio de Salud Talcahuano innova a nivel nacional porque incorpora una nueva práctica en la gestión de salud, promoviendo una nueva forma de asociatividad que fortalece la presencia de los/as ciudadanos/as en la gestión de la salud pública, el trabajo en red, el fortalecimiento de vínculos horizontales y de confianza.

4. Los Presupuestos Participativos en Salud. La Experiencia Inédita del Servicio de Salud Talcahuano

4.1 Definición, Principios y Objetivos

Los Presupuestos Participativos en Salud (PPS) son una instancia de decisión ciudadana que le permite a la población conocer, discutir y decidir sobre una parte de los recursos financieros que se asignan para beneficio de su propia salud. Se trata de que las personas comprendan, por un lado, cómo funciona el presupuesto de salud y, por otro, que logren tomar acuerdos con otros actores sociales sobre la manera de asignar los recursos.

En la experiencia del SST se han puesto de acuerdo sus autoridades, junto a líderes sociales de la salud, para llevar a cabo un ejercicio que permita aprender a desarrollar este método de trabajo y mejorar la oferta de salud de la jurisdicción del Servicio, a partir de las iniciativas recogidas desde la comunidad.

Se busca, entonces, impulsar y desarrollar un modelo de salud centrado en las potencialidades de las personas, aportando al desarrollo territorial a partir de la implementación de iniciativas locales de la comunidad.

4.2 Descripción

El proceso del PPS, consiste en reunir a diversos actores ligados al ámbito de la salud a discutir el modo más apropiado de asignar los recursos dispuestos para ello. El impacto puede llegar más allá del ámbito de la salud, siendo éste un ejercicio válido para la discusión de los presupuestos municipales y del Gobierno Regional.

4.2.1 Fundamentación

- Se proyecta la necesidad de desarrollar un modelo de salud centrado en las potencialidades de las personas.
- La experiencia de participación del SST aporta claves de profundización de la democracia.
- Visión de proyectar un trabajo multisectorial y de articulación de los actores sociales.
- Aportar al desarrollo territorial a partir de la implementación de iniciativas locales de la comunidad.

4.2.2 Principios que se establecen para su instalación

- Participación en Red: Tener instancias de validación de los actores involucrados de manera directa y representativa.
- Pertinencia: El proceso debe responder a las necesidades reales de salud de la población y debe ser asignado con eficiencia y eficacia.
- Flexibilidad: El proceso debe poseer la capacidad de retroalimentación y adaptabilidad al aprendizaje.
- Progresión: Se entiende en la experiencia piloto la pretensión de avanzar en complejidad dentro del marco institucional.
- Replicabilidad: La experiencia debe ser entendida como una buena práctica de gestión en la política de salud.

4.2.3 Objetivo general

Realizar una experiencia piloto de carácter formativa, orientada a la asignación de recursos en el sector salud de manera participativa, involucrando a distintos actores en este proceso, de manera de dejar nuevas capacidades de gestión instaladas.

4.2.4 Objetivos específicos

- Capacitar a los actores involucrados para iniciar un proceso de PPS.
- Mejorar la oferta de salud de la jurisdicción a partir de las iniciativas de la comunidad.
- Innovar en la gestión de asignación financiera.
- Promover la participación de la comunidad a través de la planificación participativa.

4.2.5 Ejes temáticos

Atendiendo a los recursos dispuestos y hacia donde se establece el gasto, el Servicio de Salud Talcahuano establece tres ejes principales. Su Definición Operativa es la siguiente para cada uno de ellos:

i) Participación social

- Iniciativas de trabajo conjunto entre la comunidad y los trabajadores de la salud en temas relacionados con la salud pública.
- Articular redes entre el personal de los establecimientos y la comunidad organizada.
- Capacitación en redes sociales como instrumento de comunicación y democratización.
- Fortalecer los liderazgos respecto a resolución de conflictos.

ii) Promoción, prevención de la salud y medio ambiente

- Ejecutar programas o proyectos relacionados con una vida saludable: alimentación, actividad física, campañas anti-tabaco, factores psicosociales y ambientales.
- Ejecutar programas o proyectos relacionados con acciones vinculadas a la salud que representen factores de riesgo: drogadicción, alcoholismo, sexualidad, enfermedades crónicas u otras.

iii) Satisfacción usuaria

- Formular estrategias de capacitación que favorezcan el proceso de comunicación entre el profesional de la salud y el usuario.
- Mejorar la atención de los ciudadanos respecto a la acogida en los Centros de Salud y hospitales, de manera que sean más amenos, amigables y cercanos.

4.2.6 Actores involucrados

- Todos los integrantes de los Comités Locales VIDA CHILE.
- Integrantes de los Consejos de Desarrollo Hospitalarios.
- Integrantes del Consejo Consultivo de Usuarios de Hospitales.
- Integrantes de las Uniones Comunales de Juntas de Vecinos.
- Integrantes de las agrupaciones de salud.
- Integrantes de las agrupaciones juveniles.

Para iniciar este proceso formativo se establecen vínculos institucionales con el Programa de Políticas Públicas de la Universidad del Bío-Bío, la Agencia de Cooperación Alemana GTZ y su área de Participación e Inclusión Social. Desde la institucionalidad pública se establecen lazos con las Seremías de Gobierno y de Salud. Es así que se crea un Comité Técnico Político de Presupuestos Participativos en Salud, cuyo objetivo principal como comité es orientar, definir y sancionar las etapas de la iniciativa en un primer proceso.

4.2.7 Territorio que abarca la experiencia de Presupuesto Participativo en Salud (PPS)

La cobertura de la experiencia son las cuatro comunas de la jurisdicción del Servicio de Salud: Talcahuano, Hualpén, Tomé y Penco, y a los diez territorios constituidos por cada uno de los dispositivos de salud; tres hospitales y siete Centros de Salud de Atención Primaria.

4.2.8 Recursos financieros destinados a Presupuestos Participativos en Salud (2005)

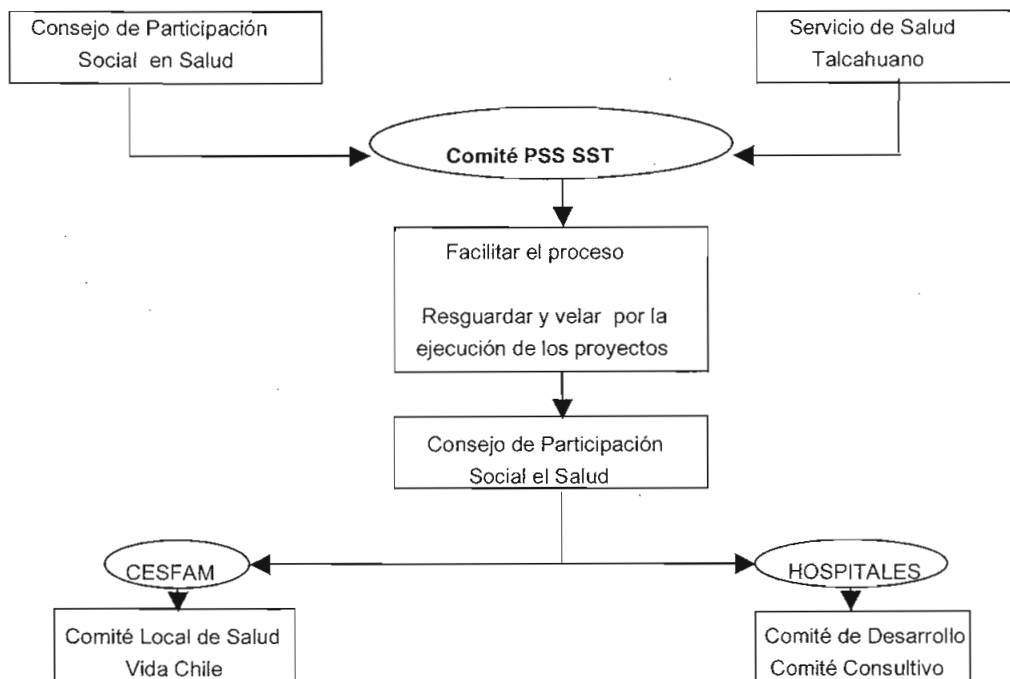
El Servicio de Salud Talcahuano ha dispuesto de veinticinco millones de pesos, equivalente aproximado de US\$50 mil dólares norteamericanos, para el proceso de formación en Presupuesto Participativo. Tal aporte se entiende como "asignación participativa" por tratarse de fondos que ya han sido distribuidos a nivel macro por el Servicio de Salud.

4.2.9 Metodología

La estructura de organización del proceso de PPS es una modalidad de funcionamiento articulado en dos bases fundamentales. En primer lugar, la comunidad organizada –como instancias de representatividad y

de trabajo– conformada por el Consejo de Participación Social en Salud y Red de Organizaciones vinculadas a los establecimientos de Salud. En segundo lugar, la institucionalidad de la Política de Salud del SST.

En este marco las estructuras son las siguientes:



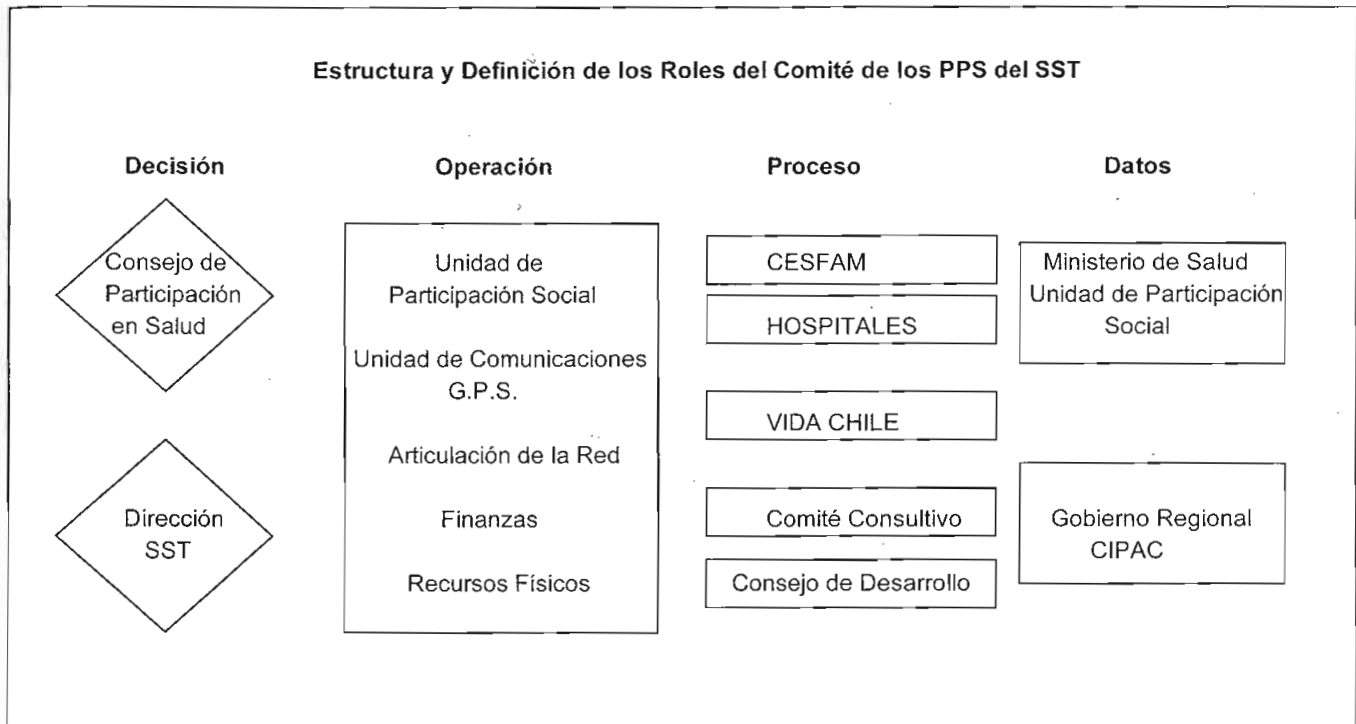
• Comité de Presupuesto Participativo del Servicio Salud Talcahuano

Rol: Facilitar el proceso de PPS en la dirección del Servicio de Salud Talcahuano y en la red de salud y comunitaria, como parte de la gestión y de un proceso colectivo en el que se hace parte a la comunidad "trabajando en red".

Integrado por:

- i) Servicio de Salud Talcahuano (Director).
- ii) Unidad de Participación Social del SST (Encargada Unidad y profesional de apoyo gestor de participación).
- iii) Consejo de Participación Social en Salud (instancia comunitaria).
- iv) Departamento de Gestión de Prioridades Sanitarias (Asesor técnico).
- v) Departamento de articulación de la Red Asistencial (Asesor técnico).
- vi) Unidad de Comunicaciones (Encargada).
- vii) Departamento de Finanzas (un representante).

Estructura y Definición de los Roles del Comité de los PPS del SST



• Los Equipos Territoriales

Los Equipos Territoriales (ET) representan a los establecimientos de salud de cada jurisdicción (10) y lideran el proceso en cada territorio (hospitales y Centros de Salud Familiar). Quien coordina y acompaña al ET es la encargada de participación social de cada establecimiento.

Las funciones de los equipos territoriales son:

- Estar informados del proceso y participar en las actividades de difusión de las diferentes etapas del PPS.
- Realizar actividades con los dirigentes sociales de la red de salud y J.J. V.V. para señalar los estados del proceso.
- Canalizar las inquietudes de los dirigentes sociales de manera de tener una retroalimentación durante todo el desarrollo del proceso.
- Priorizar alternativas de proyectos a incorporar en el PPS.

• Los Delegados Territoriales de los Establecimientos de Salud

Estos son los diez grupos de trabajo ya definidos, compuestos por el profesional Encargado de Participación de cada establecimiento de salud, más nueve representantes de la comunidad (cinco de los grupos funcionales de salud y cuatro de las organizaciones territoriales ligadas a las instancias de participación social en cada Centro de Salud y Hospital); quienes están en contacto permanente con el Comité de Presupuesto Participativo, además de responder a las instancias de cada establecimiento de salud/territorio. Los nueve delegados de cada establecimiento/territorio, para coordinar su funcionamiento, eligen un Coordinador y un Secretario de Actas. Registran todo lo realizado puesto que de eso depende la credibilidad del proceso; es decir, toman nota o acta de todo lo acordado.

5. ¿Cuáles son los Pasos del Proceso de Presupuesto Participativo en Salud?

La forma de trabajo recoge procesos históricos, nacionales e internacionales de Presupuestos Participativos; es decir, la experiencia de los actores sociales e institucionales en el modo de ejercer su ciudadanía y en el ir "aprender haciendo", al ir planificando, desarrollando y ejecutando cada una de las etapas de la puesta en marcha de la experiencia.

En relación al proceso de aprendizaje de la iniciativa, en una primera etapa se definió importante considerar los tiempos necesarios para ir readecuando el avance de la experiencia en la medida en que se fueran logrando los objetivos definidos para cada paso. En una segunda etapa, pasado el proceso de aprendizaje, los tiempos se hicieron coincidir con la programación anual de las actividades de salud.

Finalmente, se consideró estructurar la concreción de la experiencia de PPS de manera que pueda ser replicada en otros espacios, instituciones y/o territorios con énfasis en las comunas de la jurisdicción.

Paso 1. De información y organización. Se trabaja con los tres hospitales y siete centros de salud de las comunas: Talcahuano, Hualpén, Penco y Tomé (2005). En cada establecimiento se eligen diez representantes de las organizaciones del establecimiento y junto al/a Presidente/a del Comité Local, del Consejo de Desarrollo y el Consejo Consultivo se constituye el equipo de trabajo (ET) para ese territorio, junto al encargado de participación del establecimiento. Este equipo recibirá una capacitación que le ayudará a realizar su trabajo durante todo el proceso. Se entrega información oportuna, transparente y útil sobre lo que es el Presupuesto Participativo, así como lo que es posible y no se puede financiar con los recursos dispuestos anualmente para la experiencia.

Paso 2. De identificación de prioridades. Cada equipo capacitado realiza al menos una asamblea por establecimiento de salud con las organizaciones de base, recogiendo y ordenando en primera instancia las ideas de proyectos a realizar en el proceso. Se realiza un registro de los/as asistentes y todas las ideas surgidas.

Paso 3. De ordenamiento de las ideas recogidas. Cada equipo del establecimiento de salud, una vez recogidas las ideas de proyectos en las asambleas programadas, trabaja en una segunda instancia; en el reordenamiento de las ideas surgidas en éstas, bajo las orientaciones para el financiamiento del PPS entregadas por el SST ("lo que se puede y no se puede"). Los representantes de cada establecimiento se reunirán con el equipo del SST para ajustar la presentación al Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA) del SST con las ideas surgidas en las respectivas asambleas; juntando aquellas afines por cada eje temático.

Paso 4. De discusión, negociación y estudio de factibilidad. Las ideas revisadas por los equipos se presentan en una tercera instancia de ordenamiento –al CIRA ampliado para su análisis técnico–, lo que dará pie a reuniones donde los representantes de cada establecimiento (de salud), junto al equipo del SST, definen un conjunto de ideas posibles de financiar –con un estudio de factibilidad y sostenibilidad– las que serán propuestas a la comunidad: son las Ideas de Proyectos. Estas ideas serán presentadas en cada establecimiento, durante un plazo determinado, para conocimiento público.

El estudio de factibilidad considera cinco criterios: pertinencia al eje temático, recursos humanos, infraestructura, permanencia en el tiempo y correspondencia con una línea programática de salud. En este paso es clave la participación de instancias técnicas como el Departamento de Finanzas, Departamento de Recursos Físicos, del área programática.

Paso 5. De votación. Con las ideas de proyectos por cada establecimiento –y recomendadas por el CIRA– se realizará la Jornada de Priorización, donde todas las ideas ya ordenadas anteriormente se discutirán y se les dará una jerarquía a través de la votación, es decir, no todas se podrán ejecutar en el período y podrán servir de idea para otros proyectos

Paso 6. Una vez elegidas las ideas a financiar el Comité PP del SST define los equipos responsables de cada uno de los proyectos: Técnico y Comunitario, y con ellos elabora un calendario de ejecución y de monitoreo, incentivando el intercambio entre sectores.

Paso 7. De control: *"ver para creer"*. El control es mixto, de la comunidad mediante los Delegados Territoriales, como de los técnicos, ambas instancias representadas en el Consejo de Presupuesto Participativo y quienes acuerdan posibles modificaciones, si procede, en este mismo marco. Los equipos responsables técnico y comunitario conformados dan inicio a la planificación y ejecución de cada proyecto en conjunto con los equipos constituidos en cada territorio. El período de ejecución de los proyectos es de hasta nueve meses.

Paso 8. De evaluación y reflexión. La jornada de evaluación de los proyectos ejecutados es la instancia en que los equipos territoriales de cada establecimiento de salud, con la experiencia vivida, contribuyen a identificar claves para mejorar el proceso que viene. Una vez finalizados los proyectos se realiza una jornada de evaluación entre los equipos responsables de la dirección de cada proyecto; para conocer los objetivos logrados se elabora una ficha de evaluación en la que se detecta el cumplimiento del objetivo, facilitadores y obstaculizadores, además de reflejar la percepción del referente comunitario y el referente técnico.

6. Los Resultados Obtenidos

El proceso se ha caracterizado por el aprender haciendo. Las alianzas estratégicas: Universidad del Bio-Bío, Agencia alemana de Cooperación Técnica en Chile (GTZ), y las Seremías de Gobierno y de Salud regional, junto al Consejo de Participación Social, permitieron dar un sentido y una orientación al proceso vivido. Por tratarse de una experiencia inédita en el país, fue importante y necesario el apoyo metodológico del proceso en su inicio. Ha significado todo un aprendizaje tanto para los técnicos que integran los equipos de salud, los directivos, así como para la comunidad.

La inclusión de los/as jóvenes, que en la primera experiencia (2005) no aparecen, es recogida y se hace la invitación al Programa de Prevención Comunal de Drogas y Estupefacientes CONACE, de la comuna de Talcahuano, en el año 2006, a quienes se les hace parte en la capacitación de la metodología de trabajo. Así, ellos la insertan de acuerdo a las particularidades de su institución y con la temática correspondiente: prevención de drogas.

Se amplía también la participación ciudadana. En un segundo proceso (2006) se determina que exista un porcentaje de delegados sujetos a reelección y otros "delegados nuevos", elegidos de las organizaciones sociales de la red de salud.

Se identifican los roles que el Consejo de participación Social en Salud debiera adoptar para un segundo proceso: promoción de la experiencia a difundir a otras organizaciones; apoyar constantemente a sus delegados y generar un rol más protagónico en la conducción y orientación del proceso PP desde la comunidad.

Desde la política pública esta experiencia ha tenido una gran incidencia puesto que al originarse de una voluntad política ha podido traspasar de arriba hacia abajo y retomar hacia arriba. El impacto que ha significado que se le considere como una buena práctica a nivel nacional, dentro del sector salud y en el marco de una de sus líneas programáticas, es su aporte por profundizar la participación social en salud y permitirá su ascenso gradual en el sector hasta lograr instalar este ejercicio ciudadano de presupuestos participativos en salud en el cien por ciento de los servicios de salud del país.

Efectivamente, la experiencia de Presupuesto Participativo en el sector salud del SST, incorpora a su estrategia de participación social una modalidad deliberativa ciudadana inédita a nivel país y determina una

política pública del sector, al incorporarse como una meta a desarrollar en los objetivos sanitarios del sector a partir del año 2006 y hasta el año 2010; es decir, debe estar instalada en todos los servicios de salud del país en el marco del objetivo sanitario "una salud comprometida, acogedora y participativa". Incorpora en el Objetivo N° 5, dentro de los Compromisos Programáticos al año 2010 (MINSAL, 2006), un nuevo compromiso en salud: el de una participación ciudadana en determinación de prioridades y presupuestos participativos.

El impacto de esta iniciativa, a nivel nacional y en especial a nivel del sector salud, es producto de que el proceso de los Presupuestos Participativos en Salud, en líneas generales, se fundamenta en la necesidad de desarrollar un modelo de salud centrado en las potencialidades de las personas, aportando claves en la profundización de la democracia, en la visión de proyectar un trabajo multisectorial y de articulación de los actores sociales, a la vez que contribuir al desarrollo territorial a partir de la implementación de las iniciativas locales de la comunidad.

A continuación se señalan los proyectos que surgen de la primera experiencia llevada a cabo el año 2005. Todas las propuestas fueron priorizadas por la comunidad –resultando con la más amplia votación– y fueron desarrolladas por equipos técnicos-comunitarios, instalados para este efecto a nivel de la dirección del Servicio de Salud y en cada establecimiento de salud de la Red.

Es importante destacar en los resultados obtenidos que los proyectos bien evaluados se incorporan a la gestión de salud del servicio de salud, algunos ejemplos son: el proyecto prevención del cáncer de próstata, que si bien no está incorporado en la canasta de prestaciones del Sistema de Garantías Explícitas de Salud, en la práctica ha resultado exitoso en la detección de enfermedades cuya detección precoz –mediante el examen de antígeno prostático, realizado a cerca de 700 varones– permitió garantizar a 52 varones –cuyo examen resultó alterado– la atención por parte de un médico especialista, incorporarlos al programa de atención de salud y repetir el examen de control a 32 varones, además de establecer un flujo de atención y la decisión de instalar un protocolo de atención para este efecto en la red de salud; la entrega de contenidos educativos en materia de enfermos crónicos (hipertensos, diabéticos), proyecto de capacitación que incorpora una nueva forma de enfrentar el conocimiento y la prevención de más daño, trabajando en red con la familia y los cuidadores, a través del diseño participativo de una agenda con material educativo y la metodología que se incorpora a la gestión del programa de salud; la educación en sexualidad responsable para el/la adolescente, sus padres y profesionales de la salud, que permitió –a través de jornadas interactivas entre padres, hijos y profesionales de la salud– generar un manual de metodología participativa que se distribuyó a los establecimientos del servicio de salud para la realización de talleres.

De igual forma, el proyecto recuperar espacios públicos y salas de espera más acogedoras se ha incorporado en una segunda versión de los PP (2006)⁶² como proyecto fusionado que recupera espacios públicos para uso de los/as ciudadanos/as, dotando salas de espera más acogedoras, adecuadas al público infantil que atienden; recuperándose al final del proyecto nueve salas de espera, dos plazas y tres murales artísticos. A ello se suma hacer más grata la espera, especialmente para los adultos mayores, entregando una ración de leche mediante el proyecto de atención preferencial para el adulto mayor, beneficiando a los adultos mayores que asisten a la toma de exámenes desde las 08:00 a 10:00 hrs. en todos los establecimientos de salud de la Red, labor que se encargó a las voluntarias, monitoras o a las mismas agrupaciones de adultos mayores; elaborándose además un carné con un diseño más amigable y con la recomendación de que el adulto mayor debe ir acompañado a su visita al centro de salud u hospital.

La instalación de la Casa de Acogida para Familiares de Hospitalizados de Larga Estadía del Hospital Las Higueras –Hospital de más alta complejidad de la jurisdicción– es un proyecto en esta misma línea que se incorpora al Programa Hospital Amigo de la Familia y de la Comunidad⁶³ (2007) y beneficia al sector de mayor pobreza de nuestra Red: los usuarios provenientes de los sectores rurales y de las caletas de

⁶² En la primera experiencia recogían el mismo objetivo.

⁶³ Programa Hospital Amigo de la Familia y la Comunidad: medida presidencial que se implementa en todos los hospitales del país a partir del 1° de enero del 2007 y que considera la apertura del horario de visitas a pacientes hospitalizados como mínimo seis horas, todos los días del año, a la vez que mejoras en la señalética, en las condiciones de estadía de la visita, salas de espera más entretenidas y acogedoras, entre otros.

pescadores de difícil acceso –que deben acudir a visitar a sus enfermos y a la toma de exámenes–, entregando un lugar de refugio y de acceso a tomar una ración de alimento sin costo. Este proyecto lo liderará, una vez que se encuentre instalado, el cuerpo de delegados comunitarios del mismo proyecto (PP) y la agrupación de voluntarios del Hospital Las Higueras, rescatando así una actitud solidaria y de unión entre territorios que traspasan a la comuna, y que se genera a través de una visión compartida, bajo el principio del bien común y visión de red.

7. Proyectos y Resultados de los Proyectos Ejecutados en el Primer Proceso PPS (año 2005)

En total la experiencia ha reunido a 1.982 ciudadanos. Se capacitó a 290 delegados territoriales, quienes participaron en 44 asambleas (26 en la primera versión y 18 en la segunda) en las que se recogió la opinión de 1.231 personas.

En la segunda versión anual de la capacitación se integró a 18 delegados juveniles de CONACE Talcahuano y a 34 profesionales representantes de los equipos de participación de los servicios de salud, y directivos de la región del Bío-Bío, más un equipo de funcionarios de la Municipalidad de Linares; quienes asistieron a ésta, a modo de primera jornada de acercamiento y conocimiento de la experiencia. La actividad fue apoyada por la Jefa de la Unidad de Participación Social y Atención a Usuarios de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

Producto de las asambleas emergieron diversos proyectos, en tres ejes temáticos definidos, correspondientes a iniciativas de la comunidad.

Nombre Proyecto	Objetivo	Resultados Obtenidos
Previniendo el cáncer de próstata	Sensibilizar a los dirigentes de Clubes Deportivos y de Organizaciones Gremiales, de empresas y del sector salud. Realizar cuatro operativos: uno por comuna, con toma de exámenes en forma gratuita.	Educación a varones, a través de video conferencia, en los tres hospitales. Toma de 700 exámenes antígeno prostático. Derivación de consultas con médico especialista en el nivel secundario. Se incorpora a la gestión del SST.
Capacitación Integrada y en Red.	Líderes con formación en políticas de salud, trabajo comunitario y desarrollo humano.	Realización de dos jornadas: la primera fue de intercambios de experiencias realizadas en la red y la segunda fue de capacitación de acuerdo a lo priorizados por los delegados. 100 delegados capacitados.
Casa de Acogida para familiares de Hospitalizados Hospital Las Higueras.	Arrendar y habilitar una casa para acoger a los familiares de pacientes hospitalizados de larga estadía que residen en otras comunas.	Se le adjudica un total de siete millones de pesos y es parte del Programa Hospital Amigo de la familia y la comunidad. Albergar a un total de 16 familiares de pacientes hospitalizados de larga estadía.
Implementos para Dispensarios de Salud.	Dotar a los dispensarios de salud comunitaria de implementación para su labor promocional.	Se implementan 11 dispensarios y se incorporan a la red de salud. Se realizan operativos de salud en las cuatro comunas de la jurisdicción.
Atención preferencial para el Adulto Mayor.	Entrega de un vaso de leche/galletas, dotar de equipamiento para ello. Cuaderno control sano adulto mayor y acompañamiento a consulta médica.	Se entrega leche a los adultos mayores que asisten a la toma de exámenes de 8:00 a 10:00 a.m., entre los meses de abril –septiembre, en todos los establecimientos de salud. Se elabora y distribuye una agenda de control del adulto mayor más amigable.
Taller Capacitación Funcionario-Usuario	Incorporar a los dirigentes sociales en el programa de capacitación PAC del Servicio, en talleres y jornadas sobre participación, calidad y atención del usuario.	Dos talleres con el tema "Habilidades para enfrentar situaciones difíciles en la gestión de reclamos para OIRS y SOME. Acta de Declaración Ciudadana por parte de los delegados comunitarios al Director del SST.
Recuperar Espacios Públicos + Salas de Espera Entretenidas.	Recuperación de espacios públicos para uso de las organizaciones de la salud y la comunidad. Salas de espera más acogedoras y adecuadas al público infantil, por ejemplo.	Proyecto fusionado. Constitución de comisión que aprobó los pre-proyectos. Se realizaron 14 proyectos: nueve salas de espera, dos plazas recuperadas y tres murales artísticos.
Capacitando a familiares de pacientes crónicos.	Familias y/o cuidadores de enfermos crónicos conozcan sobre el autocuidado en el hogar de sus enfermos.	400 beneficiarios capacitados. Confección de agenda con material educativo. Metodología se incorpora a la gestión del SST.
Sexualidad Responsable Adolescente	Realizar jornadas interactivas entre padres, hijos y profesionales de salud.	Un Manual de metodología participativa, que se entregó a los establecimientos de salud para la realización de talleres. Se realizaron seis talleres en las cuatro comunas de la jurisdicción con un total de 165 beneficiarios entre padres, hijos y profesores.

8. Proyectos Priorizados en el Segundo Proceso de Presupuesto Participativo (año 2006)

Para el segundo proceso de PPS, el día 28 de Octubre 2006, votaron 181 delegados territoriales de las cuatro comunas de la jurisdicción, éstos son los proyectos:

Nº	NOMBRE DEL PROYECTO	VALOR	Nº VOTOS	VALOR \$
1	Yo Mujer, me cuido, me quiero, me mimo.	6.831.000	157	6.831.000
2	No corte la leche	2.150.000	116	2.150.000
3	Equipamiento Dispensarios de Salud	1.500.000	89	1.500.000
4	Mi establecimiento de Salud Acogedor	6.000.000	78	6.000.000
5	Fortalecer el Rol de Monitora de Salud	1.620.000	76	1.620.000
6	Talleres Integrales a Dirigentes Sociales	1.090.000	66	1.090.000
7	Capacitación Familiares de Enfermos de Parkinson y Alzheimer.	740.400	53	740.400
8	Infancia Saludable	952.000	36	952.000
9	Capacitación del Adulto Mayor en elaboración de Proyectos	421.000	32	421.000
10	Orientando y conociendo mi establecimiento.	10.600.000	28	3.695.600*
				25.000.000

* Nota: Proyecto se ejecutará con \$3.695.600. Así se totaliza \$25.000.000, monto del presupuesto anual destinado por el Servicio de Salud Talcahuano para la experiencia el año 2006.

En este proceso se amplía el área de decisión incorporando una consulta ciudadana sobre la construcción de los nuevos Centros de Atención Familiar (CECOF) para la jurisdicción y de cuyo resultado la dirección del SST, y la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de salud, respetará las nuevas decisiones de construcción, sujeta a los recursos dispuestos a partir del año 2007 por el sector.

En el presente año (2007) se inicia el proceso de materializar las ideas surgidas y priorizadas por la comunidad –en los proyectos ya mencionados–, y se comienza a levantar lo que será el tercer proceso de los presupuestos participativos en salud; ya no como una experiencia piloto sino como una buena práctica para la inclusión de la comunidad en el quehacer del sector y como una línea de trabajo que tiene que ser eficiente y eficaz –respetando los tiempos y el desarrollo alcanzado por las organizaciones sociales y los equipos de salud–, que cuenta con la voluntad política y la decidida acción de sentar las bases de nuevos canales de integración y participación activa: “participar es tomar parte activa” (Sartori, 1989).

El Plan comunicacional para dar cuenta de los Presupuestos Participativos fue fundamental para llevar a cabo la experiencia, ya que los soportes y de manera especial la frase “YO DECIDO”, construida participativamente, apoyó la difusión e hizo que los participantes se sintieran reflejados en el proceso. Este trabajo se realizó desde varios frentes: desde las propias instituciones de salud; desde las organizaciones de la comunidad; en las juntas de vecinos; desde los medios de comunicación⁶⁴.

Los soportes de difusión utilizados fueron: dípticos, folletos, afiches, vídeo, diseño e imagen corporativa de la experiencia, lienzos, carpetas y lápices. También se incorporó en la página web del Servicio de Salud un link con todo el proceso de Presupuestos Participativos en Salud, en el cual se detalla paso a paso el proceso que se va desarrollando de la experiencia.

Otra instancia de difusión, no menor, fue participar en eventos concursables. Por ejemplo, con la obtención del Premio a la Innovación en Ciudadanía, año 2004 y año 2006, o la presentación efectuada en el marco de los trabajos seleccionados en el 3º Congreso Nacional de Promoción de la Salud año 2007, se logró difusión de la experiencia –recibiendo, además, un sello de garantía de innovación al relevar el tema en un

⁶⁴ Esto último en la medida en que obtuvo el espacio.

marco de otras innovaciones surgidas desde el mismo sector y desde la sociedad civil—, avanzar en nuevas alianzas y conocer otras experiencias innovadoras.

Conclusiones

El Servicio de Salud Talcahuano tomando como base las grandes reformas, la Modernización del Estado, la Reforma de la Salud y el Instructivo de Participación Ciudadana emanado del Presidente de la República de Chile, desarrolla la participación social en salud bajo un principio que resulta obvio —y que de tan obvio a veces no se ve— y es que los servicios públicos le pertenecen a toda la población, son de todos nosotros. Ésta es la base desde donde se quiere desarrollar un gobierno sanitario participativo, en el que las decisiones de salud se tomen en las instancias naturales de trabajo y con los actores pertinentes: los trabajadores de la salud, las organizaciones sociales y los directivos de salud. En definitiva “se abre una puerta” para que los dirigentes sociales conozcan la gestión de un Servicio de Salud y no sólo la producción de salud; ellos pueden ver lo que se hace y a su vez han permitido a los trabajadores de salud conocer la dinámica de la participación de los dirigentes sociales.

Para profundizar la participación social en salud se debe ir más allá de los programas de salud, propiamente tal, más allá de los temas de autocuidado y de autoresponsabilidad de la salud que propone y desarrolla la estrategia nacional de promoción de la salud. Es necesario e imprescindible incorporar la participación social en la planificación, en la evaluación, en parte de la ejecución y en el control de la gestión pública de salud; fundamentos y acciones concretas realizadas a la fecha y que distinguen a este Servicio Público de Salud.

En sí mismos, los Presupuestos Participativos en Salud, son considerados como una: “[de] las prácticas más fecundas para la realización de políticas sociales exitosas, entendidas éstas no sólo como aquellas que generan la mejor relación costos/beneficios, sino más bien, aquellas capaces de promover una redistribución de recursos, la reflexión crítica sobre las problemáticas de salud y una efectiva democratización en la relación entre el Estado con la sociedad civil” (Pagliai, 2003).

Especificando aun más, los presupuestos participativos en salud, buscan que la comunidad participe de manera directa en la elaboración de los proyectos, en su ejecución y fiscalización; esto es fundamental para avanzar en la construcción de espacios democráticos de participación.

El involucramiento de grupos ciudadanos en el proceso de los PPS ayuda eficazmente en la construcción de sociedades más abiertas, transparentes, democráticas y participativas. La transparencia no sólo abarca la reducción de los espacios de discrecionalidad y corrupción, sino que implica crear debate público y procesos de toma de decisiones democráticas respecto del manejo y la aplicación de los recursos.

Los presupuestos participativos en salud han demostrado ser más que un incentivo a la participación y la manera de establecer prioridades locales, pues, además, producen cambios respecto de la cultura democrática de la institución. Esto significa avanzar hacia una mayor vinculación de la sociedad civil con los establecimientos de salud y en especial con los directivos de éstos, provocando el acomodo con la constitución de un nuevo centro de decisión —que serían los territorios y sus habitantes—, democratizando así la acción política y “localizando” la intervención técnica en los espacios cotidianos (barrios, centros comunitarios y espacios públicos en general), convocando a los ciudadanos —tanto en forma individual como colectiva— a la creación de un nuevo espacio público de carácter no tradicional que potencia a la ciudadanía en el ejercicio de sus derechos y responsabilidades.

De la experiencia vivida se destacan los siguientes elementos claves:

- La importancia de la formación previa de los dirigentes en lo relativo a herramientas, en especial todo lo relacionado con la formulación de proyectos. Existe motivación para capacitarse, a la vez que adquirir las competencias para enfrentar la gestión pública y los PP.

- Releva el poder de las comunicaciones, visualizar los acuerdos, las reuniones y el seguimiento de todo el proceso, facilitando el control, avance y seguimiento de la experiencia.
- El factor de mayor importancia para el éxito del Presupuesto Participativo es el de la existencia de una voluntad política en las autoridades para superar el clientelismo y respaldar el empoderamiento de las organizaciones sociales.
- La necesidad de tiempo para consolidar el proceso, para enfrentar las dificultades normativas, estructurales y organizacionales, analizar, constatar otras experiencias similares, y dar un fuerte giro a lo logrado para avanzar sostenidamente. Un ejercicio democrático que tiene el desafío de mirar el territorio como un espacio estratégico de gestión participativa para el desarrollo local y que esperamos que casi de manera natural deberán asociarse las organizaciones sociales, los establecimientos de salud y otras instituciones de gestión local.
- Desde una perspectiva político-ciudadana, "acercar las instituciones a la gente", facilita la participación en la toma de decisiones y permite mayor control de la ciudadanía sobre la acción pública (accountability). A la vez, se supone que estimula la participación política si los individuos creen que las políticas locales tienen una repercusión más directa sobre sus vidas y si estiman que sus opiniones son consideradas.
- A los argumentos anteriores se asocia uno de carácter económico ligado a la descentralización fiscal. Se supone mayor eficiencia en la función económica de asignación de recursos públicos en forma descentralizada, por cuanto se produciría mayor ajuste entre las preferencias de la población local y el conjunto de bienes y servicios a que tienen acceso.
- Importante es mantener al equipo técnico motivado e incluido en el proceso, los funcionarios de la salud de la jurisdicción deben conocer el proceso y participar en él; es decir, que se sientan parte del proceso y no ajenos a él. Importante es dejar las responsabilidades claramente definidas y delimitadas para cada integrante del proyecto, el referente técnico y el referente comunitario.

La gestión pública requiere de nuevos estilos de organización y de gerencia que permitan una gestión eficiente y eficaz, basada en el conocimiento, la información y la automatización. Los resultados ya no sólo están centrados en los productos sino en la satisfacción del usuario. En este contexto, el trabajo y la toma de decisiones están fuertemente asociados a los conceptos de participación social y redistribución del poder.

En el ámbito de la salud, los elementos descritos adquieren una complejidad particular. Se requiere el análisis de nuevas conceptualizaciones en salud, nuevas formas de organización, nuevos instrumentos de gestión, nuevas alianzas estratégicas con el mundo público y privado, así como nuevas formas de relación entre el Estado y la sociedad civil.

Es así que se ve a la participación como un recurso indispensable para mejorar la situación de salud de la población y se agrega el interés por su contribución a la disminución de las brechas de equidad en el acceso, oportunidad y calidad de la atención. A las dimensiones anteriores se agrega una consideración de la Ciudadanía Activa asociada al enfoque de deliberancia, como recurso para la modernización de la gestión pública de salud y el ejercicio de los derechos de los usuarios en el territorio del Servicio de Salud Talcahuano.

A través de este proceso tan simple se construye una nueva forma de convivencia. No basta participar, es necesario cuestionar lo que pasa, criticar, opinar, para mejorar y construir; deliberación ciudadana que permitirá generar mayor confianza social, diluyendo la competencia a una mayor cooperación social.

El desarrollo de esta experiencia pretende incrementar en la comunidad organizada la asociatividad. Con mayor comprensión de lo público, la invitación es a descubrir una contraparte con la que se puede conversar, criticar, compartir, generando mayor compromiso, una Ciudadanía Activa mucho más deliberativa: una democracia deliberativa comunitaria de base territorial.

Bibliografía

- BID. *Informe Banco Interamericano de Desarrollo*. 1997.
- Castillo A. y Villavicencio, H. *Hacia una Democracia Deliberativa, la Experiencia del Presupuesto Participativo San Joaquín 2004*. Corporación Libertades Ciudadanas, Santiago, 2005.
- Delamaza, G. *Sociedad Civil y Democracia en Chile*. Documento de Trabajo. Departamento de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, 1999.
- Delamaza, G. *"Políticas públicas y Sociedad Civil en Chile: el caso de las políticas sociales (1990-2004)"*. Revista Política. Santiago, N° 43, 2004.
- Delamaza, G. y Ochsenius, C. *Trayectorias, Redes y Poder: Sociedad Civil y Sociedad Política en Chile 1990-2003* [en línea] 2004 [fecha de consulta: marzo de 2007] <http://www.pucp.edu.pe/Trayectoria.pdf>
- Fedozi, L. *Orçamento Participativo: Reflexões sobre a experiência de Porto Alegre*. Edit. Tomo, Porto Alegre, 1997.
- Ganuza, E. *Presupuestos Participativos y asociacionismo. En Construyendo Ciudadanía 3*. IEPALA, Madrid, 2002.
- MINSAL. Ley N° 19.937, Reforma de la Salud, Autoridad Sanitaria. Santiago, 2005.
- MINSAL. *Objetivos y Compromisos Programáticos 2006-2010*. Gobierno Presidenta Michelle Bachelet. Santiago, Chile, 2006.
- Ministerio Secretaría General de Gobierno y DOS. *Agenda Pro Participación Ciudadana* [en línea] 2006. [fecha de consulta: marzo de 2007] www.participemos.cl
- Pagliai, C. *Guía de Implementación de Presupuestos Participativos*. Centro de Estudios Municipales Cordillera, Fundación Friedrich Ebert. Santiago de Chile, 2003.
- PNUD. *Informe de Desarrollo Humano en Chile. Más sociedad para gobernar el futuro*. PNUD, Santiago de Chile, 2000.
- Programa de Ciudadanía y Gestión Pública. *Premio a la Innovación en Ciudadanía, 2004* [en línea] 2005 [fecha de consulta] <http://www.innovacionciudadana.cl/>
- Sartori, G. *Teoría de la Democracia*. Tomo I. U. de Madrid, Madrid, 1989.
- Secretaría General de la Presidencia. *Instructivo Presidencial de Participación Ciudadana*. Santiago, 2000.
- Secretaría General de la Presidencia. *Participación Ciudadana en la Gestión Pública: marco conceptual. Proyecto de Reforma y Modernización del Estado*. Santiago, 2001.
- Servicio Salud Talcahuano et al. *Presupuestos Participativos en Salud*. Disponible en: <http://www.ssthno.cl/presupuesparticipativos.php>
- Valdés, A. et al. *De pacientes a Ciudadanos. Experiencias Democratizadoras en Salud*. Instituto de Asuntos Públicos, División de Organizaciones Sociales del Gobierno de Chile, Santiago, 2003
- Villasante, T. y Garrido, F. J. (coordinadores). *Metodologías y Presupuestos Participativos. Construyendo ciudadanía 3*. IEPALA. Editorial-CIMAS, Madrid, 2002.



GESTIÓN PÚBLICA Y CIUDADANÍA: PARTICIPACIÓN SOCIAL Y REFORMA EN EL SERVICIO DE SALUD TALCAHUANO, 2002-2005

Carlos Ochsenius⁶⁵

El presente documento pretende aportar un marco socio-político e institucional comprensivo de la transformación de la esfera y función pública –estatal y no estatal– en Chile durante las últimas décadas, de la cual son tributarios numerosos esfuerzos asociativos y agendas de participación ciudadana desarrollados por sectores tanto de la sociedad civil, la sociedad política, como del funcionario público de nivel regional y local; todos ellos comprometidos con la democratización del país y de sus respectivas instituciones. Entre estos esfuerzos y agendas destacan las protagonizadas por el sector público de salud, antes y después de las Leyes de Reforma de 2004-2005, las cuales han sido consideradas por muchos analistas como un punto de inflexión tanto en las orientaciones sustantivas como en los procedimientos de elaboración de las políticas sociales en Chile post-autoritario (Fernández y Ochsenius, 2005)

Analizando en detalle el caso del Servicio de Salud Talcahuano en el periodo 2002-2006, el documento describe y evalúa los actores, y proyectos, que dan forma a su estrategia de participación social. La cual incluye, entre otros instrumentos e instituciones locales, la puesta en marcha de un Consejo Social ampliado de Participación Social en Salud (2002), de un Consejo Integrador de Red Asistencial con atribuciones decisorias (2003) y de un primer ejercicio de Presupuesto Participativo sectorial sub-nacional (2005), que sirve de modelo para proyectar una reciente normativa nacional a este respecto para el periodo 2006-2010.

El documento analiza también las tensiones y oportunidades que abren dichas instancias innovadoras de gestión pública entre concepciones y prácticas divergentes, tales como: democracia representativa y directa; ciudadanía activa y pasiva; inducida o autónoma del aparato del Estado; gestión de la salud o de la enfermedad, dentro de un horizonte de recomposición de un proyecto de profundización de las conquistas democráticas y de ciudadanía social en el Chile de la post-transición.

1. Estado, Sociedad Civil y Participación Ciudadana en una Democracia de “Baja Intensidad”

Los procesos políticos, económicos y socio-culturales, iniciados desde mediados de la década del '70, entendidos bajo los amplios conceptos de “globalización” y “modernización”, han impactado fuertemente en los estados y las sociedades, así como sus vínculos históricos mutuos; es también el caso de Chile. Este ciclo largo de cambio social, según variados autores, están recomponiendo las identidades sociales, los actores y las formas de acción colectiva.

Dichos cambios estarían reposicionando a la “sociedad civil” como un campo de iniciativa social no orientada al lucro o a la apropiación individual de beneficios económicos, ni a los fines de competencia y hegemonía política por la conducción “desde arriba” de la sociedad (Avritzer, 1999). Dentro de este amplio campo en recomposición –no meramente residual entre el Estado y el mercado, si se piensa que las interacciones civiles son en sí mismas la base de cohesión de la propia sociedad (Mires, 1999)– sobresalen formas de nucleamiento, promoción y defensa de intereses sociales y comunitarios, anclados generalmente

⁶⁵ El presente documento se basa parcialmente en los resultados de la investigación-acción realizada en Talcahuano, entre los años 2004-2005, por un grupo de alumnos tesisistas en el marco del Master en Investigación Participativa para el Desarrollo Local de la Universidad Complutense de Madrid, entre los cuales se cuenta este autor. Otras fuentes utilizadas aquí son los informes de documentación en terreno que, sobre la experiencia del Servicio de Salud Talcahuano, encargó el Programa de Ciudadanía y Gestión Pública de la Universidad de Los Lagos en los años 2004 y 2006, respectivamente. Las documentaciones fueron elaboradas por Carlos Ochsenius (2004) y Cecilia Bústos Ibarra (2006).

en el espacio local o incluso micro-local. Ello, sin descartar su implicación con entidades pares situadas dentro y fuera de las fronteras de los estados nacionales ("glocales"). Es aquí donde surgen o se recrean identidades sociales excluidas —y también muchas veces excluyentes— como respuesta a la incapacidad o impotencia ciudadana de controlar las orientaciones y compromisos ético-sociales de sus respectivos representantes políticos y Estados (Castells, 1996).

Tal como detecta tempranamente un autor para el período chileno post-dictadura, con toda la ambigüedad de una democracia "de baja intensidad" ciudadana⁶⁶ "en los intersticios del Estado, las ONGs, las redes asociativas y de comunicación puede verse como posibilidad en gestación otro proyecto de descentralización [de ejercicio de deberes y derechos ciudadanos y de innovación institucional]⁶⁷ caracterizado por su adhesión a un horizonte de valores democráticos universales aplicables a diversos campos de acción pública y su interés por desarrollar o velar por una gestión solidaria de calidad, no clientelar ni discriminatoria en los servicios básicos entregados" (Guerra, 1994). Todo lo cual, según el mismo autor, reafirmaría un principio de "responsabilidad por la dirección de la sociedad (...) y desecharía al mismo tiempo la falsa opción entre Estado y sociedad" (Ibíd.).

Ello supondría que estas formas de asociatividad civil pueden verse reforzadas o incluso estimuladas por cambios institucionales paralelos de la esfera estatal. Las iniciativas de desconcentración y descentralización administrativa —reforma o modernización del Estado—, y la creación de nuevos programas sociales surgidos para compensar o mitigar los efectos de las políticas de ajuste económico doméstico a la economía mundial, o para responder a las demandas internas de integración y equidad social de sectores sociales y territoriales marginados del proceso globalizador, han ido generando un espacio emergente de diálogo y cooperación, que no excluye nuevos conflictos o interferencias entre Estado y sociedad civil, atendiendo a las distintas lógicas que pugnan por orientar esos cambios institucionales (Ibíd.). En efecto, tanto el proyecto hegemónico neoliberal, como quienes intentan corregirlo o ampliarlo, necesitan de una sociedad civil activa y propositiva (Guerra, 1994; Dagnino, 2002): unos para eximir al Estado de sus tradicionales responsabilidades sociales ("Estado mínimo"), traspasándolas a los agentes del mercado o, subsidiadamente, a las organizaciones sin fines de lucro o filantrópicas crecientemente reconvertidas a agencias de contención o parcelación de la demanda social; otros, para reestablecer la función pública tanto del Estado como de la sociedad civil en la definición de los fines y medios del orden social.

Este doble movimiento sitúa en relación y disputa, muchas veces en ciclos alternos de cercanía-distancia, conflicto-cooperación, tanto a: nuevos actores, no exclusivamente estatales de acción pública, que ligan la defensa o promoción de sus intereses y aspiraciones particulares a aspectos más generales del orden social y político (Cunill, 1998); nuevas orientaciones y prácticas en el diseño, y/o ejecución de políticas sociales, desde algunos niveles o programas descentralizados de la institucionalidad estatal.

Dichas relaciones, con disímiles niveles de profundidad, sustentabilidad e institucionalización —que excepcionalmente logran en el Chile post '90 reconocimiento o regulación legislativa—, abre de hecho nuevos espacios o esferas de "publicación" del interés social (Ibíd.) y, por lo tanto, posibles nuevos campos nuevos para la acción ciudadana.

Si lo anterior se muestra plausible, podría expresar tendencialmente el tránsito de una concepción restringida de gobernabilidad, que ha caracterizado tanto a la institucionalidad como el programa y la cultura política de la elite política post-dictatorial chilena (Delamaza y Ochsenius, 2004), a una concepción más amplia y de largo plazo como el sugerido por el concepto de gobernanza o "gobernabilidad democrática" (Delamaza, 1999). Esto es, la consideración que el ejercicio del poder no puede resultar un atributo exclusivo de los gobiernos de turno, limitados severamente en sus funciones, atribuciones y recursos de poder político —producto de los procesos globalizadores y privatizadores en curso— así como de los particulares arreglos de la "transición" chilena, sino también compete a los actores de la sociedad civil implicados en —o afectados por— las decisiones públicas del Estado y semi-públicas del mercado.¹

⁶⁶ Expresión de O'Donnell citada por N. Cunill. (1998).

⁶⁷ El paréntesis es nuestro. (N. de la E.)

En este sentido, se puede hipotetizar que tanto funcionarios públicos como asociaciones de la sociedad civil, se encuentran frente al desafío común de movilizar y coordinar recursos dispersos entre instituciones públicas y actores sociales, tales como organizaciones sociales, ONGs, redes solidarias comunitarias; dando origen, con ello, a diversas formas, instancias e instituciones mixtas de concertación y deliberación público-comunitarias, que amplían y diversifican los espacios de interacción entre Estado y sociedad civil, especialmente en sus segmentos tradicionalmente marginados como las organizaciones populares de base (Ochsenius, 2004).

Desde el punto de vista de la actoría social, una concepción de gobernanza alojada progresivamente en el funcionamiento y prácticas desde el interior del Estado, daría una mejor base de sustentación a lo que se entiende por ciudadanía “activa” y “deliberante” (Jones y Gaventa, 2002). Esto es, a una relación Sociedad Civil-Estado que instituye cursos y mecanismos de co-participación de quienes no ejercen el poder político institucionalizado –en la definición de los intereses, prioridades y control del quehacer público–, los cuales buscan incidir en la toma de decisiones, deliberar argumentativamente acerca de los temas de la agenda que preocupa a la comunidad política y coordinar sus esfuerzos de generación y ampliación de bienes públicos que, a diferencia de décadas atrás, ya no provee o asegura por sí solo ni el Estado ni el mercado.

Bajo esta perspectiva, la dimensión activa de la ciudadanía se expresaría en prácticas de participación social y política dirigidas, entre otros, a:

- i) construir formas asociativas de segundo grado que acojan y procesen la demanda social, entre otras, por “más y mejor Estado” y, conjuntamente, por más ingerencia de la “Sociedad para gobernar el futuro”⁶⁸;
- ii) buscar influir “desde abajo” en los cursos de toma de decisiones del Estado, particularmente en el diseño, gestión y control de las políticas públicas, especialmente las sociales;
- iii) emprender iniciativas colectivas de bien público –legitimadas a partir de un re-posicionado enfoque de derechos–, escasas o no reconocidas enteramente por el Estado;
- iv) impulsar la emergencia de nuevos sujetos y campos de acción pública, antes invisibilizados por el sistema político institucionalizado de representación.

Con todo, de este marco más bien normativo se desprenden numerosas interrogantes, entre ellas: si acaso las nuevas formas de conexión sociedad civil con sistema político –para el enfrentamiento a dilemas, recursos limitados, establecimiento de prioridades, búsqueda de soluciones a problemas colectivos relacionadas con el desarrollo social o local– denotan un proceso de reconstrucción democrática del Estado de efectos duraderos; si contribuyen o no a la superación de la fragmentación de la sociedad civil, a la generación en ella de nuevas capacidades (asociatividad, autonomía, diálogo, negociación, propositividad y control colectivo hacia el Estado y la sociedad); y si, finalmente, transforman la cultura política y la cultura funcionaria a favor de un “empoderamiento” de la base social en la marcha, y orientación de los asuntos públicos.

Al respecto, algunas de estas nuevas formas de vínculo e interacción Estado-sociedad civil popular, estudiadas para el caso de América Latina y Chile (Villasante, 1994; Paley, 2001; Delamaza, 2001; Ochsenius, 2004), indican que muchas veces más que constituir actores y sentidos sociales legitimadores de procesos de democratización del Estado y de la sociedad –o de fomento a una Ciudadanía Activa y deliberante– renuevan conocidas modalidades elitistas, clientelares o populistas, de dominación o control social. Sin embargo, también se señala que, de mediar determinadas condiciones de contexto político y de fortaleza de los propios segmentos de sociedad civil, y del funcionariado público implicado, dichas formas y procesos pueden, por una parte, evolucionar hacia formas y redes de acción colectiva “ciudadanizadores” (Villasante, 1994) y, por otra, crear espacios de acumulación de aprendizajes, experimentación y creatividad social de acuerdo a la relación de doble vía que logren establecer las instituciones del Estado, las entidades mediadoras del tejido social asociativo y las organizaciones de base.

⁶⁸ Tal como señala el título del Informe de Desarrollo Humano para Chile del año 2000. Véase: PNUD, 2000.

2. Gestión Pública y Ciudadanía: La Reforma de Salud de 2004-2005

En este marco de interrogantes nos gustaría situar la disímil experiencia y trayectoria de participación ciudadana que se ha desarrollado hacia y desde el sector público de salud, por comunidades pobres, profesionales de ONGs y equipos de funcionarios públicos en el Chile post-autoritario. Objeto en los años '80 de una profunda reforma privatizadora que sancionó la creación de las rentables Isapres (empresas privadas de seguro), el sector asiste al surgimiento de un sinnúmero de organizaciones filantrópicas asociadas y subvencionadas por el campo político del gobierno militar y las FFAA, enfrentado a asociaciones gremiales y profesionales, organizaciones no-gubernamentales (ONG) y comunitarias de base prodemocráticas, que reivindican la restitución de la función y fortaleza del antiguo "Estado sanitario" (1952-1973) como la autonomía política y programática de nuevos agentes, concepciones y prácticas de salud comunitarias; especialmente en el nivel primario de atención. Éstas surgieron en localidades pobres desprovistas de cobertura sanitaria privada y objeto de deficitarias prestaciones del sistema público, y que –luego de 1990– fueron traspasadas a programas de Estado por intermedio de agentes técnicos contratados por las nuevas autoridades democráticas.

De esta forma, los primitivos Comités Locales de Salud o de Atención Primaria, originados en diversos Consultorios de comunidades populares (1991), fueron extendidos hacia fines de la década (1997) a la gestión hospitalaria (Consejos de Desarrollo) y de la aseguradora estatal que los financia (Consejo de Usuarios Fondo Nacional de Salud-FONASA), o hacia políticas y programas específicos como los Consejos Vida Chile del Programa Promoción de la Salud. Esta diversidad de formas organizativas mixtas –de finalidades y objetivos institucionales distintos– tienen en común la puesta en operación de diagnósticos, planes, fondos y mesas participativas de acción sanitaria pública, los cuales no excluyen partidas de co-financiamiento, trabajo voluntario y apoyo logístico de parte de las organizaciones comunitarias hacia dichas acciones. Pero lo anterior, sin que –hasta hace poco– medie un pacto que sitúe estas contraprestaciones en un horizonte explícito de derechos sanitarios comunes a todos los chilenos, reconocidos y garantizados por el Estado. Pues, en la concepción de participación social en salud en el contexto de la política pública post '90, rígidamente sectorializada y focalizada, los/as ciudadanos/as convocados a "participar" sólo alcanza a aquellos/as que acrediten organización jurídica formal, "pobreza" o "vulnerabilidad" social, medida o certificada mediante instrumentos estandarizados centralmente; esto es, sólo perteneciendo a alguna categoría preestablecida por el sistema público para ser atendido u oído por éste –indigentes, enfermos crónicos, adictos, discapacitados, entre otros– los/as pobres pueden asegurarse no sólo algún tipo de prestación o beneficio que el mercado les niega⁶⁹, sino también participación institucional, estrictamente funcional a la eficacia de la política pública (sin desborde ni presupuestario ni social) que las elabora y evalúa. Todo ello unido a formas directas de diálogo con el Estado, débilmente institucionalizadas, aunque con traspaso de métodos y discursos participativos de escala e impacto microsocial.

El modelo de participación resultante ha segmentado a la población popular –incluso al interior de una misma comuna y condición socio-económica– en múltiples categorías definidas institucionalmente que fragmentan tanto la demanda como las respuestas y soluciones de la acción pública, los patrones de asociatividad y las orientaciones de la acción colectiva de los sectores de menores recursos. Ha promovido en cambio una participación sucedánea de la población, que suma a su carácter de beneficiaria pasiva de beneficios ultra-focalizados, la condición de coadyuvante activo en su ejecución y financiamiento. Con ello la participación ha quedado sujeta a la necesidad de eficiencia en el gasto de la política pública respectiva, medida no por resultados a largo plazo sino por la provisión de servicios, beneficios o recursos unitarios, de acuerdo a soluciones y protocolos prediseñados por las agencias y programas sociales gubernamentales centrales. Ello ha conducido a una profunda instrumentalización mutua del vínculo sociedad civil-Estado, menos orientado por perspectivas y proyectos ético-políticos comunes que por el acceso a bienes, servicios específicos o circulación de recursos escasos⁷⁰. En consecuencia, a diferencia de antaño (1952-1973), la

⁶⁹ A los otros, a los que no lo son, se les reservan otras modalidades de vínculo más expeditas y directas con el Estado, aunque no necesariamente más transparentes: pertenencia a redes de influencia política, mediática, grupos corporativos de interés y presión.

⁷⁰ Dos protocolos de funcionamiento de los programas sociales de aplicación local destacan aquí perneando la relación Estado-Sociedad civil: los competitivos fondos concursables y licitaciones de pequeños proyectos dirigidos a la población popular organizada y ONGs,

acción sanitaria pública no ha favorecido la constitución de contrapartes sociales fuertes, con visión integral y compartida de ciudadanía social, territorialmente pertinentes, sino una forma de asociatividad de primer grado, competitiva entre sí, reducida en su composición a usuarios frecuentes de los servicios asistenciales focalizados (enfermos y pacientes de dolencias crónicas, adultos mayores) y hacia los cuales los ligam los vínculos de poder asimétricos o de una sola vía ("arriba-abajo").

Precisamente, la Reforma Sectorial de Salud (2004) podría modificar en parte este escenario. Por un lado, a diferencia de las políticas paliativas, fragmentarias y focalizadas de las políticas sociales post '90 (Delamaza, 2004) garantiza prestaciones universales a toda la población usuaria de los sistemas tanto público como privado; para lo cual, se reformó, a la vez, la ley correspondiente de Isapres. Ello opera en un número limitado de patologías –aunque incremental en el tiempo– cuyos plazos y protocolos de atención también fueron estandarizados (Ley Plan AUGE). A su vez, otra Ley de la Reforma (Autoridad Sanitaria) instituye nuevas entidades planificadoras y regulatorias estatales: la Superintendencia de las entidades aseguradoras de salud privada (Isapres) y pública (FONASA); las Subsecretarías de Salud Pública y de "Redes Asistenciales de Salud", para asegurar la coordinación entre el fracturado sistema público (Estado central/municipios) y el privado en la provisión de las prestaciones garantizadas por el Plan AUGE.

A pesar que el cuerpo legislativo aprobado hasta ahora no aborda explícitamente la participación sustantiva de la ciudadanía en el control del acceso, calidad y oportunidad de las prestaciones de salud para toda la población, sin distinciones de condición socio-económica y sistema previsional⁷¹, no pocos diseñadores y operadores de la política reconocen implícitamente que ésta es necesaria para el éxito de la Reforma⁷². Por lo mismo, la nueva política de salud abriría un marco inédito de oportunidades para ampliar las escasas atribuciones y niveles de incidencia de las organizaciones de la sociedad civil, interesadas en la democratización sustantiva de las decisiones sanitarias, en un marco de ejercicio tanto de ciudadanía "pasiva": acceso universal a prestaciones sanitarias, algunas de ellas con enfoques diferenciales de edad, género y etnia; como "activa": incorporación a instancias y mecanismos participativos de planificación, control de la gestión de establecimientos, y programas específicos de salud.

Lo anterior –al menos, teóricamente– abriría cuatro ámbitos de ingerencia social en la política y la gestión sectorial: deliberación acerca de las prioridades de la política, fijadas por la Autoridad Sanitaria nacional (Ministerio de Salud) y regional (Seremi); deliberación acerca de la integración de nuevas patologías al sistema garantizado AUGE; control social de las aseguradoras privadas (Isapres) y pública (FONASA) para el debido financiamiento de las prestaciones garantizadas en las condiciones estipuladas por la Ley; control social de los prestadores privados y públicos, que conforman las llamadas "redes asistenciales", en su capacidad de asegurar el acceso "oportuno y de calidad" a los servicios de asistencia y promoción de salud que sanciona el Plan AUGE o la reforma sectorial en su conjunto⁷³.

Con todo, este marco de oportunidades para el ejercicio de Ciudadanía Activa ha sido escasamente advertido y menos asumido por las organizaciones de base nucleadas en torno al sector público de salud. Sector acostumbrado, por un parte, a una concepción y prácticas instrumentales de corto plazo –tanto de salud como de "participación social"– centrada en la co-gestión de micro-proyectos paliativos de algunas condiciones de exclusión (pobreza) o riesgos socio-sanitarios específicos (obesidad, envejecimiento,

respectivamente; en segundo lugar – y destinada a corregir parcialmente los efectos no deseados de los fondos competitivos- las "mesas" de coordinación o negociación con los destinatarios directos de la política. Ambos facilitan la transferencia ya sea de recursos para proveer servicios ejecutados por los mismos grupos de base y diseñados por el aparato público, o bien la adaptación de los servicios lícitados a los grupos focalizados de base, destinatarios de la política. Ambos mecanismos incluyen partidas de co-financiamiento o contraprestaciones comunitarias no valorizadas.

⁷¹ En la actualidad, aún se discute en el Parlamento la Ley de "Deberes y Derechos de las Personas en Salud", quinta y última enmienda del paquete de reformas. Por su parte, la Ley de Autoridad Sanitaria crea Consejos Consultivos de Participación no decisoriales, en las respectivas Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMI) y hospitales "autogestionados".

⁷² Entrevistas a autoridades superiores del sector salud, realizadas en 2005 por el equipo de alumnos-tesistas del Master en Investigación Participativa para el Desarrollo Local mencionado con anterioridad.

⁷³ En plena redacción de este documento, un diario de Santiago titulaba "Uno de cada cuatro pacientes del Plan AUGE no recibe a tiempo sus medicamentos". A continuación añadía: "El 20% de los usuarios tanto de Fonasa como de Isapres no sabe que tiene derecho a reclamar por una atención no otorgada, ni menos conoce los plazos estipulados por ley para recibir estos beneficios. Así de preocupantes son los resultados de una encuesta realizada por la Superintendencia de Salud a pacientes que están dentro del plan sanitario y que permitió monitorear una serie de inconvenientes. La percepción de la población es lapidaria: muy poca información por parte de los seguros de salud y la sensación de que los compromisos públicos de atención no pasan por sus manos" (La Nación, 16 de enero del 2007).

tabaquismo, sedentarismo, embarazo precoz, etc.); como, por otra parte, debido a la herencia de un modelo de organización social de históricos rasgos jerárquicos –de la base a la cúpula, símil del propio Estado– y dependiente, ya sea por consenso pasivo o contra-reacción conflictiva, de las prioridades y los hasta ahora deficitarios recursos estatales para el sector salud. Mientras este último modelo organizativo se hace poco cargo de las potencialidades de las redes asociativas, ampliadas y flexibles, para influir en la política pública (Brugué y Gallego, 2001), la práctica colaborativa de un puñado de organizaciones de usuarios “frecuentes” con los servicios locales, alojada en la Atención Primaria de dependencia municipal, ha maximizado el rendimiento de las redes sociales para allegar recursos comunitarios a la gestión de programas específicos (prevención-promoción-educación), pero sin que los usuarios incidan en la definición de las prioridades de la agenda sanitaria o social que los afectan (Valdés et al., 2003)

En este contexto se enmarca la experiencia seguida por el Servicio de Salud de Talcahuano de la Región del Bío-Bío (SST), el cual se ha destacado regional y nacionalmente por entrar a operar, desde el año 2000, un complejo dispositivo “escalonado” –de primer, segundo y tercer grado– de participación social, con inclusión de este último grado en la instancia decisoria de la llamada “Red Asistencial de Salud” y en la co-decisión respecto de una fracción de la partida presupuestaria anual del Servicio. Todo lo cual perfecciona o profundiza los contenidos explícitos de las leyes y normativas de la Reforma, aprobadas a fines del período presidencial de Ricardo Lagos (2004-2005).

A continuación se ofrece una descripción diagnóstica de la estrategia de participación social seguida por el mencionado Servicio de Salud en el período señalado.

3. La Estrategia de Participación del Servicio de Salud Talcahuano (SST)

3.1 Inicio de la Experiencia: el Plan Estratégico de Desarrollo Institucional (2002)

A fines del 2002, respondiendo a la convocatoria hecha por el Director del Servicio de Salud Talcahuano (SST), se conformó un comité de trabajo cuyo fin fue reflexionar, debatir y elaborar una propuesta como insumo inicial de un Plan de Desarrollo Estratégico de este Servicio de Salud, a la luz de los cambios del debatido proceso de reforma del sector iniciado el año 2000. Se definieron así, cuatro ejes temáticos a trabajar: Recursos Humanos, Participación Social, Sistemas de Registro e Información, y Red Asistencial, actuando éste último como eje articulador de los otros tres. Se generó con ello un proceso de participación amplia, en todos los temas donde participaron los integrantes del Consejo junto a otros actores relevantes de la Red, como son los jefes de Urgencia y del Consultorio adosado de especialidades del Hospital Las Higueras de Talcahuano.

Dicho proceso culminó en marzo del año 2003 en una Jornada de Trabajo, donde en conjunto con directores de los establecimientos de Salud Municipal, directores de Salud Municipal, dirigentes sociales de salud, dirigentes gremiales, directores de los tres hospitales y Consejo Técnico ampliado de la Dirección de Salud, definieron para los cuatro ejes temáticos las actividades fundamentales a desarrollar como parte del Plan Estratégico.

En este contexto, se definió como prioridad el desarrollo de la Red Asistencial, en tanto sistema encargado de solucionar de modo fluido, eficaz y oportuno los problemas de salud de la población local. Ello, bajo un enfoque que complementa integralidad y sustentabilidad social de las soluciones, lo cual supone alejarse de un “tradicional enfoque asistencialista”.

En consecuencia, la Red Asistencial delineada, corresponde a un sistema que incorpora a la comunidad y a todas sus redes sociales a cada uno de los componentes institucionales de la Red; conformada por el Servicio y los hospitales que dependen de él, los departamentos municipales de salud y los consultorios de Atención Primaria que administran, los cuales requieren situar “la satisfacción de las necesidades en Salud de la comunidad y redes sociales de apoyo en el centro de su accionar”.

En el marco de las concepciones y prioridades que orientan el Plan Estratégico, resalta el fortalecimiento de la participación social de las numerosas organizaciones sociales nucleadas en torno a los programas y establecimientos hospitalarios, y de Atención Primaria, de Talcahuano, Penco, Lirquén y Tomé. Para ello el SST decidió varias medidas sucesivas. En primer lugar, suscribió públicamente un Acta de Compromiso con dichas organizaciones, en el cual la institución pública ofreció abrir mayores espacios de interlocución en audiencias y cuentas públicas, de difusión e intercambio de información, proposición de iniciativas y toma de decisiones en los ámbitos de mejoramiento de la gestión institucional, cobertura y calidad de las prestaciones clínicas, y los programas complementarios de prevención, educación y promoción de la salud.

En segundo lugar, se creó el "Consejo de Participación Social en Salud" conformado por 19 entidades de base. Entre ellas:

- Los Consejos de Desarrollo de los hospitales: Las Higueras, de Talcahuano; Tomé, de Tomé; y Penco-Lirquén, de Penco.
- Los comités locales de Atención Primaria en Salud "Vida Chile" de la red de centros de salud de Talcahuano: Hualpencillo, San Vicente, Higueras, Los Cerros y Talcahuano Sur.
- El Consejo de Desarrollo del Consultorio Bellavista de Tomé.
- El Comité Local de Atención Primaria del Centro de Salud de la comuna de Penco.
- Las Uniones Comunales de Juntas de Vecinos de Talcahuano (3), Tomé (1) y Penco (1).
- La Unión Comunal de Agrupaciones de Salud de la comuna de Tomé.

El Consejo, a su vez, conducido por un directorio de siete miembros, renovable por medio de asambleas electorales de las bases cada dos años, cuenta con un reglamento interno también democráticamente sancionado. A su vez, el Consejo se reúne alternadamente una vez al mes con sus integrantes y, al siguiente, con los directivos de las agrupaciones de base mandatarias. Cuenta para ello con la asesoría –según demanda del director del SST– de la asistente social encargada de la Unidad de Participación Social y Promoción de la Salud, y una periodista del servicio. Los recursos con que cuenta para funcionar son tres millones de pesos anuales proporcionados por el SST, materiales de oficina, fondo de transporte y gastos de secretaría extraídos del pequeño proyecto adjudicado por el Fondo Concursable de Participación Social.

Tanto los Comités de Desarrollo Hospitalarios como los locales de Atención Primaria (APS), hoy denominados oficialmente Comités "Vida Chile", se encuentran integrados por organizaciones de segundo grado como las mencionadas Uniones Comunales de Juntas de Vecinos, más otras agrupaciones de Adultos Mayores o Talleres Laborales compuestos por mujeres. También se suman agrupaciones de base: de autocuidado y rehabilitación de pacientes crónicos; de discapacitados y enfermos siquiátricos; organizaciones de voluntariado y filantropía, así como otras organizaciones territoriales y funcionales (exonerados políticos, derechos humanos, culturales, deportivos). En los Consejos Vida Chile, a todos ellos, se agregan representantes de gremios y funcionarios de salud, de establecimientos de educación, justicia, medioambiente y recreación, y otras agencias gubernamentales de servicio social.

Ambos tipos de Comités son particularmente activos en los distintos territorios de las comunas, mantienen vínculos transversales con otras organizaciones de nivel local y regional, así como con autoridades, representantes políticos y diversas reparticiones públicas. Dichas organizaciones ejercen variados roles formales e informales:

- informalmente, de control y presión social, por ejemplo: construcción de consultorio de APS de urgencia; juicio civil en contra de procesos productivos contaminantes; movilización en contra del cierre de la maternidad del Hospital Penco-Lirquén;
- de gestión intersectorial, por ejemplo la implementación de la "Ruta de la Salud", que permite que líneas de transporte público –por el mismo precio unitario– trasladen a los habitantes del sector más alejado de Talcahuano al hospital y consultorios de APS que les corresponden;

- de auto-cuidado en salud, tal como ha sido socializado masivamente a través del Programa ministerial de Promoción, de activa presencia local.

Miembros de las distintas agrupaciones de base, incluidas en el Consejo de Participación Social, integran rotativamente la edición del Boletín informativo mensual del SST "Compartir Salud", que se distribuye a toda la Red Asistencial y comunitaria del territorio. Cabe hacer notar que el interés por los temas de salud se ha reavivado en organizaciones tradicionales como las Juntas de Vecinos dado que muchas de las necesidades de servicios de urbanización, vivienda e infraestructura se encuentran satisfechas. Ello ha hecho desplazar su agenda hacia los temas de calidad de vida, donde salud, cultura, medioambiente, conectividad y seguridad de los espacios públicos, concitan una mayor preocupación.

En tercer lugar, el Servicio incluyó dentro de su proceso de planificación estratégica, para el período 2002-2006, un diagnóstico de la situación de la participación social en salud que involucró a directivos, equipos técnicos, gremios de funcionarios y líderes de organizaciones sociales de la Red Asistencial. El diagnóstico identificó nueve puntos críticos, acompañado por la proposición de medidas y plazos para enfrentarlos.

NUDOS CRITICOS	MEDIDAS DEL SST.
1. Participación entendida sólo como entrega de información y "escuchar".	Dar resolutiveidad a las instancias de participación. Capacitar a los actores sociales y funcionarios en las nuevas orientaciones del Servicio. Retroalimentar a la comunidad con el resultado de las actividades implementadas por el Servicio.
2. Estilo de trabajo paternalista con las organizaciones sociales.	Definir roles, derechos y deberes de ambos actores funcionarios y organizaciones. Difundir concepto de participación social contenido en el Plan Estratégico del Servicio. Incorporar como política de recursos humanos contratar funcionarios con perfil y visión de participación social.
3. Escaso reconocimiento y apoyo al trabajo de los dirigentes de organizaciones sociales.	Difundir plan de participación social de la dirección del SST en los Hospitales.
4. Dificultad de los técnicos para entregar poder.	Capacitarlos en metodologías democráticas y participativas de trabajo comunitario y apoyo a la formación de organizaciones sociales. Informar a organizaciones y usuarios, sobre derechos y deberes del usuario, consentimiento informado de tratamientos clínicos.
5. Falta de capacitación en participación social; ausencia de una línea de capacitación integrada en participación social.	Incorporar tópicos de participación social en los programas de capacitación de los establecimientos de la Red Asistencial dirigidos a: organizaciones sociales, funcionarios y encargados de participación social de los establecimientos (hospitales y consultorios municipales).
6. Escasa incidencia de los Consejos de Desarrollo Hospitalario (CDH) en las decisiones y de los dirigentes sociales en temas pertinentes a su función.	Incorporar a los Consejos a la toma de decisiones de Proyectos de Promoción y otros programas. Abrir la participación en la ejecución de proyectos y evaluación de los mismos. Participación de miembros de CDH en los Consejos Técnicos del SST y en el Consejo de Red Asistencial.
7.- Falta de desarrollo en la coordinación con otros sectores públicos y sociales y desconocimiento de la red asociativa existente.	Dar continuidad a los convenios y proyectos que se realizan con otros sectores. Elaborar y difundir catastro de organizaciones y redes existentes.

8. Los proyectos exitosos de acercamiento a la comunidad no se constituyen en programas.	Difundir en boletines comunitarios e internos. Premiar experiencias exitosas Realizar jornadas de intercambio de experiencias.
9. Escasos recursos destinados a la participación social.	Intencionar una política hacia el Ministerio mostrándole experiencias exitosas de este tipo. Destinar horas-persona de los directivos a actividades en terreno con la comunidad.

La detección de los mencionados nudos críticos llevaron a la constitución de grupos de tarea, compuestos por representantes del Consejo de Participación, gremios, funcionarios y equipos técnicos. Dos fueron los más incidentes: fomento a la asociatividad local en salud y capacitación a líderes sociales y funcionarios del intrasector.

El año 2003, para fortalecer la vida interna de las numerosas organizaciones de salud del territorio, se creó un pequeño Fondo Concursable de "Participación Social" (tres millones de pesos). De un total de 60 postulantes, 17 proyectos fueron favorecidos. El Fondo suple la carencia de otros instrumentos públicos dirigidos a facilitar su funcionamiento regular, gastos corrientes, secretaría y transporte, aunque la mayoría de las organizaciones cuentan con sedes propias, construidas o refaccionadas por programas gubernamentales de infraestructura comunitaria.

Tanto la experiencia de las asociaciones miembros del Consejo de Participación Social, como los contenidos de los proyectos presentados al Fondo, señalan la necesidad de hacer avanzar un programa de capacitación sistemático a las organizaciones de base involucradas en la gestión del sector. Tal Plan se encuentra en fases preliminares de diseño, apoyado por alumnos-tesistas de la Universidad de Concepción. El resto del Plan y sus medidas se encuentran a la fecha en plena ejecución a cargo de la unidad de Participación del Servicio y de representantes del Consejo, supervisado por la Dirección del SST.

Finalmente, completa la estrategia "seguida por la dirección del Servicio", la invitación al directorio del Consejo de Participación Social, a través de dos de sus miembros (Presidente y Vice-presidente), a participar con derecho a voz y voto en las reuniones mensuales del Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA).

3.2 El Consejo Integrador de la Red Asistencial, CIRA (2003)

Paralelamente, y a partir de 2003, se encuentra en funcionamiento en Talcahuano el Consejo de Red Asistencial CIRA. Este segundo Consejo institucional está integrado por:

- el director del Servicio de Salud Talcahuano,
- el subdirector médico del Servicio de Salud Talcahuano,
- el jefe del Departamento Programas de las Personas, Servicio de Salud Talcahuano,
- el director de Atención Primaria, Servicio de Salud Talcahuano,
- el director de Salud Municipal, Municipalidad de Talcahuano,
- la directora del Departamento de Salud Municipal, Municipalidad de Penco,
- el jefe del Servicio de Salud Municipal, Municipalidad de Tomé,
- el director del Hospital Las Higueras, Talcahuano,
- el director del Hospital Penco-Lirquén,
- el director del Hospital Tomé,
- el presidente y vice-presidente del Consejo de Participación Social de Salud.

A pesar que la Ley de Autoridad Sanitaria no otorga carácter resolutivo al Consejo de la Red Asistencial ni tampoco hace referencia explícita a la participación en ellos de representantes de organizaciones de usuarios, en el 2004, el Servicio de Salud Talcahuano ha decidido mantener su línea de trabajo tanto a nivel del Servicio como del Consejo de Red Asistencial. De tal modo, confía ganar experiencia

para desarrollar un modelo participativo de gestión para esta nueva figura legal y transferirla –por efecto demostrativo y de persuasión hacia las autoridades político-sanitarias centrales (Ministerio de Salud)– a otros servicios de la Región del Bío-Bío y, eventualmente, del país.

Al 2004, las instancias e instrumentos participativos acordados en el Plan Estratégico de la institución, tanto de nivel social (Consejo y Plan de perfeccionamiento de Participación Social, grupos mixtos de tarea) como de gestión intra-sectorial (CIRA), se encontraban en pleno funcionamiento. Ello ha atraído la atención de otros Servicios interesados en acompañar y aprender de una experiencia que, como ésta, integra la estrategia de participación social a la operatoria de la Red Asistencial.

Al respecto, se ha consolidado la inclusión plena en dicha instancia de los dos representantes del Consejo de Participación Social, correspondiéndoles participar en el debate y resolución de los cuatro grupos de problemas de salud priorizados por la Red Asistencial de la sub-región: salud mental (adicciones al alcohol, drogas y depresión); enfermedades respiratorias de niños y adultos; cáncer (linfomas, de mama, cérvico-uterino y de próstata); enfermedades cardiovasculares. Precisamente, el cáncer de próstata fue propuesto por los representantes de la comunidad al interior del Consejo de Red.

Otro tema emergente presentado por los representantes de la comunidad, en este Consejo, fue el de la ocasional falta de fármacos y establecimientos de la Red, tema que durante el año 2003 pasó a ser prioritario. Se creó para ello una mesa de trabajo a fin de realizar un análisis del estado actual de la adquisición y distribución de fármacos, y se estudia actualmente la factibilidad de comprarlos en forma conjunta.

El libre acceso de los representantes de la comunidad a los hospitales de la Red, fue otro tema presentado durante el 2004. Para ello se conformó una comisión de trabajo que propuso la entrega de un pase especial a los dirigentes sociales, aprobado favorablemente en reunión ordinaria del Consejo de Red. Actualmente, los pases han sido entregados y están operativos a partir de junio de 2004.

Finalmente, desde mediados del año 2004, fecha que inicia el calendario de renovación de autoridades públicas (elecciones municipales de 2004 y generales de 2005), el SST estudia una fórmula piloto de Presupuesto Participativo para las escasas partidas de libre disposición que maneja anualmente dicho servicio público. De ser implementado, ello aumentaría las atribuciones deliberativas del Consejo de Participación Social en la inversión presupuestaria del Servicio, así como del conjunto de establecimientos que integran la Red Asistencial del territorio y son representados en el CIRA.

3.3 El Presupuesto Participativo (2005)

La victoria de los partidos de la alianza gobernante desde 1990-1994, en las elecciones de 2004-2005 y, dentro de ella, de los segmentos de centro-izquierda liderados por Michelle Bachelet –ex Ministra de Salud (2000-2002) y de Defensa (2002-2005)–, actual Presidenta de la República (2006-2010), consolida y refuerza el proceso participativo desarrollado por el Servicio Talcahuano desde principios de la década; más aún, considerando la influencia personal de la mandataria sobre las nuevas autoridades y lineamientos de política del sector público de salud, del cual ella proviene. En este contexto, el SST avanza un paso más en el proceso seguido, instaurando la primera experiencia de Presupuesto Participativo (PP) en el sector. De hecho, la experiencia de PP de Talcahuano anticipa una reciente meta política del Ministerio de Salud, que define que los 28 Servicios de Salud del país deben incorporar este procedimiento de distribución de la inversión pública sectorial en el actual período presidencial.

Para el desarrollo de esta experiencia piloto, el SST tomó prestado y adaptó al ámbito sectorial el modelo seguido por algunos municipios agrupados en el Foro Chileno de Presupuestos Participativos y que,

en las mismas fechas electorales, iniciaron procesos similares en el nivel comunal⁷⁴. En seguida, los directivos del SST auscultaron y obtuvieron el consentimiento de las autoridades sectoriales (Seremis) de Gobierno Interior y Salud de la Región, y sumaron, a los actores políticos mencionados, a otros dos representantes de la sociedad civil y la cooperación internacional con presencia local: la Universidad del Bío-Bío y la Agencia de Cooperación Alemana GTZ. Ambas instituciones han ejercido como prestadores usuales de servicios de consultorías y programas de formación profesional, a los agentes públicos de la Región del Bío-Bío.

Estos cuatro nuevos actores, sumados a los directivos del SST y del Consejo de Participación Social, conformaron el Comité Técnico Político (agosto, 2005) responsable de definir los lineamientos y metodología de esta primera experiencia de Presupuestos Participativos en el sector salud.

Los pasos seguidos por la experiencia-piloto fueron los siguientes:

- i) Definición de la partida presupuestaria sujeta a decisión participativa: 25 millones de pesos correspondientes al 0,1% del presupuesto anual destinado al SST por el Ministerio de Salud central. A esta cifra se agregan 2,5 millones de la subvención anual que recibe el Consejo de Participación Social, de parte del SST, para su funcionamiento corriente y un millón entregado por los Seremis de Gobierno y Salud, ambas contribuciones destinadas a cubrir los gastos de las actividades comunitarias que consulta la metodología del PP.
- ii) Definición de los ejes temáticos sujetos para el levantamiento de propuestas ciudadanas. Dichos ejes son los mismos que corresponden a la misión de la Unidad de Participación Social instaurada por el SST en el 2002: (i) fomentar el trabajo conjunto entre funcionarios públicos, dirigentes sociales y comunidad organizada ("Participación"); (ii) ejecutar proyectos comunitarios relacionados con estilos de vida saludable y prevención de enfermedades evitables, adictivas, invalidantes o crónicas ("Promoción y Prevención"); (iii) mejorar la comunicación y la calidad de la atención funcionaria a los usuarios de los servicios públicos de salud ("Satisfacción Usuaría")⁷⁵.
- iii) Realización de Jornadas de Sensibilización y Retroalimentación con: dirigentes comunitarios de las cuatro comunas comprendidas en la iniciativa; las entidades miembros del CIRA; los técnicos/as encargados de Participación Social de los establecimientos de la Red Asistencial pública del territorio.
- iv) Elección de diez delegados de Presupuesto Participativo (PP) por cada establecimiento de la Red Asistencial pública (tres hospitales, siete centros de Atención Primaria). De los 100 delegados electos, 50 pertenecen a organizaciones sociales de salud, 40 a organizaciones sociales territoriales y 10 corresponden a técnicos de los establecimientos respectivos de la Red (encargados/as de Participación Social).
- v) Realización de Jornada de Capacitación a 100 Delegados de PP.
- vi) Realización de asambleas territoriales para el levantamiento de propuestas, localizadas según las zonas geográficas que cubren los diez establecimientos de la Red Asistencial pública del territorio. Total: 27 asambleas, 690 asistentes.
- vii) Realización de Jornada de Ordenamiento de Propuestas. Participan: 30 delegados sociales, tres por establecimiento; diez técnicos encargados/as de Participación, uno por cada establecimiento.
- viii) Realización de Jornada de Información de Propuestas al CIRA. Participan: cinco delegados sociales del PP.
- ix) Elaboración de Proyectos. Participan: cinco representantes por establecimiento de la Red, directivos del Consejo de Participación Social y técnicos de la Unidad de Participación Social del SST. Producto: 15 proyectos elaborados y factibles de ser financiados.
- x) Realización de Jornada Electoral de Priorización de Proyectos. Procedimiento: votación secreta de tres preferencias sobre nómina de 15 proyectos elaborados. Universo electoral:

⁷⁴ Nos referimos a las comunas de Illapel, Cerro Navia, San Joaquín, La Pintana, Negrete, Rancagua, Molina. Otras comunas se han agregado en años siguientes (2006-2007).

⁷⁵ En el cumplimiento de su cometido, esta Unidad especializada del SST no disponía hasta esta fecha de una línea presupuestaria propia, con la excepción de los planes comunales de Promoción que son financiados directamente por MINSAL a través de los municipios.

100 delegados de PP, más 100 dirigentes comunitarios empadronados previamente para participar en el acto. Electores efectivos: 148 personas.

Resultados de la Votación PP 2005
(10 Proyectos Priorizados)

Nº	Nombre Proyecto	Nº Beneficiarios	Comunas	Nº de Votos	Presupuesto (en M\$)
1	Prevención y Detección Precoz de Cáncer de Próstata a mayores de 50 años.	700	4	58	3.600.-
2	Capacitación en Educación en Salud para Dirigentes Sociales de la Red Asistencial	200	4	53	1.800.-
3	Habilitación de una casa de acogida a familiares de enfermos del Hospital Lañ Higuera. (Talcahuano).		4	52	4.794.-
4	Adquisición de Implementos para 11 dispensarios Comunitarios de Salud (Autocuidado de hipertensos)		3	48	990.-
5	Distribución de desayunos y Carné de Atención Preferencial para Adultos Mayores. (período invernal: mayo-octubre)	10.500.-	4	40	1.000.-
6	Taller de Capacitación en Buen Trato Funcionario-Usuario, para Dirigentes Sociales.	20 dirigentes sociales	4	35	180.-
7	Recuperación de espacios públicos comunitarios (plazas, hermoseamiento de cierres perimetrales)	Comunidad (sin calcular)	4	28	5.000.-
8	Capacitación a familiares y Cuidadores de Pacientes Crónicos	400	4	26	2.400.-
9	Talleres de Sexualidad responsable para adolescentes y familiares.	500	4	14	3.600.-
10	Habilitación de 10 Salas de espera entretenidas	Comunidad (sin calcular)	4	12	1.636.-
TOTAL				366 (81% de las preferencias posibles)	25.000.-

- xi) Selección de un referente técnico y uno comunitario, para el monitoreo y evaluación de la ejecución de cada uno de los diez proyectos priorizados. Participan de la selección: Director del SST y Directivos del Consejo de Participación Social. Universo de selección: funcionarios del SST y dirigentes sociales de organizaciones colaboradoras a las tareas de la Red Asistencial pública.
- xii) Realización de Jornadas de Evaluación del PP. Participan: directivos del SST, del Consejo de Participación Social y tres delegados por establecimiento de la Red Asistencial. Total: 100 personas.
- xiii) Realización de Jornada de Evaluación y Ajuste de Metodología del PP. Participan: directivos del SST, del Consejo de Participación Social y dos encargados de proyectos priorizados (un técnico de salud y un dirigente comunitario). Total: 32 personas.

- xiv) Sistematización de la experiencia, a cargo de alumno tesista del Programa de Políticas Públicas y Ciudadanía de la Universidad del Bío-Bío⁷⁶.

3.4 Relevancia en la Agenda Sectorial

La experiencia del SST tiene la virtud de unir dos procesos simultáneos dentro del sector, una de más larga data y otra más reciente, esto es: (i) las dinámicas de asociatividad y participación social reiniciadas prontamente a inicios de los años '90 en la población usuaria de la sub-región; (ii) la gradual puesta en marcha de la legislación y normativas de la Reforma, haciendo que el primer proceso nombrado aporte e impacte sobre el segundo.

Por otra parte, la dirección del SST ha dispuesto una subvención anual permanente para los gastos corrientes del Consejo Social, sin necesidad de hacerlos “concurrir” ni competir anualmente con otras organizaciones de base, ocupando para ello fondos de programas ministeriales específicos, por ejemplo: Promoción de la Salud. Todas estas medidas le han dado a la instancia del Consejo de Participación Social una inédita oportunidad de conocimiento directo, visibilidad, vocería e incidencia en la marcha, y algunas prioridades de la gestión de salud en el territorio, especialmente en aquellas que dependen jerárquicamente del Servicio y, particularmente, de la Unidad de Participación del mismo.

Por último, el Presupuesto Participativo iniciado el 2005 consolida la estrategia seguida al trasladar atribuciones de inversión pública –hasta esa fecha exclusivas de la dirección del Servicio– en la red de técnicos y de dirigencia social, nucleada en torno a la Unidad y el Consejo de Participación Social, respectivamente; ambos reformulados el año 2002. Si bien los montos de dicha inversión son simbólicos y su destino acotado a la misión de la Unidad de Participación –y no del conjunto de tareas del Servicio o de la Red Asistencial pública para la implementación de la Reforma– se espera que su efecto sea demostrativo para convencer a autoridades políticas, sectoriales y sobre todo municipales, ausentes todavía en este proceso, que es posible introducir mayores niveles de conocimiento e implicación de la población en el mejoramiento de la atención de los servicios públicos, con criterios de equidad y calidad.

3.5 Sostenibilidad

La experiencia se sustenta y puede proyectarse regionalmente, dado el marco favorable de oportunidades institucionales y sociales locales que la caracterizan. Entre ellos:

- la voluntad política sostenida a lo largo del tiempo de la cúpula del Servicio, respaldada progresivamente por las autoridades sanitarias y políticas de nivel tanto regional como nacional, éstas últimas a partir del 2006;
- los procesos de cambio organizacional que sanciona la Reforma Sectorial en los prestadores públicos: funcionamiento en red, garantía de derechos de acceso y calidad de atención; a lo cual se agrega el 2006 la medida de realizar ejercicios de presupuestos participativos sectoriales en todo el país⁷⁷;
- el aflojamiento de las históricas restricciones y déficits presupuestarios del sector público de salud, dada la inyección de recursos que ha conllevado el proceso de Reforma, lo cual ha generado un pequeño margen de flexibilidad para destinarlo a la innovación institucional;
- la existencia de una unidad interna de gestión (Participación Social), dedicada exclusivamente a la formulación y coordinación de estrategias, instrumentos e insumos para la participación social en salud, todas las cuales han sido validadas institucional y socialmente;
- a partir de los elementos anteriores, la conformación de una red social asentada, entrenada en las negociaciones intra e inter-institucionales y conformada por un núcleo cohesivo de

⁷⁶ Actividad aún sin concluir, a la fecha de redacción del presente documento.

⁷⁷ No necesariamente a nivel de los Servicios, sino también de Seremis (Secretarías Regionales Ministeriales)

técnicos sociales de hospitales, consultorios municipales y dirigentes sociales legitimados dentro del sector (Consejo de Participación Social);

- la existencia de un denso tejido social local, con tradición histórica de acción colectiva de interés público, interlocución institucional con agentes políticos y del Estado, y formalización organizativa de sello democrático (cultura cívica). Este actor, ramificado en múltiples asociaciones formales y redes comunitarias de auto-ayuda, hace de los temas de integración social (trabajo y seguridad social) y de mejoramiento de la calidad de vida (salud, medioambiente, cultura, espacios públicos) los puntos principales de una agenda ciudadana; con todo, aún no articulada entre sí ni traspasada a los contenidos y estrategias de participación del Servicio y el Consejo de Participación Social de Talcahuano, respectivamente.

En este sentido, más allá de la formalidad democrático-representativa a la que aspira la Unidad y el Consejo de Participación Social, algunos problemas no resueltos de la presente estrategia son:

- la escasa renovación de los liderazgos sociales (hombres y mujeres mayores), los que tienden a superponerse en las distintas instancias y niveles del intra-sector;
- la discontinuidad del proceso de retroalimentación cúpula-bases, incipientemente aminorado en el ejercicio de Presupuesto Participativo 2005;
- la dificultad para ampliarse hacia nuevos actores sociales y etéreos, no necesariamente “usuarios frecuentes” o “pacientes” de los servicios de salud ni miembros de organizaciones sociales formales de auto-ayuda en salud; sobre-representados en el Consejo de Participación Social y también en la pequeña masa electoral del primer Presupuesto Participativo sectorial;
- la dificultad del activo técnico y social movilizado en torno a la Participación Social en Salud para comprender, proponer y debatir procesos deliberativos claves de la política, y la gestión sectorial actual: metas y prioridades de la Reforma de salud, modelos e instrumentos de gestión “en red” y de asignación de recursos estructurales del sector, control social de las garantías de salud con pertinencia socio-cultural, control social de los determinantes sociales de la salud que afectan a la población del territorio y frente a los cuales no existe aún una estrategia definida de fomento;
- la dependencia de los recursos, conceptos y discursos parciales que genera el servicio público, desde agendas y objetivos disímiles, muchos de ellos en tensión entre sí, genuina o forzadamente, por ejemplo: satisfacción de usuarios en tanto “clientes” o “accionistas” de la acción pública; “responsabilidad personal” vs. “responsabilidad colectiva e institucional”; público y privado; trabajo “colaborativo” vs. “propositivo”; “asistencia médica” vs. “prevención y promoción”; “estilos de vida saludables” (factor cultural) vs. control social de los determinantes sociales y ambientales de dichos estilos (factor estructural).

Por todo ello, la experiencia participativa del SST, si bien cuenta hasta el momento con un amplio nivel de aprobación, visibilidad y expectativa pública a nivel regional y nacional —en el marco de fomentar una ciudadanía propositiva y deliberante con efectos democratizadores sobre el sistema público y la propia dinámica de la sociedad civil— le quedan variados desafíos por delante.

3.6 Aprendizajes

En el proceso institucional y social descrito, el principal aprendizaje es que la dinámica de participación social protagonizada por el SST y las organizaciones —nucleadas en torno al sector— sólo puede profundizarse si sale del ámbito discrecional de programas, niveles y funcionarios aislados, y se incorpora a los procesos estratégicos de la Reforma, y el cambio organizacional que conlleva en las dimensiones de planificación, seguimiento, evaluación y re-diseño de los servicios, y programas locales.

En este sentido, el Presupuesto Participativo 2005, tal vez por las condiciones de la incertidumbre política y sectorial a la fecha de su implementación, no logra desembarazarse de una lógica “encapsuladora”, la cual se advierte en los siguientes elementos:

- i) El presupuesto asignado por el SST para el ejercicio participativo sólo se destina a tareas definidas como de “participación, prevención, promoción y satisfacción usuaria”, con la innovación que esta vez se aplica a todos los establecimientos de la red pública territorial por parejo (efecto redistributivo). Sin embargo, no se basa en un diagnóstico comunitario, por ejemplo, de los avances y escollos de la Reforma en el territorio, la conectividad de la Red Asistencial, la integración entre sí de las dimensiones asistenciales y promocionales de la oferta pública de salud, y las estrategias de influencia sobre las agendas del intersector con efecto sanitario: educación, protección social, medioambiente, vivienda y planificación urbana, transporte, entre otros.
- ii) La gran mayoría de los contenidos de los proyectos priorizados por el PP corresponden a inversiones regulares y probablemente itemizadas que debieran realizar tanto el Servicio, los hospitales o los municipios por sí mismos, con o sin presión de los funcionarios subalternos y la comunidad. En el resultado de la priorización participativa realizada el 2005, se puede conjeturar el peso que han tenido en la decisión los propios funcionarios de los establecimientos, más que los representantes de la ciudadanía local. Por supuesto que a estos últimos les interesa que las inversiones se realicen, pues redundan directamente sobre la oportunidad y calidad de la atención de su comunidad o segmentos de ella. Pero sienta un mal precedente que esta responsabilidad no sea asumida o exigida a quienes tienen la obligación de hacerlo, sin recurrir a los escasos fondos libres que, a falta de marco normativo institucional, al menos en esa fecha (2005), se destinan a fortalecer la participación ciudadana en los temas sustantivos de la salud.
- iii) Tal como afirma textualmente un reciente estudio sobre el PP de Talcahuano “se reconoce como una debilidad de la experiencia, la no incorporación de los técnicos sanitarios de otras áreas, más allá de la Unidad de Participación Social desde el inicio de la experiencia” (Bustos, 2006), dado el efecto pedagógico que ello genera para dar sustento y fluidez al diálogo técnico-social que se quiere instaurar en las decisiones y prioridades de gestión del sector, y no de una sola Unidad específica de ella. Este aspecto es, por otra parte, uno de los aprendizajes institucionales mayormente destacados por los observadores de los procesos de PP en otras partes del mundo, por ejemplo, en su país de origen, Brasil (Avritzer, 2006).
- iv) Si bien la estrategia y metodología del PP fue diseñada y ejecutada en un tiempo récord, y políticamente oportuno para proveerse de las alianzas favorables necesarias, no consideró a las autoridades comunales de la Atención Primaria de las cuatro comunas bajo la jurisdicción sanitaria del Servicio Talcahuano. Con ello se habría facilitado apoyo político y logístico –ya que no financiero– a la ejecución de las acciones del proceso completo del PP y de los proyectos priorizados, del cual los municipios se benefician directamente (Bustos, 2006). No está claro si esta opción del SST fue deliberada o simplemente se descuidó, dada la premura con que se trabajó en aquella coyuntura. Aún así, es indudable que los municipios son una pieza clave para extender la experiencia de PP a nivel local, con efectos sobre las condiciones tanto de Ciudadanía Activa como de salud de la población local.

Por todos estos motivos, gran parte del aprendizaje del primer PP sectorial de Talcahuano hay que situarlo menos en los aspectos estratégicos de la Reforma, que en la culminación del ciclo de rediseño institucional llevado a cabo por el SST, desde el año 2002, con el fin de instalar una agenda pro-participación social en el Servicio con efecto demostrativo en todo el sector de la Región. Su aporte específico es, por tanto, político y metodológico. Con respecto a éste último, cabe señalar que la adopción de una metodología de planificación precisa y compleja, apoyada con aportes académicos externos y que abarca un gran porcentaje del trabajo del año, obliga al servicio público –al menos a sus unidades de gestión directamente implicadas– a incorporarla progresivamente a la cultura funcionaria. Esta elaboración metodológica ha facilitado la

continuidad del PP durante 2006 y 2007, y constituye una base sobre la cual alimentar su diseminación en otros servicios o niveles del sector.

Con este proceso en curso se refuerzan los niveles ya acostumbrados de deliberación pública e institucional de la agenda del Servicio entre un grupo de organizaciones sociales parcialmente representativas de sus respectivas localidades, funciones e intereses (dirigentes sociales, organizaciones de usuarios, voluntarios, promotores, colaboradores de las tareas de hospitales y consultorios) y los gremios de técnicos, así como otros gremios del sector, especialmente los de perfil no-médico.

3.7 Innovación en la Gestión

Además de hacer suyas las prioridades e instrumentos propuestos por la Unidad de Participación del MINSAL (Subsecretaría de Redes Asistenciales)¹⁵, la política y programa de Promoción de la Salud (Subsecretaría de Salud Pública) –en el sentido de fortalecer la acción y relevancia de los Comités Vida Chile locales, y contribuir a garantizar la oportunidad y calidad de las prestaciones proveídas por los servicios sanitarios públicos que conforman la Red Asistencial local–, la presente experiencia innova en cuatro aspectos fundamentales dentro del sector:

- la elaboración y ejecución de una estrategia de participación social en salud¹⁶, consensuada y validada con las organizaciones sociales interesadas, los equipos directivos, técnicos y los gremios funcionarios de la Red Asistencial local;
- el apoyo técnico y financiero a la constitución de una organización social de tercer grado, expresiva de parte del interés usuario local en materia de salud pública (Consejo de Participación Social);
- la inclusión plena, con derecho a voz y voto, de representantes de dicha organización a la instancia máxima de coordinación y toma de decisiones del intra-sector: el Consejo Ejecutivo de la Red Asistencial (Servicio, hospitales, consultorios municipales de APS);
- la inclusión de gran parte de las bases del Consejo de Participación Social al ejercicio de Presupuesto Participativo 2005, correspondiente a la unidad y orientaciones ministeriales centrales de “participación social”, “satisfacción usuaria” (Subsecretaría de Redes Asistenciales) y “prevención/promoción de la salud” (Subsecretaría de Salud Pública).

3.8 Factores Claves de la Experiencia

Asegurar condiciones favorables al desarrollo y eventual capacidad multiplicadora de la experiencia participativa de Talcahuano, a nivel regional o nacional, requiere atender varios factores claves que la han hecho posible. Entre ellos:

- la continuidad de los liderazgos políticos y sectoriales local-regionales que han permitido la efectiva implementación del plan estratégico –iniciado por el SST el año 2002–, y el refuerzo de sus orientaciones e instrumentos con posterioridad al cambio de administración gubernamental (2005);
- la flexibilización presupuestaria lograda por el Servicio para solventar el Plan estratégico iniciado el 2002 y la implementación del inédito Presupuesto Participativo de 2005;
- la incorporación de “inteligencia” o valor de conocimiento a la experiencia participativa del Servicio, dotándola de sistematicidad y validez técnico-académico, al mismo tiempo que de nuevas alianzas con otros actores de la sociedad civil regional, nacional e internacional;
- la ampliación y renovación tanto de las materias o contenidos, como los actores sociales convocados a participar en la orientación y control ciudadano de la gestión pública de salud del territorio cubierto por el Servicio;
- el respaldo político y técnico-sectorial de las nuevas autoridades centrales y regionales de Salud (2006 en adelante), necesario para incorporar esta experiencia participativa territorial en el rediseño e integración de la política ministerial de inclusión ciudadana a la operatoria

permanente de los distintos niveles, servicios y programas del sector, de acuerdo a los lineamientos centrales de la Reforma.

Síntesis FODA

Fortalezas (F):	Debilidades (D):
La elaboración y ejecución de una estrategia de participación social en salud (diagnóstico crítico + plan de perfeccionamiento + PP), consensuada y validada con las organizaciones sociales interesadas, los equipos directivos, técnicos y los gremios funcionarios de la Red Asistencial local.	En la estrategia participativa seguida por el SST se encuentra débilmente integrada la APS, cuya concepción y métodos de integración entre servicios de salud y comunidad usuaria se orientan bajo postulados de la política y programa de Promoción de la Salud. Estas últimas se encuentran, a la fecha del PP de 2005, desconectadas de: (i) los fines y valores de la Reforma de Salud; (ii) las políticas y agentes municipales de desarrollo local; (iii) la demanda de la comunidad por mejorar las condiciones de salud de la población, que remiten a determinantes sociales de su territorio y por mejorar la atención en salud (acceso universal, oportunidad y calidad de las prestaciones de hospitales y consultorios). La conexión institucional del SST, municipios y consultorios APS, para los fines y orientaciones de participación social, está débilmente trabajada en el CIRA. Las estrategias de participación se sustentan más bien en una red informal de Asistentes Sociales que enlaza a los profesionales no médicos de los establecimientos de la Red Asistencial (hospitales, consultorios municipales, postas rurales). Es esta Red la que mantiene el contacto más estrecho y control sobre las asociaciones comunitarias nucleadas en torno a los temas de salud. Muchas de estas organizaciones han sido formadas por estos profesionales.
La inclusión plena, con derecho a voz y voto de representantes del Consejo de Participación a la instancia máxima de coordinación y toma de decisiones del intrasector: el Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA).	El Consejo de Participación tiene una fuerte representación de los miembros de los Comités Vida Chile o Locales de Salud, aglutinados en torno a los consultorios de APS y a su línea de Promoción, la cual no se corresponde al discurso de los integrantes de las organizaciones de base y a los no organizados: ambos situados más cerca de los principios y objetivos de la Reforma – mejorar las condiciones del entorno socio-sanitario de la población y mejorar las prestaciones clínicas entregadas por consultorios y hospitales – que en los de Promoción: autocuidado y auto responsabilización en la adopción de estilos de vida saludables. La compleja y jerarquizada estructura organizativa del Consejo (primer, segundo y tercer grado) y su dependencia de los técnicos socio-sanitarios, dificulta enfrentar el problema de la representatividad de las ideas-fuerza que se expresan en las demandas e iniciativas de los dirigentes sociales presentes en la población del territorio con respecto a la agenda reformista de salud.
La existencia de una Unidad interna de gestión (Participación, Promoción y Satisfacción Usuaría), dedicada exclusivamente a la formulación y coordinación de estrategias, instrumentos e insumos para la participación social en salud, todas	La Unidad si bien ha sido el soporte técnico de toda la estrategia, se encuentra tensionada por concepciones y énfasis internos divergentes. Por una parte, ejercicio de derechos ciudadanos de control social de prioridades y modalidades de gestión de los servicios de salud (Participación); por otra, fomento a los deberes

las cuales han sido validadas institucional y socialmente.	de los usuarios para con los servicios públicos: colaboración, trabajo voluntario, co-financiamiento y auto-cuidado (Promoción).
La voluntad política de la cúpula del Servicio, avalada por la autoridad sanitaria y política regional.	Si bien la voluntad política de la dirección del SST se sustenta y profundiza en el tiempo, el respaldo de la autoridad sanitaria regional (SEREMI) se revela, al menos hasta mediados del 2005, solamente declarativo. El nivel regional está ausente de los procesos participativos impulsados por el SST aunque "deja hacer" sin oponerse. Esta situación comienza a cambiar favorablemente con ocasión del PP 2005 y probablemente se profundice en el tiempo a partir del 2006, fecha en que asumen nuevas autoridades regionales de Gobierno y de salud.
La escasa flexibilidad presupuestaria para solventar la estrategia de participación puesta en marcha por el SST desde el 2002, comienza a resolverse el 2005 con la instauración del PP (\$25 millones). La medida obtiene perspectivas favorables de sustentabilidad, en consonancia con las nuevas autoridades, metas de gobierno y de salud, de 2006 en adelante.	Falta de autonomía regional, al menos hasta 2005, para sancionar y financiar procesos institucionales participativos.
Especialmente a partir de la experiencia del PP 2005, incorporación de "inteligencia" o valor de conocimiento que asegura sistematicidad y validez técnico-académica externa al proceso participativo del SST, estableciendo alianzas con otros agentes de la sociedad civil regional, nacional e internacional.	Incertidumbre acerca de la institucionalización de largo plazo en estas alianzas, más allá del ejercicio participativo de 2005
Oportunidades (O)	Amenazas (A)
Los procesos de cambio organizacional que sanciona la Reforma sectorial en los prestadores públicos: funcionamiento en red, garantía de derechos de acceso universal y calidad de la atención.	El marco de cambio que sanciona la Reforma si bien en gran parte detona y sustenta la experiencia participativa del SST, sus objetivos y modalidades innovadoras de trabajo están aún poco asumidas por la directiva del Consejo de Participación Social: modelo jerárquico vs. Flexible y redificado; garantía de derechos de atención vs. Contención de la atención vía autocuidado y auto-responsabilidad personal, familiar y comunitaria. Legislación y normativas aún pendientes en varios de los instrumentos de la Reforma (Deberes y Derechos de los Pacientes, entre otros) y de la inclusión definitiva en ella de una agenda de participación ciudadana.
La existencia de un denso tejido social local con tradición histórica de acción colectiva de interés público, interlocución institucional con agentes políticos y del Estado, formalización organizativa interna de sello democrático (cultura cívica), agenda constituida pro-integración social y calidad de vida.	Dicha experiencia social se concentra más bien en una minoría activa (dirigentes de organizaciones formales, gremios no integradores excluyen a la gran masa de la población –organizada y, sobre todo, no organizada- de la deliberación pública. En este sentido, el ejercicio de PP 2005 no alcanza todavía a romper esta tendencia. Por ello, se corre el riesgo de clientelizar y corporativizar la demanda sanitaria en unos pocos grupos de interés ("élite participativa").
Vínculos activos con las municipalidades con representación en el CIRA (Departamentos de Salud) y participación a nivel de técnicos y organizaciones de usuarios en el PP.	Si bien los municipios son aliados de la institucionalidad sanitaria del gobierno central y regional en la extensión de los servicios sanitarios hacia la población comunal, con respecto a la estrategia participativa del SST se muestran más bien opuestos. Mientras las modalidades participativas municipales, a la fecha de 2004, se

	mueven dentro de un esquema clientelar, de adhesión irrestricta al caudillo local (Alcalde, Jefe de Departamentos) y reacio a entregar capacidad decisional a las organizaciones civiles, el Servicio de Salud Talcahuano intenta seguir un modelo democrático-representativo de toma de decisiones, aunque fuertemente concentrado en la cúpula de la organización social creada por el SST: el Consejo de Participación Social. La situación puede evolucionar favorablemente con el cambio de autoridades edilicias de 2004 y de políticas centrales de fomento municipal, y la gestión participativa de estas corporaciones, luego de 2006.
--	---

4. Proyecciones y Desafíos para la Participación Ciudadana en Salud en el Escenario Post-Reforma.

Dado el marco estructural global en que se han desenvuelto, desde 1990 a la fecha, la política y dinámicas de participación general o sectorial —como en el caso de la salud en Chile— no necesariamente reforman la cultura política y organizacional de los actores involucrados (funcionarios públicos y organizaciones de la sociedad civil) en una dimensión que asegure un “empoderamiento” de la base social en la marcha y orientación de los asuntos públicos⁷⁸.

En este marco, la acción ciudadana en salud, se ha hecho presente bajo dos modalidades principales. En primer lugar, el “agenciamiento” (agency) o disposición activa de los grupos objeto de política a obtener los bienes o servicios públicos de parte de las entidades que administran su generación y distribución (Jones y Gaventa, 2002). A falta de mecanismos transparentes, regulados e institucionalizados, ello se efectúa bajo mecanismos informales ya sea acatando (cooptación), negociando (cabildeo) o sobrepasando (movilizaciones sociales) los procedimientos operativos y técnicos definidos por la entidad ejecutora del Estado. En segundo lugar y de manera menos frecuente, la acción ciudadana intenta ampliar, también por vía informal, las atribuciones de consejos y comités sectoriales y/o territoriales, asumiendo un cierto control de los compromisos y decisiones; modalidades de gestión y destino de los presupuestos que la política ha fijado (rendición de cuentas o “accountability social”⁷⁹).

Redes informales en la gestión pública siempre han existido. Pueden servir de ejemplos virtuosos de “buenas prácticas”, como también contener reductos no transparentes de arreglos privados de problemas públicos; base de prácticas clientelares y corporativistas. Esta es la queja permanente de los funcionarios públicos innovadores y dirigentes sociales que informalmente tratan de suplir la función de mediadores entre usuarios y servicio público. De allí la importancia de la institucionalización de esta función.

En este sentido, reformas de “segunda generación”, como la de Salud en Chile, si bien dejan irresueltos estos problemas al esbozar tímidamente instancias participativas consultivas que no alcanzan pleno reconocimiento legal, con todo, abren hipotéticamente una nueva agenda deliberativa a los usuarios organizados o situados en redes de poder en torno a las decisiones de las nuevas autoridades sanitarias (nacional y regionales), así como canales de control social a usuarios individual o colectivamente considerados a través del reclamo al número, plazo y calidad de las prestaciones garantizadas universalmente por el Estado. Ello, al menos, da un marco de derechos mínimos de ciudadanía social (pasiva) a la política asistencial de salud, superando el enfoque fragmentario de programas paliativos y focalizados en determinados segmentos de la población (“pobres”), mientras la satisfacción de las necesidades de otros segmentos de la población queda librada a un mercado mínimamente regulado (Isapres). Pero deja sin cauce institucional la satisfacción de demandas de Ciudadanía Activa ya presentes en las redes público-comunitarias construidas por el sector de la salud pública. Esta insuficiencia apunta a resolver el Servicio de Salud de Talcahuano con iniciativas tales como

⁷⁸ Y, por tanto, sustentan procesos sustentivos de democratización y descentralización de las decisiones del Estado.

⁷⁹ Véase Olivera e Insunza Vera. 2003.

entregar atribuciones decisoriales a la red de prestadores públicos, incluir en dicha Red a representantes de usuarios de hospitales y consultorios municipales, e inaugurar con ella un primer Presupuesto Participativo. Aún así, como hemos visto, deja numerosas lecciones para su perfeccionamiento y eventual extensión en otras regiones o Servicios del país en el marco de las nuevas orientaciones y prioridades de participación social en salud que el actual gabinete sectorial está imprimiendo a su gestión.

Bibliografía

- Avritzer, L. El nuevo asociacionismo latinoamericano y sus formas públicas; propuestas para un diseño institucional. En Olvera, A. (coordinador) *La Sociedad Civil: de la teoría a la realidad*. Colegio de México, México D.F., 1999.
- Avritzer, L. Democracia Local y política deliberativa en Brasil. En Isunza Vera, E. y Olvera, A. J. (coordinadores) *Democratización, Rendición de Cuentas y Sociedad Civil: participación ciudadana y control social*. Cámara de Diputados, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social CIESAS - Universidad Veracruzana. México D.F., 2006.
- Brugué, J. y Gallego, Q. ¿Una administración pública democrática? En Font, J. (coordinador) *Ciudadanos y Decisiones Públicas*. Ariel Ciencia Política, Barcelona, 2001.
- Bustos, C. Presupuestos Participativos en Salud. Documento inédito, Programa Ciudadanía y Gestión Pública, U. de los Lagos, 2006
- Castells, M. *La Sociedad Red*. En su: *La Era de la Información*. Vol. I. Siglo XXI Editores, México D.F., 1996.
- Cunill, N. Lo público no estatal en la reforma del Estado. En su: *Entre el Estado y el Mercado: lo público no estatal*. Paidós - CLAD, Buenos Aires, 1998.
- Dagnino, E. Sociedad Civil, espacios públicos y construcción democrática en Brasil: límites y posibilidades. En Dagnino, E., Olvera, A. y Panfichi, A. *Sociedad Civil, Esfera Pública y Democratización en América Latina/Brasil*. Fondo de Cultura Económica, México D.F., 2002.
- Delamaza, G. Sociedad Civil y Democracia en Chile. Documento de Trabajo, Departamento de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, 1999.
- Delamaza, G. Espacios Locales y Desarrollo de la Ciudadanía. Chile iniciando el siglo XXI. Ponencia presentada en la Conferencia 2001 Latin American Studies Association (LASA). Washington DC, 2001. Disponible en: <http://136.142.158.105/Lasa2001/DeLaMazaGonzalo.pdf>
- Delamaza, G. "Políticas públicas y Sociedad Civil en Chile: el caso de las políticas sociales (1990-2004)". *Revista Política*. Santiago, N° 43, 2004.
- Delamaza, G. y Ochsenius, C. Trayectorias, Redes y Poder: Sociedad Civil y Sociedad Política en Chile 1990-2003. [en línea] 2004 [fecha de consulta, marzo 2007] <http://www.pucp.edu.pe/Trayectoria.pdf>
- Fernández, M. y Ochsenius, C. Innovaciones, Arreglos Institucionales y Participación Ciudadana: contribuciones a la Reforma de Salud. Programa de Ciudadanía y Gestión Pública, Universidad de Los Lagos. Lom Ediciones, Santiago, 2005.
- Guerra, C. Tejido social, conjuntos de acción y actitudes políticas en Santiago de Chile. En Villasante, T. R. *Las Ciudades Hablan. Identidades y movimientos sociales en seis metrópolis latinoamericanas*. Nueva Sociedad, Caracas, 1994.
- Jones, E. y Gaventa, J. Concepts of Citizenship: a review. Documento de Trabajo. Instituto para el Desarrollo, Universidad de Sussex, 2002.
- Mato, D. Redes transnacionales de actores globales y locales en la producción de representaciones de ideas de sociedad civil. En su: *Políticas de Ciudadanía y Sociedad Civil en Tiempos de Globalización* [en línea]. 2004 [fecha de consulta: marzo de 2007] <http://www.neticoop.org.uy/dc0344.pdf>.
- Mires, F. La sociedad de redes (o las redes de la sociedad). En *Revista Chasqui "Comunicación: entre la globalización y la glocalización"* [en línea] 1999, N° 67 [fecha de consulta: marzo de 2007] <http://comunica.org/chasqui/mires67.htm>
- Ochsenius, C. Sentidos y Redes de Acción Colectiva en los Procesos Locales de Innovación Local en ciudadanía. Documento de Trabajo [en línea] 2004, N° 13 [fecha de consulta: marzo de 2007] <http://www.innovacionciudadana.cl/ddt/dcto13.pdf>

- Ochsenius, C. Consejo de Participación Social en Salud de Talcahuano. En Programa Ciudadanía y Gestión Pública. Nuevas Experiencias de Gestión Pública Ciudadana. Las 20 destacadas del Premio 2004. Lom Ediciones, Santiago, 2005.
- Olvera, A. J. e Isunza Vera, E. Rendición de Cuentas: los fundamentos teóricos de una práctica de la ciudadanía. Documento de Trabajo presentado al Seminario Internacional sobre Participación Ciudadana, Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F., 2003.
- Olvera, A. J. Los discursos de la participación y de la rendición de cuentas en el contexto internacional de finales del siglo XX. En Isunza Vera, E. y Olvera, A. J. (coordinadores) Democratización, Rendición de Cuentas y Sociedad Civil: participación ciudadana y control social. Cámara de Diputados, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social CIESAS - Universidad Veracruzana. México D.F., 2006.
- Paley, J. La Participación y la "Sociedad Civil" en Chile: discursos internacionales, estrategias gubernamentales y respuestas organizacionales. Ponencia presentada a la Conferencia 2001 Latin American Studies Association (LASA). Washington D.C., 2001.
- PNUD. Informe de Desarrollo Humano en Chile. Más sociedad para gobernar el futuro. PNUD. Santiago de Chile, 2000.
- Secretaría Regional Ministerial de Salud Región del Bío-Bío, et al. Experiencia de Presupuestos Participativos en Salud del Servicio de Salud Talcahuano. Concepción, 2006.
- Valdés A. et al. Participación Social y Ciudadanía en Salud. Informe Final de la Consultoría "Capacitación y Asistencia Técnica a Políticas y/o Programas Públicos de la Reforma de Salud y Políticas Participativas en Salud". Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile, Santiago, 2003.
- Villasante, T. R. Clientelas y emancipaciones: una introducción metodológica. En Villasante, T. R. et al. Las Ciudades Hablan. Identidades y movimientos sociales en seis metrópolis latinoamericanas. Nueva Sociedad. Caracas, 1994.

ANEXOS

ANEXO N° 1

 Sistematización de Experiencias Destacadas, 2006¹.

FICHA 1			
Datos de la Experiencia			
Nombre de la Iniciativa		Promoción Internacional de la Gestión de la Salud en el Mundo Rural	
Localización		I Región, Provincia de Iquique, Comuna de Camiña	
Población meta o localidades		Camiña, Francia, Moquella, Cuisama, Yala Yala, Quistagama, Chapilquilita, Apamilca, Chillayza y Nama	
Año de Inicio	Julio 2002	Año de Recolección de la Información	2006
Organismo Responsable		Comité Vida Chile de Camiña	
Organismos Asociados		> Municipalidad de Camiña. > Seremi de Salud de la Región de Tarapacá. > Servicio de Salud. > Servicio País. > Postas de Salud rurales de la Comuna. > JUNJI. > Jardines Familiares. > Retén de Carabineros de Camiña. > Escuelas Básicas Municipales. > Biblioteca Pública. > Radio Agricultura de Camiña. > Club del Adulto Mayor. > Unión Comunal de Juntas de Vecinos. > Médicos Andinos. > Centros de Madres de la Comuna. > Registro Civil. > Asociación de Médicos Andinos Kollire. > Municipalidad de Tacna, Perú. > Chile Deportes. > Agrupaciones Indígenas.	
Programa al cual pertenece o del cual obtiene financiamiento		i) <u>Equipamiento y/o infraestructura:</u> > Escuelas Municipales. ii) <u>Recursos Humanos:</u> > Servicio País. > Comunidades indígenas. iii) <u>Financiamiento:</u> > Municipalidad de Camiña. > Seremi de Salud.	

1 Colaboración en la sistematización: Alejandra Ochoa.

Descripción del Proceso	
Objetivos	Logros
Objetivo General Mejorar la calidad de vida integral de la población de Camiña. Objetivos Específicos 1. Mejorar el acceso y la equidad, a la salud integral, de los habitantes de la comuna. 2. Lograr una gestión territorial integrada, por medio de una planificación local que responda a las características del territorio y las necesidades de su población. 3. Lograr estilos de vida saludable integrando aspectos relevantes de la cultura aymara en la promoción de la salud local. 4. Lograr una colaboración intersectorial. 5. Potenciar la colaboración público-privada.	1. Despertar el interés de la comunidad local en el cambio de conductas para proteger su salud, logrando la participación de representantes de la comunidad en el Comité, en un trabajo asociativo y participativo. 2. Motivar a la población a participar en los distintos proyectos de promoción de la salud por medio del rescate de su cultura tradicional. 3. Potenciar la identificación del grupo étnico con su entorno sociocultural. 4. Posibilitar que la comunidad se haga cargo del manejo, programación y contenidos de la radio comunitaria, siendo fuente importante de difusión y cobertura de los proyectos en ejecución. 5. El establecimiento de lazos de cooperación e intercambio con la municipalidad de Tacna, Perú. 6. El aumento progresivo de la población que se integra a los proyectos realizados por el Comité Vida Chile. 7. El aumento de los fondos destinados anualmente al Comité Vida Chile. 8. La construcción de liderazgos incipientes y la posibilidad de incidir en las políticas municipales de promoción de la salud. 9. La transparencia y responsabilidad, tanto en el manejo de los recursos para cada proyecto, como en la resolución de conflictos al interior del Comité.
Participación Ciudadana	• Los miembros del Comité Vida Chile han logrado activar un proceso ciudadano a partir de las estrategias desarrolladas para la Promoción de la Salud en la comuna. • El trabajo de colaboración de todos los actores hace posible la movilización de los vecinos a las reuniones del Comité, donde expresan sus demandas y se integran respetando su cosmovisión Aymara. • En las reuniones del Comité se fomenta la expresión de opiniones y la construcción de espacios de diálogo, aspecto fundamental para lograr el trabajo conjunto de la comunidad rural. • Actualmente, el municipio designa una coordinadora comunal para el Comité, sin embargo, se busca que con el tiempo los dirigentes vecinales determinen los lineamientos de su accionar. • Los representantes participan en la toma de decisiones del Comité y se encuentran informados de manera transparente de los aportes monetarios realizados por la Seremi de Salud. La asignación de los recursos para cada proyecto le corresponde al Presidente y la Coordinadora. • Cada organización es responsable de la ejecución de sus proyectos, de los recursos entregados y del cumplimiento de los plazos estipulados. • Se ha producido un proceso de empoderamiento de los ciudadanos en la medida que han visto un mejoramiento en su calidad de vida. • Dos aspectos fundamentales de la participación de la comunidad han sido: el convencimiento de un objetivo común y el desarrollo de confianzas y solidaridad.

Proceso
☒ La experiencia se inicia el año 2002 con la inquietud de la matrona de la posta rural por realizar labores de Promoción de la Salud con la población. Para ello obtiene el apoyo de la encargada del Departamento de salud para sensibilizar a las autoridades locales. ☒ Se crea el Comité Vida Chile, el cual se inicia con la participación de pocas personas de la comunidad y del intersector. El Comité se propone como desafío aplicar las acciones de promoción de salud y acceder para dicha tarea a los fondos del Ministerio de Salud. ☒ El Comité percibe la necesidad de recoger las particulares características geográficas, económicas, geopolíticas, sociodemográficas y socioculturales de la población local, y las necesidades e inquietudes de ésta, especialmente las que se asocian a determinantes sociales y factores de riesgo de la salud de la población. Para ello se desarrolló un proceso de vinculación activa con las dispersas comunidades del territorio. ☒ En este ejercicio, el rescate del conocimiento ancestral sobre distintos aspectos de la vida cotidiana, se transforma en un importante elemento de motivación e incorporación –por parte de la población– a los proyectos de promoción de la salud. El baile tradicional, la cultura y la alimentación tradicional Aymara van siendo integrados al trabajo de promoción de la salud como factores protectores. ☒ Paralelamente, se inicia un proceso de sinergia entre las instituciones y la comunidad –que van sumándose a la iniciativa– para gestionar una serie de proyectos que fomenten el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. Ello redundará en mayores fondos y en la incorporación de nuevos integrantes. El Comité obtiene así cada vez, una representación de más sectores de la comunidad local. Por su parte, la autoridad local al percibir resultados concretos, le brinda mayor apoyo y colaboración al Comité, permitiéndole seguir avanzando, y desarrollando más actividades. ☒ En esta labor, resulta clave el apoyo de un agente externo, un profesional del área de la salud y que forma parte del programa Servicio País. Su contribución posibilita la ampliación y dinamización de la red a nivel comunal. ☒ Camiña adquiere el carácter de Comuna Centinela de Promoción de la Salud en la Región y se le otorgan cada vez mayores recursos en función de metas cada vez más altas. Se van agregando, cada año, más proyectos y se trabaja en función de una planificación anual que recoge las inquietudes de los vecinos y organizaciones, y los aportes del intersector. Se potencia así la coordinación, gestión y ejecución de los proyectos del conjunto de la comunidad Camiña. De este modo, la promoción de la salud se ha desarrollado en torno a los acuerdos compartidos y se ha ido fortaleciendo el trabajo de equipo asociativo tras metas comunes relacionadas con la calidad de vida y los estilos de vida saludables. ☒ El año 2006, el Comité Vida Chile comienza a desarrollar un proceso de intercambio con la Municipalidad de Tacna, Perú. Ello compromete la participación de la primera autoridad comunal y al presidente del Comité, en un encuentro de difusión e intercambio con las autoridades del país vecino, donde se dan a conocer las políticas chilenas en el tema de la promoción de la salud y, específicamente, el trabajo exitoso realizado en la comuna de Camiña. ☒ Todo el trabajo realizado desde el año 2002 a la fecha, ha estado orientado a elevar la calidad de vida de esta población rural, logrando armonizar los objetivos planteados con la necesidad de llevar a cabo una Promoción de la Salud Intercultural, que de cuenta del respeto de la población por su cultura y tradiciones ancestrales locales. Se ha logrado, además, instalar la promoción de la salud como parte central de la estrategia de desarrollo comunal. Ello, junto al constante apoyo de la primera autoridad Comunal, del Ministerio de Salud y el interés de la comunidad local en participar, ha fortalecido un enfoque de trabajo intersectorial, que se ha materializado en alianzas estratégicas entre el sector público y privado.
☒ Algunos de los proyectos que desarrolla el Comité Vida Chile de Camiña son: • Promoción de la Salud a través de la comunicación y difusión radial. • Creación de Banda Las Lakas. • Programa de Plazas Vida Chile. • Formación de Monitores. • Adquisición de Cepilleros. • Talleres sobre: violencia intrafamiliar, cuidados del medio ambiente, cuidados del cuerpo, dientes sanos, ambientes libre del humo del tabaco, alimentación saludable, sensibilización ecológica, bailes andinos e historia, prevención del consumo de drogas, prevención y tratamiento de la depresión. • Creación de áreas verdes. • Colaciones saludables. • Implementación de videoteca para promoción de la Salud. • Actividad física. • Ciclo cine infantil. • Rescate bailes tradicionales y folclor. • Construcción de mini-gimnasios. • Protección recursos arqueológicos. • Día del Desafío. • Pasacalle Carnaval Perú, 2006.

Evaluación de la Experiencia	
Fortalezas	Oportunidades
i) Integración, motivación y participación activa de los integrantes del Comité en todas las actividades, lo que facilita la coordinación y ejecución. ii) Una comunidad que mantiene sus tradiciones y cultura de manera natural, ya que no se ha visto afectada por influencias externas y conserva el cariño por sus orígenes ancestrales (por ejemplo en el manejo de recursos naturales, bailes típicos y medicina alternativa). iii) La creatividad y organización de la comunidad para resolver las dificultades propias de su contexto. iv) La existencia de una radio comunitaria que brinda difusión y cobertura a los proyectos de Promoción de la Salud. v) La visión del Comité Vida Chile para promover una participación abierta al debate y a las distintas visiones que poseen todos los actores involucrados. vi) La capacidad de generar redes colaborativas entre distintos actores, tanto externos como internos.	i) Contactos internacionales, para el desarrollo de futuras actividades. ii) Un programa de promoción de la salud transformado en uno de los ejes de la acción municipal, lo que aumenta las posibilidades de influir en la planificación desde un enfoque de mejoramiento de la calidad de vida. iii) La interlocución directa de los miembros del Comité Vida Chile con la Coordinadora Municipal y los lazos de confianza creados. iv) La transparencia y responsabilidad mostrada por los miembros del Comité y las organizaciones, en las distintas iniciativas y en la gestión de proyectos. v) La motivación de otros agentes públicos y externos con los procesos desarrollados por la iniciativa. vi) El enfoque de la política ministerial de Promoción de la Salud orientada a la atención de los determinantes sociales, la acción intersectorial en pos de la equidad y el mejoramiento de la calidad de vida de la población para mejorar su condición de salud.
Debilidades	Amenazas
En general responden a dificultades que generan factores situacionales, más que a aspectos relacionados con la gestión: i) La situación de aislamiento de Camiña debido a sus características geográficas y a la dificultad en el acceso a la comuna (camino de ripio o chusca). ii) La dificultad para reunir a los habitantes debido a la gran dispersión de la población local, al corte de caminos, la ruralidad y la pobreza. iii) Por lo antes mencionado, también se hace difícil la coordinación de las actividades que planifica el Comité. iv) La falta de una oficina local que acoja las inquietudes tanto de los/as vecinos/as como las organizaciones. v) La demora en la asignación de recursos al Comité Vida Chile, generando atrasos en la implementación de los proyectos y reduciendo los tiempos de ejecución.	i) La falta de un sistema formal, sistemático y participativo, de evaluación y seguimiento de los distintos proyectos, y los resultados obtenidos a nivel de impacto ciudadano y de gestión pública. ii) Toda la gestión del Comité Vida Chile se apoya en la estructura administrativa y de financiamiento existente, lo que podría verse afectado, por ejemplo, por cambios en la administración pública local. iii) Los recursos financieros son escasos y deben ser repartidos a otros grupos similares con menos nivel de desarrollo. iv) La lentitud en la entrega de los fondos asignados a los proyectos, desde la Seremi de Salud.

Factores Claves	i) Institucionales > La coherencia de los proyectos desarrollados por el Comité Vida Chile y el programa municipal de promoción de la salud, con el contexto sociocultural y económico de la población en el que se inserta la iniciativa, así como la explícita necesidad de rescatar la cultura tradicional local en pos de promover estilos de vida saludables. > El apoyo en enfoque, dinamización y desarrollo de la red Vida Chile de un profesional de la salud del programa Servicio País. ii) Políticos > El apoyo municipal en la participación de los/as vecinos/as en el Comité Vida Chile, para la toma de decisiones sobre las políticas de promoción de la salud comunal. iii) Económicos > Informar a la comunidad de manera transparente los aportes financieros de la Seremi de Salud. > La distribución equitativa de los recursos disponibles. > La responsabilidad y transparencia de las organizaciones en el manejo de los recursos. iv) Sociales > Las características propias de la localidad, tales como; el aislamiento, la dispersión geográfica, la ruralidad y la pobreza del sector, son elementos que han potenciado la unión entre los habitantes de la comuna en torno a esta particular iniciativa (a partir de lazos de solidaridad dados precisamente por las dificultades contextuales para el desarrollo de la misma). > El desarrollo del capital social, que posibilita la superación de la situación de pobreza a partir del desarrollo de capacidades que antes era inexploradas; generando interacciones que se convierten en redes, posibilitando la construcción de ciudadanía y democracia > El apoyo brindado a la iniciativa por la radio comunitaria, transformándose en un activo agente de promoción de la participación de la población.
-------------------------------	--

FICHA 2

Datos de la Experiencia

Nombre de la Iniciativa		Promoción de la Gestión Ambiental Local	
Localización		Región Metropolitana, Provincia Chacabuco, Comuna Lampa	
Población meta o localidades		Lampa y Batuco	
Año de Inicio	Marzo 2005	Año de Recolección de la Información	2006
Organismo Responsable		CONAMA, Dirección Regional de la Región Metropolitana	
Organismos Asociados		> Gobierno Regional Metropolitano. > Consejeros Regionales. > Programa Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). > Comisión Nacional de Medio Ambiente (CONAMA). > Comisión Regional de Medio Ambiente (COREMA). > Superintendencia de Servicios Sanitarios (SISS). > Corporación Nacional Forestal (CONAF). > Dirección General de Aguas (DGA). > Servicio Agrícola Ganadero (SAG). > Asociación Chilena de Municipalidades. > 31 municipalidades de la Región Metropolitana. > Universidad Católica. > Tesistas Universidad de Chile. > Sistema Nacional de Certificación Ambiental de Establecimientos Escolares (SNCAE). > Red Ambiental de la Universidad de Chile (RAUCH). > Unión de Ornitólogos de Chile (UNORCH). > Empresa privada Cerámicas Santiago. > Radio comunitaria de Lampa. > Reciclar Futuro. > El Totoral. > Fundación Roble Alto. > Comisión Técnica del Humedal de Batuco. > Escuelas del sector. > Empresas privadas del sector.	
Programa al cual pertenece o del cual obtiene financiamiento		i) <u>Recursos Humanos:</u> > Asociación Chilena de Municipalidades. ii) <u>Financiamiento:</u> > Gobierno Regional Metropolitano. > Consejo Regional Metropolitano. > Municipalidad de Lampa. > Comisión Nacional de Medio Ambiente de la Región Metropolitana (CONAMA RM). iii) <u>Otros:</u> > Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). > Comisión Nacional de Medio Ambiente de la Región Metropolitana (CONAMA RM).	

Descripción del Proceso	
Objetivos	Logros
<u>Objetivo General</u> Apoyar la generación de una cultura de corresponsabilidad ambiental en 31 comunas de la Región Metropolitana. <u>Objetivos Específicos</u> 1. Descentralizar la gestión ambiental hacia los niveles local municipal y ciudadano. 2. Aplicar el programa GAL en la comuna de Lampa. 3. El fortalecimiento de la identidad local y el reconocimiento y articulación de los actores sociales. 4. Brindar asistencia técnica a la gestión ambiental local y la formación y educación en temáticas medioambientales.	1. La creación de la secretaría técnica ambiental municipal. 2. La creación de la agrupación ciudadana El Totoral. 3. El trabajo colaborativo entre la ciudadanía y el municipio, y la articulación de las gestiones de nivel social, municipal y regional. 4. El establecimiento de demandas ciudadanas al municipio y a los servicios públicos regionales. 5. El fortalecimiento de las organizaciones sociales y su activa participación. 6. La sensibilización de toda la comunidad, así como actores públicos y privados, en la protección de su entorno.
Participación Ciudadana	• La población demanda fiscalización y coordinación hacia los servicios públicos y ha establecido un marco de colaboración con las autoridades. • La ciudadanía organizada se ha comprometido con la protección de la biodiversidad y cumple el rol de dinamizador de los procesos sociales de la comuna; – participan activamente en el diseño de políticas, por ejemplo se han incorporado a la mesa intersectorial de trabajo público privado del humedal Batuco; – participan en los instrumentos de gestión ambiental, como el sistema de evaluación ambiental de proyectos SEIA y la elaboración de normas ambientales; – cumplen un rol de vigilancia ambiental en proyectos en operación; – colaboran en procesos educativos en la comuna. • Los espacios de participación ciudadana del programa GAL, por una parte, son los otorgados por la Ley 19.300 y, por otra, los considerados en la propia gestión de CONAMA RM. Paralelamente, la Municipalidad de Lampa abrió espacios y generó mecanismos para la participación de sus vecinos con un enfoque de corresponsabilidad. • Los actores directos del programa GAL eligieron los contenidos: – los municipios definieron cuáles serían las temáticas en que recibirían la asistencia técnica directa; – los funcionarios determinaron en qué temas se capacitarían (de un menú de cinco opciones); – los dirigentes diseñaron las acciones comunales (ferias, cabildos, eventos).

Proceso

- ✓ El programa de Gestión Ambiental Local (GAL), desarrollado por la Dirección Metropolitana de CONAMA, se implementó el 2005 en 31 comunas de la región, siendo la comuna de Lampa la más exitosa. El proyecto fue definido desde CONAMA RM con consulta al Gobierno Regional y la Asociación de Municipios.
- ✓ El programa GAL identificó como uno de los principales problemas de la gestión ambiental la descentralización a nivel local y ciudadano. Expresándose con mayor fuerza en municipios rurales o semi rurales, donde hay más pobreza, problemas ambientales complejos y mayor distancia entre el gobierno local y las autoridades regionales y nacionales.
- ✓ Lampa es una comuna semi-rural en transición a lo urbano. En los últimos años ha tenido un importante impulso al desarrollo industrial. Desde el año 1997, Lampa fue incluida en el Plan Regulador Intercomunal de Santiago, por lo que han comenzado a aflorar problemas asociados al uso de suelo y los procesos de ocupación industrial.
- ✓ La experiencia consiste en brindar asistencia técnica e información ambiental, así como fortalecer capacidades y generar redes de trabajo para facilitar la gestión ambiental.
- ✓ El primer paso de GAL es el involucramiento y aceptación de parte de la autoridad local en el programa. En este caso el alcalde fue pieza clave a la hora de facilitar la participación de funcionarios en capacitaciones, al acceder a la creación de la secretaría ambiental y comprometerse a abrir una glosa presupuestaria para estas materias.
- ✓ Los/as ciudadanos/as y funcionarios/as partieron con un nivel importante de escepticismo frente a la iniciativa, situación que fue revertida en el transcurso del proceso. Las organizaciones ciudadanas que han participado, cuentan hoy con un batería de instrumentos y conocimiento de sus derechos para acceder a información e incidir en decisiones.
- ✓ La estructura municipal creada para temas medioambientales permanece y las agrupaciones se han incorporado a mesas de trabajo como un actor de peso, trabajando activamente en el diseño y ejecución del Plan de Acción de Protección de la Biodiversidad de Lampa. Se le da especial importancia a la protección del humedal Batuco, como un sitio prioritario de la comuna.
- ✓ Se ha logrado el fortalecimiento de agrupaciones ciudadanas relacionadas al medio ambiente y la generación de otras nuevas como El Totoral, las cuales participaron en una feria ambiental comunal para difundir las iniciativas ciudadanas de protección del medio ambiente y sensibilizar e informar a la comunidad. Además se realizó un Cabildo ambiental donde compartieron autoridades regionales, locales y ciudadanos.
- ✓ Los/as vecinos/as de Lampa demandan antecedentes y acciones, permanentemente, a la autoridad ambiental y local. El desafío será mantener este vínculo en el tiempo, fortalecer aún más las redes internas y con otros gobiernos locales, y generar nuevas iniciativas.
- ✓ En la medida en que se fortaleció la institucionalidad municipal y se empoderó a la ciudadanía, la relación entre ambos ha alcanzado niveles importantes de compromiso y madurez: "Colaborar cuando es necesario y criticar y contraproponer cuando corresponda". La formación de redes municipales y ciudadanas reafirmó al Municipio de Lampa y sus organizaciones, situación acrecentada por la relativa distancia de los centros mas urbanos y el consecuente sentimiento de "aislamiento". La visibilización de experiencias y la apertura de espacios conversacionales, como Ferias y Cabildos, han contribuido a mejorar la gestión ambiental local.
- ✓ Algunas de las actividades realizadas en Lampa son:
 - Capacitación a 5 funcionarios municipales en convenio con Universidad Academia de Humanismo Cristiano y capacitación in situ a 17 dirigentes sociales durante 3 meses,
 - La asistencia técnica entregada al municipio de Lampa se materializó en la creación de la Secretaría Técnica Ambiental y la elaboración de ordenanzas municipales,
 - La articulación de actores se realizó principalmente a través de la Feria Ambiental y el Cabildo Ambiental Comunal.

<i>Evaluación de la Experiencia</i>	
Fortalezas	Oportunidades
i) La consolidación de una red al articular actores sociales y públicos, de nivel local y regional. ii) El establecimiento de mecanismos institucionalizados de participación en mesas de trabajo, reuniones periódicas y tareas de terreno, compartidas entre funcionarios y vecinos/as. iii) La experiencia adquirida en estrategias de gestión, coordinación y trabajo de equipo, entre distintos actores sociales, públicos y privados. iv) El surgimiento de liderazgos y el empoderamiento de organizaciones como Reciclar Futuro y El Totoral. v) La constitución de un equipo de profesionales en la secretaría técnica de medio ambiente con un compromiso más allá de sus funciones. vi) El apoyo y contribución directa de Cerámicas Santiago a la educación ambiental y la protección del humedal.	i) La voluntad política del gobierno regional y la apertura del municipio a la participación ciudadana. ii) La posibilidad de acceso a otros fondos por medio de los convenios con RAMSAR y ONU (diversidad biológica). iii) El potencial interés de privados, nacionales y extranjeros, en la conservación de especies y del humedal. iv) La propuesta metodológica de combinación de instalación de capacidades, fortalecimiento de redes y visibilización de actores. v) La aplicación de una estrategia de intervención que reconoce y respeta la especificidad local y los intereses de los distintos actores. vi) Que los actores regionales de la gestión pública identifiquen interlocutores fortalecidos y organizados en la comuna. vii) El marco institucional dado por la Estrategia Regional de Conservación de la Diversidad Biológica y el trabajo voluntario de profesionales de alta especialización, en labores de vigilancia y protección del humedal.
Debilidades	Amenazas
i) La vulnerabilidad de la nueva institucionalidad municipal. ii) La dependencia de fondos regionales u otros fondos concursables para el desarrollo futuro de la experiencia.	i) La expansión de las actividades de las Plantas de Tratamientos de Aguas Servidas, principalmente La Cadellada. ii) La dificultad para agregar los ítems presupuestarios necesarios que aseguren la nueva estructura municipal. iii) La dificultad futura para que apoyen las iniciativas ciudadanas en curso, ya sea por cambios políticos, de prioridades o presupuesto municipal.

Factores Claves	i) Institucionales > La vinculación entre el ámbito local y regional. > La aplicación de un plan piloto de menor escala. > El marco institucional que brindó CONAMA RM para su ejecución y desarrollo. > Una concepción de ciudadanía que promueve el ejercicio de derechos y la participación ciudadana en la esfera pública. > La generación de mecanismos para formalizar e institucionalizar la participación de la ciudadanía. > El desarrollo de estrategias diversificadas para los sectores rurales y urbanos. > La creación de una unidad municipal específica dedicada a temáticas medioambientales. ii) Políticos > La voluntad política de las autoridades regionales y comunales. > La mediación realizada por CONAMA RM para resolver dificultades o carencias. iii) Económicos > Los recursos destinados por CONAMA RM a la experiencia. > Recursos municipales para hacer posible el trabajo de la secretaría técnica de medio ambiente. iv) Sociales > La alianza estratégica entre la agrupación El Totoral y otras organizaciones sociales de la comuna. > Acuerdos de funcionamiento y colaboración entre la municipalidad y las organizaciones sociales. > El conocimiento de funcionarios y vecinos que fueron informantes claves sobre la historia y características de la comuna. > Un manejo adecuado y oportuno de las expectativas de los diferentes actores involucrados en la experiencia.
------------------------	--

FICHA 3

Datos de la Experiencia

Nombre de la Iniciativa		Estrategias Sociales de un Consejo de Desarrollo Local de Salud	
Localización		Región Metropolitana, Provincia Santiago, Comuna Pedro Aguirre Cerda	
Población meta o localidades		Población Universidad de Chile	
Año de Inicio	Marzo 2000	Año de Recolección de la Información	2006
Organismo Responsable		Consejo de Desarrollo Local de Salud	
Organismos Asociados		> Municipalidad de Pedro Aguirre Cerda. > CESFAM Edgardo Enríquez. > Intendencia Metropolitana. > PRODEMU. > Dirección de Organizaciones Sociales de La Moneda. > Ministerio de Salud. > CONACE. > Ministerio de Justicia. > Embajada de Venezuela. > Embajada de Cuba. > Radio Comunitaria 1º de Mayo. > Microempresarios de la comuna. > Radio comunitaria popular de San Pedro. > Dirigentes Vecinales. > Jóvenes Universitarios preayuda social para la comuna. > Juntas de Vecinos. > Unión Comunal. > Otras organizaciones de base.	
Programa al cual pertenece o del cual obtiene financiamiento		i) <u>Equipamiento y/o Infraestructura:</u> > Centro de Salud Familiar. ii) <u>Capacitación:</u> > PRODEMU. iii) <u>Financiamiento:</u> > Departamento de Salud Municipal. > Embajada de Venezuela. > Embajada de Cuba. > Consejo de Desarrollo Local de Salud. iv) <u>Asistencia técnica:</u> > Intendencia. > Corporación Municipal. > Ministerio de Salud.	

Descripción del Proceso	
Objetivos	Logros
Objetivo General Elevar la calidad y la cobertura de los servicios asociados a salud, educación y cultura de la comuna. Objetivos Específicos 1. Generar estrategias que faciliten el acceso y la atención de salud de la comunidad. 2. Promover estilos de vida saludables en la ciudadanía. 3. Contribuir por medio de proyectos a la Gestión Pública local. 4. Informar a la comunidad sobre la reforma de salud y el nuevo régimen de garantías explícitas (GES). 5. Ejercer control social sobre la implementación del GES. 6. Establecer instancias de debate entre funcionarios y dirigentes sobre temas que afectan a los/as vecinos/as. 7. Mejorar la asociatividad de los dirigentes y la comunidad. 8. Lograr una participación social amplia dentro en la comunidad. 9. Consolidar una gestión intersectorial y en red a nivel local, nacional e internacional.	1. La creación de alianzas estratégicas, por sobre las definiciones ideológicas de cada dirigente, priorizando el trabajo conjunto. 2. La eliminación de prejuicios y reticencias de los funcionarios a la participación ciudadana en salud. 3. La creación de un reglamento que regula el funcionamiento y los compromisos entre el CESFAM y el Consejo. 4. Dicho reglamento fue aplicado en todos los Consejos de Desarrollo Local de Salud de la comuna. 5. El fortalecimiento del rol del dirigente al interior de la comunidad y su validación en la gestión en el ámbito institucional. 6. La capacidad del Consejo de establecer articulaciones que han generado nuevas relaciones entre los distintos actores y la consiguiente consolidación una red de trabajo, y colaboración intersectorial, a nivel local, nacional e internacional. 7. La realización de proyectos de diversa índole en beneficio de las familias de la comuna y la población en general. 8. La realización de reuniones de planificación comunitaria entre actores públicos y sociales. 9. La implementación de los proyectos FONDEVE para el 2006.
Participación Ciudadana	• El Consejo es definido como una instancia asesora de la gestión de la dirección del establecimiento. En él participan representantes de los equipos profesionales de la salud, del personal del establecimiento y de las organizaciones territoriales, funcionales y sociales de la comuna. • El Consejo tiene funciones de tipo informativo, propositivo, promocional, consultivo, evaluativo y decisorio. Las decisiones sobre el uso de los recursos se realizan en sesión del Consejo en pleno. • La participación que se da al interior del Consejo propicia, en los/as vecinos/as participantes, la generación de sujetos de derechos en salud, pasando de "demandantes pasivos" a generadores de propuestas. • Al interior del Consejo se ha generado un proceso de traspaso de responsabilidades hacia la comunidad (por ejemplo el Módulo de Atención Solidaria, posteriormente OIRS). • En el ámbito municipal se han iniciado algunas aperturas hacia una co-gestión comunitaria. Dirigentes del Consejo están participando en otras estructuras de toma de decisiones, por ejemplo, en mesas de trabajo sobre seguridad ciudadana.

Proceso
☑ La necesidad de organizarse surge de los/as propios/as dirigentes al visualizar el vacío en las coberturas de salud existentes en la comuna y los largos desplazamientos que debe realizar la población para la atención de salud. ☑ Se crea el Consejo, en el año 2000, con el objetivo de lograr una participación comunitaria en temas de salud junto con el equipo técnico y profesional del CESFAM Edgardo Enríquez Frodden. ☑ Este Consejo de Desarrollo Local de Salud, por iniciativa de los dirigentes, tiene personalidad jurídica y se constituye como una organización funcional. ☑ En sus inicios estaba conformado por 12 organizaciones de vecinos, personal del establecimiento y profesionales del equipo técnico de salud. En la actualidad, las organizaciones que participan en el Consejo son 19. ☑ El Consejo se encontró con dificultades tales como la desinformación de los/as dirigentes y desconfianza en los/as funcionarios/as para abrir espacios de participación ciudadana, lo que fue superado por medio de capacitación y el desarrollo de confianzas mutuas. ☑ El trabajo del Consejo se orientó a temáticas de promoción de la salud y participación ciudadana. Posteriormente, los/as dirigentes plantearon nuevas inquietudes respecto a la calidad de vida de sus vecinos, por lo que se empezaron a incluir al debate otras áreas, tales como empleo, vivienda, recreación, cultura y educación. ☑ La gestión del Consejo se caracteriza por una planificación participativa anual. La toma de decisiones sobre la gestión organizacional, la consecución y asignación de recursos, la co-gestión de espacios en el Consultorio, y el control y seguimiento de los proyectos, las realiza todo el Consejo, el cual se encuentra abierto al debate, a recoger inquietudes y sugerencias de todos los actores involucrados. ☑ Para la ejecución de los proyectos se procede designando responsabilidades por equipos y delegando entre los integrantes del Consejo. ☑ Debido al reconocimiento de las autoridades locales por el trabajo realizado por el Consejo, los/as dirigentes van siendo insertados/as en otras mesas de trabajo, ampliándose la ingerencia de la participación ciudadana en la gestión pública local y gestionándose una red intersectorial. ☑ Desde el año 2005 la relación del Consejo con el Consultorio está normada por un convenio de colaboración. En el reglamento se explicitan los compromisos de ambas partes, siendo: • Los compromisos del Consejo: el desarrollo de talleres orientados a la promoción de estilos de vida saludable, la capacitación a las/os integrantes en temas emergentes de salud, mantener la participación ciudadana en el Plan de salud anual, mantener la atención conjunta en la OIRS, mantener comunicación directa con la Dirección de la OIRS. • Los compromisos del Centro: brindar la infraestructura y el equipamiento adecuado para las actividades que realice el Consejo, aportar con horas profesionales para las actividades educativas planificadas por el Consejo, participar activamente en las actividades del Consejo, mantener relaciones armónicas entre la Dirección y el Consejo. ☑ El Consejo genera algunos recursos propios para la realización de algunas actividades. Por ejemplo dirigentes/as del Consejo amasan pan en la cocina del Consultorio y lo venden a los funcionarios del establecimiento con el fin de pagar la cuidadora del rincón infantil. ☑ El Consejo se ha constituido como un espacio importante para el empoderamiento de los/as dirigentes de la comuna, el cambio en las relaciones sociales, así como la formación y apertura para la inserción laboral de dirigentes.
☑ Entre los proyectos realizados por el Consejo se encuentran: > la creación del rincón infantil del Centro, el cual implica el pago de la cuidadora –en la jornada de la mañana– con recursos propios; > el vivero medicinal que es mantenido en el centro de salud y que provee insumos para la realización de talleres de hierbas medicinales y la producción de algunas medicinas tradicionales; > la realización de talleres para las dirigentes e integrantes de organizaciones que han permitido la replicación y la mantención de servicios alternativos de salud, por ejemplo masajes; > talleres de alimentación saludable, especialmente para la población diabética del Consultorio; > la realización de un proyecto de mejoramiento de viviendas; > la realización del proyecto de alfabetización y nivelación de estudios; > la participación en el Proyecto Comuna Segura logrando la generación de luminarias para un sector de la comuna; > el desarrollo de campañas de prevención de drogas en conjunto con Previene; > recientemente, se han realizado gestiones a nivel de municipio para la creación y realización del Fondevé 2006, así como las gestiones para el retiro de basura domiciliaria; > articularse con la Operación Milagro –impulsada por el gobierno venezolano– para el acceso a operaciones de oftalmología en Venezuela, para habitantes de la comuna que se encontraban en lista de espera en el sistema de salud, quienes fueron evaluados por médicos venezolanos. La iniciativa fue apoyada por el CESFAM.

Evaluación de la Experiencia	
Fortalezas	Oportunidades
i) La construcción de alianzas estratégicas entre actores públicos, privados y sociales. ii) La experiencia adquirida durante 6 años en el trabajo y gestión en red, entre diferentes actores e instituciones. iii) La identidad organizacional que posee el Consejo ha facilitado la consecución de objetivos y la convocatoria en la comunidad. iv) El respeto del Consejo por la solidaridad, equidad, diversidad, compromiso, compañerismo, responsabilidad y trabajo en equipo. La capacidad de adaptación a los distintos requerimientos. v) Los/as vecinos/as están incorporando constantemente nuevos temas y perspectivas a la discusión local de salud del Consejo. vi) La existencia de una "política de puertas abiertas" de la dirección del Consultorio, que permite el acceso directo y transparente a la resolución de problemas.	i) El apoyo de la Radio Comunitaria en la difusión de la organización, sus proyectos y sus logros. ii) El apoyo de privados, como la Galería de Arte de Pedro Aguirre Cerda, en actividades culturales vinculadas a temas de Promoción de la Salud. iii) El reconocimiento al trabajo realizado por el Consejo y su validación ante autoridades, y organizaciones, tanto nacionales como internacionales.
Debilidades	Amenazas
i) La falta de infraestructura y espacio propio. ii) Los precarios mecanismos de registro. iii) La falta de sistematización de los resultados. iv) La falta de realización de análisis sobre el impacto de las actividades realizadas. v) La falta de formación de los dirigentes. vi) Los escasos recursos económicos y materiales con que cuenta el Consejo. vii) La falta de nuevas generaciones de dirigentes en el Consejo, así como la incorporación y formación de dirigentes más jóvenes a las organizaciones.	i) Los métodos que existen en las redes público-privada, que no permiten la participación de los/as vecinos/as. ii) Las exigencias con estándares muy altos para postular a proyectos. iii) La poca claridad y transparencia en la asignación de fondos, en proyectos de diversa consideración.

Factores Claves	i) Institucionales > La presencia de los/as dirigentes al interior del Consultorio, en el Mesón de Atención Solidaria para orientar a sus vecinos/as. > La existencia y aceptación de un reglamento entre el Establecimiento de Salud y el Consejo donde se establece un convenio de colaboración. > El trabajo realizado por el Consejo para potenciar redes intersectoriales más allá del sector salud. ii) Políticos > Las alianzas generadas, entre dirigentes de distintas organizaciones y partidos políticos, en función de un objetivo común. iii) Económicos > El apoyo de las embajadas de Venezuela y Cuba. iv) Sociales > La existencia de un objetivo común para todos los dirigentes; trabajar para mejorar las condiciones de vida de sus vecinos. > Haber logrado las confianzas mutuas necesarias entre todos los actores para la ejecución de nuevos proyectos. > La solidaridad y el compromiso de la comunidad.
------------------------	--

FICHA 4

Datos de la Experiencia

Nombre de la Iniciativa		Presupuestos Participativos en Salud	
Localización		VIII Región, Provincia Concepción, Comuna Talcahuano	
Población meta o localidades		Talcahuano, Hualpén, Penco y Tomé	
Año de Inicio	Junio 2006	Año de Recolección de la Información	2006
Organismo Responsable		Servicio de Salud Talcahuano	
Organismos Asociados		> Seremi de Salud VIII Región. > Seremi de Gobierno VIII Región. > Consejo de Participación Social en Salud de Talcahuano. > Comité Integrador de la Red Asistencial (CIRA). > Agencia Alemana de Cooperación Técnica GTZ. > Municipalidad de Talcahuano. > Municipalidad de Hualpén. > Municipalidad de Penco. > Municipalidad de Tomé. > Corporaciones Municipales de Salud. > Centros de Salud Municipales. > Uniones Comunales de Juntas de Vecinos. > Uniones Comunales Agrupaciones de Salud de Tomé y Talcahuano. > Comités Locales Vida Chile. > Consejo de Desarrollo de Hospitales. > Comisión Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE). > Programa Políticas Públicas y Ciudadanía Universidad del Bío-Bío. > Departamento de Trabajo Social, Universidad de Concepción. > Radios comunitarias. > Equipos de participación social de la red de salud.	
Programa al cual pertenece o del cual obtiene financiamiento		i) <u>Equipamiento y/o Infraestructura:</u> > Red de Establecimientos de Salud. > Universidad del Bío-Bío. ii) <u>Recursos Humanos:</u> > Programa Políticas Públicas y Ciudadanía Universidad del Bío-Bío. > Centros de Salud Municipales. > Hospitales. > Uniones Comunales. > Departamento de Trabajo Social de la Universidad de Concepción. iii) <u>Financiamiento:</u> > Servicio de Salud de Talcahuano. > Seremi de Gobierno. > Seremi de Salud. > Consejo de Participación Social en Salud. > Municipalidades de Talcahuano, Hualpén, Penco y Tomé. > Comisión Nacional de Control de Estupefacientes (CONACE). iv) <u>Otros:</u> > Agencia Alemana de Cooperación Técnica GTZ.	

Descripción del Proceso	
Objetivos	Logros
Objetivo General Impulsar y desarrollar un modelo de salud centrado en las potencialidades de las personas, a partir de la implementación de iniciativas locales provenientes de la comunidad. Objetivos Específicos 1. Desarrollar instrumentos, medidas y prácticas participativas, estableciendo relaciones horizontales y de confianza. 2. Fortalecer las organizaciones comunitarias, promocionando la asociatividad, el trabajo colectivo y la conformación de redes. 3. Que la comunidad pueda comprender cómo funciona el presupuesto de salud. 4. Transmitir la experiencia adquirida por el Consejo a la red y las organizaciones. 5. Abrir espacios de discusión social en salud para mejorar el acceso y la atención, así como los servicios que ofrece. 6. Tomar acuerdos sobre la asignación de los recursos en conjunto con la ciudadanía.	1. La incorporación de la comunidad como un actor co-responsable del cuidado de su salud. 2. Los actores comunitarios participan en la formulación de políticas públicas. 3. Se han generado vínculos de confianza con la institucionalidad. 4. La generación de una nueva forma de relación entre ciudadanos/as y funcionarios/as. 5. Cambios en los procedimientos institucionales tradicionales. 6. Poner en práctica un modelo de gestión que desarrolla una participación efectiva y vinculante en la toma de decisiones sobre la asignación de una parte de los recursos destinados a salud. 7. Constituirse para el MINSAL en un modelo para promocionar la participación en el sector salud.
Participación Ciudadana	• La profundización de los procesos participativos al interior de la gestión pública del Servicio de Salud de Talcahuano, se vio reforzado por los mandatos de la nueva Presidenta y la Reforma de Salud. • La participación en Salud de los/as vecinos/as de Talcahuano, les ha significado a los/as funcionarios/as tener que ceder poder a la ciudadanía en el ejercicio de la gestión pública de salud, lo que no estuvo exento de dificultades al interior de los equipos técnicos y profesionales de salud de atención primaria; situación que fue superada con aprendizajes mutuos durante el proceso. • El proceso abrió la participación de la comunidad a la máxima estructura de la red de salud, al incorporar dirigentes al Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA). • El desarrollo de Presupuestos Participativos ha significado para la comunidad la activa participación en la toma de decisiones sobre la asignación de recursos y la determinación de prioridades en las políticas públicas locales de salud, lo que se traduce en una efectiva ingerencia ciudadana en la gestión.

Proceso

- ☑ A nivel Internacional los Presupuestos Participativos son un instrumento de planificación que ayuda a situar en orden de importancia las demandas de los/as ciudadanos/as, permitiendo el acceso de la población a la toma de decisiones.
- ☑ A partir del premio a la Innovación recibido por el Consejo de Participación Social en Salud, en el año 2004, conocen experiencias de Presupuestos Participativos en municipios de la Región Metropolitana y surge la inquietud por implementar una experiencia similar en Talcahuano.
- ☑ Para implementar los Presupuestos Participativos se relacionan con el Programa de Políticas Públicas y Ciudadanía de la Universidad del Bío-Bío, quién a su vez contacta a la Agencia de Cooperación Alemana GTZ.
- ☑ Se firman convenios de colaboración entre las instituciones y se crea un Comité Técnico Político, quién tendrá por función definir los lineamientos de la implementación en salud.
- ☑ En el Presupuesto Participativo se priorizaron y se destinaron recursos para:

Proyecto	Monto
Previnendo el Cáncer de Próstata	3.600.000
Capacitación integrada y en Red	1.800.000
Casa de acogida familiares Hospital Higuera	4.794.000
Implementos para Dispensarios de Salud	990.000
Atención Preferencial para el Adulto Mayor	1.000.000
Taller de Capacitación funcionario-usuario	180.000
Recuperar Espacios Públicos	5.000.000
Capacitando familiares de pacientes crónicos	2.400.000
Sexualidad responsable adolescente	3.600.000
Salas de Espera entretenidas	1.636.000

- ☑ El procedimiento es nombrar un referente técnico y un referente comunitario para cada proyecto, haciéndose efectiva la corresponsabilidad en salud. Se realizan reuniones de coordinación en cada sector para considerar los requerimientos y características de cada territorio.
- ☑ Se crea un Comité de Seguimiento, con representación institucional y comunitaria, para cada uno de los diez proyectos priorizados.
- ☑ Se realizaron dos jornadas de evaluación de la experiencia. La sistematización quedó a cargo de la Universidad del Bío-Bío, de este modo se cuenta con un registro de cada una de las acciones y etapas del proceso.
- ☑ Se establece una alianza con la Universidad de Concepción para realizar una Evaluación Externa a la experiencia. Para tales fines se formuló un proyecto y se presentó al Fondo Nacional de Investigación en Salud (FONIS).
- ☑ A raíz de la experiencia vivida en Talcahuano, el Ministerio de Salud estableció como meta para el 2006 que todos los Servicios de la VIII Región incorporaran este mecanismo de Presupuestos Participativos. Y se ha propuesto como meta para el 2009 llegar a un 100% de los Servicios del país.
- ☑ Con la puesta en marcha de los Presupuestos Participativos se rompe con la asignación de recursos por vía de fondos concursables y toman importancia las acciones definidas por la propia comunidad.
- ☑ El Servicio de Salud de Talcahuano decide realizar una segunda experiencia para lo cual destina nuevamente 25 millones de pesos.

Evaluación de la Experiencia	
Fortalezas	Oportunidades
i) Directivos comprometidos y equipos técnicos especialmente capacitados. ii) La experiencia adquirida por el Consejo de Participación Social transmitida a las demás organizaciones participantes. iii) Las redes generadas con los otros servicios públicos relacionados a salud. iv) La gestión participativa realizada con la comunidad en la corresponsabilidad de su salud. v) La presencia de dos instancias dedicadas al seguimiento y evaluación de los proyectos; el Comité Técnico Político y los Comités de Seguimiento de cada uno de los proyectos. vi) La preocupación por sistematizar el proceso y, por ende, el potencial de replicabilidad que tiene la experiencia, y la existencia de material de apoyo elaborado para reproducirla.	i) El marco conceptual de participación ciudadana que contempla el Enfoque de Promoción de la Salud desde el Ministerio de Salud. ii) El contexto político y económico que vive el país con motivo de la puesta en marcha de la Reforma de Salud, dando especial énfasis al ejercicio de derechos ciudadanos en salud. iii) La red de contactos personales e institucionales de los integrantes del Consejo de Participación Social en Salud de Talcahuano.
Debilidades	Amenazas
i) No existe el mismo grado de participación al interior de los Comités Vida Chile locales. ii) Dirigentes con distintos niveles de conocimientos y experiencia. iii) No se modificaron las tradicionales formas de ejecutar y evaluar los proyectos. iv) La falta de incorporación de técnicos de otras áreas al inicio de la experiencia. v) Equipos administrativos sin experiencia en el trabajo con organizaciones comunitarias. vi) La insuficiente difusión de la iniciativa.	i) La Planificación de la etapas de los presupuestos participativos no coincidieron con la planificación anual del sector salud, por lo que hubo dificultades con los recursos. ii) El desarrollo de crecientes expectativas en la ciudadanía. iii) Obstáculos no previstos con anterioridad por el Servicio de Salud de Talcahuano.
Factores Claves	i) Institucionales > Que el objetivo de la Unidad de Participación del Servicio de Salud Talcahuano sea fomentar una política de gestión participativa en salud orientada al/a usuario/a. > La conformación de una Red con distintos actores relacionados a salud y/o ciudadanía. ii) Políticos > La voluntad política de las instituciones de llevar a cabo presupuestos participativos y aportar recursos. > El apoyo político obtenido a nivel regional (Intendente, parlamentarios). > El apoyo metodológico dado por organismos expertos. iii) Económicos > Que el Servicio de Salud de Talcahuano dispusiera un monto plausible de realizar varios proyectos. iv) Sociales > El empoderamiento de los dirigentes en temáticas de salud. > Un largo proceso de trabajo comunitario que generó vínculos entre la comunidad y el sector salud. > La generación de vínculos de confianza, cercanía y horizontalidad entre todos los actores involucrados. > La participación activa de la comunidad durante todo el proceso. > Dirigentes sociales con una basta experiencia.

ANEXO N° 2
**Nómina Experiencias Semifinalistas, Premio Innovación y Ciudadanía.
Categoría: Gestión Participativa de la Salud, 2006**

Nombre de la Experiencia	Tema	Institución	Responsable Institución	Correo	Teléfono
Sala para Padres Luis Calvo Mackena	Salud	Hospital Luis Calvo Mackena	Mauricio Meneses Matus	trabajosocial@calvomackena.cl	(02) 3401859
Corporación de Educación y Salud para el Síndrome de Down (EDUDOWN)	Educación	Corporación de Educación y Salud para el Síndrome de Down (EDUDOWN)	Jorge Eduardo Aráneda Flores	jaraneda@edudown.cl	08/ 7048689
Construyendo Salud desde el Sistema Médico Mapuche	Diversidad étnica	Consultorio Lago Ranco	Maria Tomasa Raillanca Quezada	marylawenrai@hotmail.com	(063) 491505
Presupuestos Participativos en Salud	Salud	Servicio Salud Talcahuano	Ingrid Fontalba Parra	ifontalba@sssthno.cl	(041) 722162
Casa de la Salud y la Cultura de Talca	Salud	Junta de Vecinos de Talca	Mauricio Huenulef Oporto	mhuenue@yahoo.com	09/ 4706124
Corporación del Niño Leucémico	Salud	Corporación del Niño Leucémico	Angélica Espinoza Cerda	econile@hotmail.com	(045) 230040
Autogestión y Procesos de Cambios Incorporados en Adolescentes	Educación	Hospital Pedro Morales Campos de Yungay	Carlos Zapata Sánchez	czapata@ssnuble.cl	(042) 680084
Gestión y Empoderamiento	Participación Social en Salud	Centro de Salud Familiar Estación Yumbel, Depto. de Salud Munic. Yumbel	Pamela Jeannette Sepulveda Avello	psepulvedaavello@yahoo.es	(043) 439045
Casa de Rehabilitación Integral para Pacientes de Parkinson y Familiares	Discapacidad	Grupo de Pacientes de Parkinson y Familiares GRUPARFA	Patricia García Grandon	gruparfa@yahoo.com.ar	(041)791868
Redes de Apoyo al Programa de Cuidados Paliativos del Cáncer y Alivio del Dolor a Pacientes	Salud	Hospital de Parral	Maria Petrona Nercasseaux Candia	yurrah@hotmail.com	(073) 462031
Políticas Públicas Saludables, el Paso Necesario hacia una Cultura del Medio Ambiente	Medio Ambiente	Departamento de Salud Municipal, DESAMU - El Carmen	Hugo A. Correa Prieta	hucopi@hotmail.com	(042) 422330
De la Participación a la Gestión Participativa en la Salud de Quinchao	Salud	Hospital de Achao	Humberto Velásquez Toledo	hvelasquez@lanchipal.cl	(065) 661244

ANEXO N° 3

**Nómina Experiencias Semifinalistas, Premio Innovación y Ciudadanía.
Categoría: Promoción de la Salud, 2006**

Nombre de la Experiencia	Tema	Institución	Responsable Institución	Correo	Teléfono
La Transformación de un Consultorio en Centro de Salud Familiar	Salud	Centro de Salud Familiar Concón	Gilda Sánchez Cortes	gscsalud@gmail.com	(032) 813872
Escuela de Fútbol Municipal "Santa Bárbara"	Drogas	Municipalidad de Santa Bárbara	Zadia Correa Ananías	correa.zadia@gmail.com	(043) 409936
Promoción de la Gestión Ambiental Local	Medio Ambiente	Comisión Nacional de Medio Ambiente, Dirección Regional de la Región Metropolitana de Santiago	Oriana Zalazar	osalazar.rm@conama.cl	(02) 6713052
Derivación de Pacientes Mapuche desde Hospital de Traiguén a Especialistas de la Medicina Mapuche	Salud	Servicio de Salud Araucanía Norte	Barbara Bustos Barrera	barbara.bustos@araucaanianorte.cl	(045) 719779
Estrategias de un Consejo de Desarrollo Local de Salud	Salud	Consejo de Desarrollo Local de Salud	Cecilia Cuevas Moya	ceciliacuevasm@yahoo.es	(02) 5128179
Promoción Internacional de la Gestión de la Salud en el Mundo Rural	Salud	Comité Vida Chile de Camiña	Karen Benavides González	karenoba_cl@yahoo.com.ar	08/ 5508741
Clínica Dental Municipal El Carmen	Salud	Departamento de Salud Municipal El Carmen	Tatiana Espinoza Luman	desamuelcarmen@gmail.com	(042) 430709
Centro de Rehabilitación Renacer	Discapacidad	Corporación de Ayuda al Paciente Esquizofrénico y Familiares (CAPEF)	Carlos Cortés Castillo	psichecortes@terra.cl	(041) 321852

ANEXO N° 4

Nómina de Experiencias de Salud documentadas y evaluadas por el Programa Ciudadanía y Gestión Pública 2000-2006, desagregadas por Región, Comuna y Ciclo de Premiación².

REGIÓN DE TARAPACA				
	Nombre Experiencia	Categoría	Comuna	Ciclo
1	Programa de Humanización de la Atención. Consejo de Desarrollo Hospital Dr. Juan Noé	Documentada	Arica	2000
2	Los Niños del Plomo: resolución de un conflicto sanitario ambiental	Documentada	Arica	2000
3	Promoción Internacional de la Gestión en Promoción de la Salud	Documentada	Camiña	2006
REGIÓN DE ANTOFAGASTA				
	Nombre Experiencia	Categoría	Comuna	Ciclo
4	Hogar Protegido Varones	Evaluada	Antofagasta	2004
5	Módulo Educativo para la No Discriminación de Niños Portadores de VIH/SIDA	Evaluada	Antofagasta	2006
REGIÓN DE ATACAMA				
	Nombre Experiencia	Categoría	Comuna	Ciclo
6	Participación Ciudadana de la Región de Atacama por la Reforma de la Salud	Documentada	Copiapó	2002
7	Mesa de Trabajo de la Discapacidad de Atacama	Documentada	Todas las comunas de la Región	2002
REGIÓN DE VALPARAÍSO				
	Nombre Experiencia	Categoría	Comuna	Ciclo
8	Recuperando la Memoria Colectiva del Adulto Mayor	Documentada	Viña del Mar	2000
9	Recuperando la Memoria Colectiva de los Adultos Mayores del Sector Chorrillos	Documentada	Viña del Mar	2001
10	Centro Diurno y Club Bresky: Prevención y Difusión en Salud Mental	Documentada	Valparaíso	2002
11	Modelo de Gestión Municipal de Salud	Documentada	Quillota	2004
12	Promoción Integrada de la Salud y la Cultura	Evaluada	Quillota	2001
13	Mejorando la Salud de la Región	Evaluada	Villa Alemana	2001
14	Programa de Rehabilitación Psicosocial Casa Club	Evaluada	Valparaíso	2001
15	Programa de Rehabilitación Psicosocial Casa Club	Evaluada	Valparaíso	2002
16	Un Actor Relevante en la Ejecución del Plan Estratégico de Desarrollo del Hospital de Los Andes	Evaluada	Los Andes	2004

² Fuente: Banco de Innovaciones. Disponible en: www.innovacionciudadana.cl/banco

17	Prevención del VIH/SIDA en Trabajadoras Sexuales	Evaluada	Puchuncaví	2004
18	Foco Social: Promoción de una Comuna Saludable	Evaluada	Quillota	2006
19	La Transformación de un Consultorio en Centro de Salud Familiar	Evaluada	Concón	2006
REGIÓN DEL MAULE				
	Nombre Experiencia	Categoría	Comuna	Ciclo
20	Parral, Hacia una Comuna Limpia y Saludable	Evaluada	Parral	2004
21	Amigos del Consultorio Curicó	Evaluada	Curicó	2004
22	Redes de Apoyo al Programa de Cuidados Paliativos del Cáncer y Alivio del Dolor	Evaluada	Parral	2006
REGIÓN DEL BIO-BÍO				
	Nombre Experiencia	Categoría	Comuna	Ciclo
23	Del Cultivo en el Huerto al Cultivo de la Comunidad	Documentada	Tomé	2001
24	Ciudadanía Rural en Consejo Local de Salud de Cañete	Documentada	Cañete	2004
25	Consejo de Participación Social en Salud del Servicio de Salud Talcahuano	Documentada	Talcahuano	2004
26	Presupuestos Participativos en Salud	Documentada	Talcahuano	2006
27	Feria de la Salud	Evaluada	Los Ángeles	2001
28	AFADIM: Organización Comunitaria para el problema de la Discapacidad Mental	Evaluada	San Pedro de la Paz	2001
29	Centro de Rehabilitación Diurno para Pacientes Discapacitados Psíquicos	Evaluada	Talcahuano	2002
30	Participación de las Personas con Discapacidad de la Provincia de Ñuble para la Integración Social	Evaluada	Chillán	2002
31	Acción Intersectorial en Prevención de VIH/Sida	Evaluada	Chillán	2002
32	Fonasa Tami Mapu Meu // Fonasa en su Comunidad	Evaluada	Concepción	2004
33	Experiencia Comunitaria de Actividad Física en la Atención Primaria en Salud	Evaluada	Coronel	2004
34	Promoción de la Salud Comunitaria y CESFAM	Evaluada	Yumbel	2006
35	Autogestión y Procesos de Cambio en Adolescentes	Evaluada	Yungay	2006
36	Clínica Dental Municipal	Evaluada	El Carmen	2006
37	Escuela de Fútbol Municipal	Evaluada	Santa Bárbara	2006
REGIÓN DE LA ARAUCANÍA				
	Nombre Experiencia	Categoría	Comuna	Ciclo
38	Centro Comunitario de Salud Mental Familiar La Rueda	Documentada	Temuco	2002
39	Proyecto Integrado de Salud Infantil	Evaluada	Temuco	2000
40	Formación de Monitores en Atención Primaria de Salud y Medio Ambiente	Evaluada	Temuco	2000

41	Acercamiento entre los Sistemas Médicos Mapuche y Oficial en la IX Región	Evaluada	Nueva Imperial	2000
42	Centro Comunitario de Salud Mental Familiar la Rueda	Evaluada	Temuco	2001
43	Grupo de Mujeres Las Carmelitas de Chol-Chol	Evaluada	Temuco	2001
44	Los Adultos Mayores de Trovohue Participan en su Comunidad	Evaluada	Carahue	2001
45	Acercando la Salud a las Comunidades Mapuche- Pehuenche de Ñanco	Evaluada	Lonquimay	2004
46	Red de Promoción de la Salud	Evaluada	Angol	2004
47	Salud con Usuarios Mapuche de FONASA	Evaluada	Temuco	2004
48	Centro de Rehabilitación Física y Prevención	Evaluada	Vilcún	2004
49	Derivación de Pacientes del Hospital de Traiguén a Especialistas de Medicina Mapuche	Evaluada	Traiguén	2006
50	Corporación del Niño Leucémico	Evaluada	Temuco	2006
REGIÓN DE LOS LAGOS				
	Nombre Experiencia	Categoría	Comuna	Ciclo
51	Alianza entre la Atención Primaria en Salud y la Medicina Tradicional Chilota-Huilliche	Documentada	Castro	2000
52	Método de Rehabilitación Basado en la Comunidad	Documentada	Ancud	2000
53	Unidad de Gestión Provincial de Salud de Chiloé (UGPS)	Documentada	Ancud	2002
54	Programa de Salud Intercultural y Modelo de Salud Complementario Williche de Chiloé	Documentada	Chonchi, Quellón y Queilen	2004
55	Red de Centros Comunitarios de Desarrollo y Salud Rural Integral	Documentada	Los Lagos	2004
56	Programa Local de Desarrollo Juvenil <i>A Toda Esquina</i>	Evaluada	Fresia	2000
57	Generación Saludable de Fresia	Evaluada	Fresia	2001
58	Red Social de Salud en Comunidades Rurales de Valdivia	Evaluada	Valdivia	2001
59	Avanzando Juntos en la Promoción de la Salud	Evaluada	Osorno	2001
60	Participación en Salud	Evaluada	Puerto Montt	2004
61	Una Mirada Intercultural desde la Salud Primaria	Evaluada	Calbuco	2004
62	Consejo de Desarrollo y Participación <i>Futuro Colectivo</i>	Evaluada	Río Bueno	2004
63	Participación y Poder: un Camino a la Dignidad	Evaluada	Río Bueno	2004
64	Promoción de la Salud Rural en Valdivia	Evaluada	Valdivia	2004
65	Modelo de Salud Familiar con Enfoque Intercultural	Evaluada	Quellón	2004
66	Casa de la Salud y la Cultura de Tralcao	Evaluada	Mariquina	2006
67	Construyendo Salud desde el Sistema Médico Mapuche	Documentada	Lago Ranco	2006
68	De la Participación a la Gestión Participativa en Salud	Documentada	Quinchao	2006

REGIÓN METROPOLITANA				
	Nombre Experiencia	Categoría	Comuna	Ciclo
69	Plaguicidas, Riesgo y Participación Comunitaria	Documentada	Pirque	2000
70	Sectores Urbano Populares, Mundo Juvenil y Prevención de Daños	Documentada	Lo Espejo	2000
71	Una Nueva Organización de Co-gestión Pública Comunitaria de Promoción de la Salud	Documentada	Colina	2000
72	Nuevas Formas de Trabajo Conjunto entre ONGs y Entidades Públicas en Salud	Documentada	Pirque	2000
73	La Porfía de <i>Vivo Positivo</i> : una Ciudadanía Activa en Salud	Documentada	Santiago	2001
74	Estrategia de Participación y Ciudadanía en Portadores de VIH/SIDA	Documentada	Los Espejo	2002
75	Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén	Documentada	Peñalolén	2004
76	Red de Acción frente al Maltrato y/o Abuso Sexual Infanto-Juvenil	Documentada	Buin y Paine	2004
77	Estrategias Sociales del Consejo de Desarrollo Local de Salud	Documentada	P. Aguirre Cerda	2006
78	Encuesta de Satisfacción Usuaría en La Florida	Evaluada	La Florida	2000
79	Monitores Escolares por una Vida Sin Drogas	Evaluada	La Granja	2000
80	Casa de Apoyo para Niños y Jóvenes con Adicciones – Villa El Volcán	Evaluada	La Pintana	2000
81	Prevención del Consumo de Drogas en el Liceo	Evaluada	Peñalolén	2000
82	Centro Diurno de Discapacidad Psíquica	Evaluada	Renca	2000
83	Programa de Salud Familiar	Evaluada	Renca	2001
84	Centro de Rehabilitación Autogestionado de Pacientes Esquizofrénicos	Evaluada	Santiago	2001
85	Consejo Local de Salud de Malloco	Evaluada	Peñaflor	2001
86	Red de Promoción de la Salud en la Familia y en la Escuela	Evaluada	Nuñoa	2001
87	Salud Intercultural para la Población Mapuche <i>Lo Prado 2000</i>	Evaluada	Santiago	2001
88	Consejo Local de Salud	Evaluada	Renca	2001
89	Centro de Prevención y Rehabilitación en Drogodependencias de La Legua	Evaluada	San Joaquín	2001
90	Programa de Apoyo Integral a Mujeres con VIH/SIDA	Evaluada	San Miguel	2002
91	Avances del Plan de Promoción de la Salud en el SSM Sur	Evaluada	San Miguel	2002
92	Club de Pacientes Crónicos <i>Corazones Solidarios</i>	Evaluada	Paine	2002
93	Poniendo Color al Sida. Red de Mujeres de El Bosque	Evaluada	El Bosque	2002
94	Módulo de Atención Solidaria	Evaluada	P. Aguirre Cerda	2004
95	Consejo Consultivo del CRS Cordillera Oriente	Evaluada	Peñalolén	2004
96	Escuela de Promotoras en Salud Comunitaria	Evaluada	El Bosque	2004
97	Sala para Padres Hospital Luis Calvo Mackena	Evaluada	Providencia	2006

ANEXO Nº 5

Publicaciones en Salud, Programa Ciudadanía y Gestión Pública.

2006	Fernández, M. y Robles, C. Descentralización, Reforma y Derecho a la Salud: Análisis del Proceso de Construcción de un Modelo de Gestión y Atención de Salud para Chiloé. Documento de Trabajo Nº 16. Programa Ciudadanía y Gestión Pública, Santiago, 2006.
2005	Fernández, M. y Ochsenius, C. Innovaciones, Arreglos Institucionales y Participación Ciudadana: Contribuciones a la Reforma de Salud. Programa Ciudadanía y Gestión Pública. LOM ediciones, Santiago, 2005. Artículos publicados en: Programa Ciudadanía y Gestión Pública. Nuevas Experiencias de Gestión Pública Ciudadana. Las 20 destacadas del Premio 2004. LOM ediciones, Santiago, 2005. • "Desafíos de Ciudadanía en la Reforma de Salud. Avanzando hacia Alianzas entre el sector Público y la Sociedad Civil". Programa Ciudadanía y Gestión Pública, pp. 267-274. • "Modelo de Gestión Municipal de Salud. Municipalidad de Quillota". Experiencia documentada por Patricia Vera, pp. 275-298. • "Comunidad Terapéutica de Peñalolén. Corporación de desarrollo ONG Comunidad Terapéutica Diurna de Peñalolén". Experiencia documentada por Claudio Figueroa, pp. 299-316. • "Red de Acción frente al Maltrato y/o Abuso Sexual Infanto Juvenil de Buin y Paine". Experiencia documentada por Francis Valverde, pp. 317- 334 • "Consejo de Participación Social en Salud en el Servicio de Salud de Talcahuano. Servicio de Salud Talcahuano". Experiencia documentada por Carlos Ochsenius, pp. 335-352. • "Ciudadanía Rural en el Consejo de Salud de Cañete. Servicio de Salud Arauco". Experiencia documentada por Lorena Cea, pp. 353- 372. • "Salud Rural: Red de Centros Comunitarios de Desarrollo Integral. Municipalidad de Los Lagos". Experiencia documentada por Viviana Barrientos, pp. 373-386. • "Modelo de Salud Complementario Wichille de Chiloé 'Kume Mogen Williche Chafun Chilwe', Nuestra Salud es Nuestra Madre Tierra". Experiencia documentada por Silvia Valdivieso, pp. 387-404.
2003	Valdés, A. et al. De Pacientes a Ciudadan@s, Experiencias Democratizadoras de Salud. División Organizaciones Sociales (DOS), Santiago, 2003. Artículos publicados en: Programa Ciudadanía y Gestión Local. Ampliando la Ciudadanía, Promoviendo la Participación. 30 Innovaciones Locales. Instituto de Asuntos Públicos - Fundación para la Superación de la Pobreza. Lom Ediciones, Santiago, 2003. • "Participación Ciudadana de la Región de Atacama en la Reforma de Salud". Experiencia documentada por Claudia Gutiérrez, pp. 33-56.

	• "Mesa de Trabajo de la Discapacidad de Atacama". Experiencia documentada por Claudio Figueroa, pp. 57-80. • "Centro Diurno y Club Bresky: prevención y difusión en salud mental". Experiencia documentada por Carlos Ochsenius, pp. 81-104. • "Estrategia de Reducción de Daños en Población Usuaría de Drogas". Experiencia documentada por Claudio Duarte, pp. 105-132. • "Centro Comunitario de Salud Mental Familiar: La Rueda". Experiencia documentada por Alejandra Brito, pp. 133- 160. • "Unidad de Gestión Provincial de Salud de Chiloé". Experiencia documentada por Viviana Barrientos, pp. 161-192.
2001	Artículos Publicados en: Programa Ciudadanía y Gestión Local. Espacios Locales y Desarrollo de la Ciudadanía. 30 Innovaciones para Construir Democracia. Fundación para la Superación de la Pobreza - Centro de Análisis de Políticas Públicas, Universidad de Chile. Lom ediciones, Santiago, 2001. • "Desde el Mundo del Pasado: Recuerdos en la Vejez y Construcción de Memoria Colectiva. Recuperando la Memoria Colectiva de los Adultos Mayores del Sector de Chorrillos. Comuna de Viña del Mar". Experiencia documentada por Sandra Huenchuan, pp. 629-652. • "Rehabilitación al Discapacitado en una Lógica de Autogestión de la Comunidad. Método de Rehabilitación Basado en la Comunidad. Comuna de Ancud". Experiencia documentada por Oscar Garrido, pp. 653-668.
2000	Artículos publicados en: Programa Ciudadanía y Gestión Local. Los Caminos que Buscamos. 30 Innovaciones en el Fortalecimiento del Espacio Público Local. INAP-FNSP. Santiago, 2000. • "Los Propios Agentes Diseñan su Participación en la Gestión de Salud. Programa Humanización de la Atención. Consejo de Desarrollo Hospital Dr. Juan Noe, Arica". Experiencia documentada por Alejandra Valdés, pp. 45-56. • "Una Alianza Posible entre la Atención Primaria de Salud y la Medicina Tradicional Chilota-Williche". Experiencia documentada por Carlos Ochsenius, pp. 587-607.

ACERCA DE LOS/AS AUTORES/AS

Margarita Fernández

Nutricionista (Universidad de Chile, 1973); Master en Ciencias Biológicas, Mención Nutrición en Salud Pública (Universidad de Chile, 1995). Candidata a Magíster en Ciencias Sociales. Sociología de la Modernización (Universidad de Chile, 2004). Investigadora de la Universidad de Los Lagos. Subdirectora del Programa Ciudadanía y Gestión Pública, desde 1999 dirige el Premio Innovación y Ciudadanía, realizando actividades de identificación, análisis y publicaciones sobre los aprendizajes de experiencias innovadoras en ciudadanía en los espacios subnacionales y en el campo de la salud. Con anterioridad, se desempeñó en la Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza (1999-2004) y en el Programa de Economía del Trabajo, PET (1990-2002), en actividades de dirección, investigación, extensión y capacitación. Acumula experiencia y publicaciones en participación ciudadana, políticas públicas y condiciones de vida.

Nora Donoso

Trabajadora Social (Universidad Católica de Chile, enero 1976); Master en Investigación Participativa para el Desarrollo Local (Universidad Complutense de Madrid, 2005); Candidata a Magíster en Ciencias Sociales, Mención Desarrollo Regional y Local (Universidad Academia Humanismo Cristiano, 1997). Diplomada en Promoción de la Salud (Universidad de Chile, INTA, 2002). Actualmente, se desempeña como Jefa de la Unidad de Participación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. Asesora del Ministerio de Salud en temas de participación, promoción de la salud, acción comunitaria en salud, con especial énfasis en el diseño de políticas ministeriales y orientaciones para su implementación en participación ciudadana, protección de derechos en salud, atención integral de usuarios y humanización de la atención. Como actividades complementarias realiza apoyo docente en formación de pre y post grado en distintas universidades chilenas.

Gonzalo Delamaza

Sociólogo (Universidad Católica de Chile), Diplomado en Estudios de Profundización (D.E.A.) en la Escuela de Altos Estudios en Ciencias Sociales, París (Francia). Cursó estudios de doctorado en la Universidad de Leiden y ha sido profesor visitante en el Centro de Estudios Latinoamericanos en la Universidad de Harvard. Actualmente, es investigador de la Universidad de Los Lagos en Santiago, donde dirige el Programa Ciudadanía y Gestión Pública, y es docente en el Magíster de Gerencia para el Desarrollo de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Entre sus numerosos trabajos publicados se encuentran: *Juventud Chilena. Razones y Subversiones* (coeditor, 1985), *Políticas Globales y Estrategias de Acción contra la Pobreza en Chile* (1995), *Los Movimientos Sociales en la Democratización de Chile* (1999), *Espacios Locales e Innovación Ciudadana* (2003), *Tan Lejos Tan Cerca. Políticas Públicas y Sociedad Civil* (2005).

Iván Renato Paul Espinoza

Médico Cirujano (Universidad de Concepción). Master en Ginecología (Universidad Católica de Lovaina, Bélgica); Candidato a Magíster en Gerencia y Políticas Públicas (Universidad Adolfo Ibáñez). Diplomados en: Promoción, Habilidades Directivas, Macro gestión en Salud, Recursos Humanos - Gestión por Competencias. Se ha desempeñado en funciones tales como Director del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán y Secretario Regional Ministerial de Salud en la Región del Bío-Bío. Desde el año 2000, a la fecha, es Director del Servicio Salud Ñuble.

Jorge Ramos Vargas

Médico Cirujano. Diplomado en Gerencia Salud Ministerio de Salud (México); Diplomado en Salud Pública (Universidad Católica de Chile); Diplomado en Gestión Salud (Universidad de Concepción); Diplomado en Políticas Públicas (FLACSO). Actualmente, es Director del Servicio de Salud Talcahuano.

Ingrid Fontalba Parra

Asistente Social. Diplomada en Salud Pública (Universidad Austral); Diplomada en Promoción de la Salud (Universidad de Chile); Diplomada en Geriatria y Gerontología (Universidad de Chile); Master en Investigación Participativa (Universidad Complutense de Madrid, España). Actualmente, es Jefe Unidad Participación Social y Atención a Usuarios, Servicio de Salud Talcahuano.

Carlos Ochsenlus

Sociólogo (Universidad Católica de Chile, 1983), Master en Investigación Participativa para el Desarrollo Local (Universidad Complutense de Madrid, 2005). Colabora desde 1999 con el Programa Ciudadanía y Gestión Pública en labores de documentación, investigación aplicada y formación de gestores de experiencias de innovación social local en las áreas de juventud, cultura y salud. Cuenta con variadas publicaciones sobre Redes de la Sociedad Civil y Participación Social en políticas públicas. Entre otros: *Cabildos Culturales y Reforma Educativa*; *Radios Comunitarias*; *Presupuestos Participativos comunales* (Municipalidad de Cerro Navia) y sectoriales (Servicio de Salud de Talcahuano).



Programa Ciudadanía y Gestión Pública

El Programa Ciudadanía y Gestión Pública de la Universidad de Los Lagos identifica, analiza y difunde experiencias y aprendizajes de una gestión pública innovadora, participativa y efectiva que contribuye a la equidad,



la gobernabilidad y la democracia. Junto a ello fomenta el reconocimiento de la responsabilidad ciudadana en los asuntos públicos, así como el ejercicio y reconocimiento de derechos.

Esta labor tiene como objetivo aportar a la comprensión de la realidad social y política de Chile y América Latina, a la investigación aplicada sobre políticas públicas y a la formación académica.



www.innovacionciudadana.cl

Cuatro aspectos fundamentales relacionados con el desarrollo de la ciudadanía y la democracia se han configurado en la agenda pública: a) el perfeccionamiento del sistema democrático; b) avanzar en la descentralización; c) desarrollar un sistema de protección social que garantice derechos sociales mínimos a la población; d) avanzar en la generación de mecanismos institucionales para la participación ciudadana y el fortalecimiento de la sociedad civil.

En el sector salud los tres últimos aspectos señalados han ido encarnando a partir de la reforma de salud impulsada el año 2000; primero, con el diseño e implementación del sistema de garantías explícitas de atención que aborda las brechas de desigualdad de acceso a la atención de las enfermedades más graves, caras y frecuentes de la población, proceso en el que juega un rol fundamental la Red Asistencial; hoy, con una agenda emergente de fortalecimiento del rol de la Autoridad Sanitaria, los Planes de Salud Pública y de abordaje de los determinantes sociales de la salud de las personas y comunidades. También con la voluntad política explícita de la Ministra actual, respecto a desarrollar mecanismos de participación y control ciudadano en la gestión de las políticas de salud, que se plasma concretamente en el impulso a los Presupuestos Participativos en los Servicios de Salud.

Necesariamente, esta agenda debe nutrirse de los aprendizajes que dejan innovaciones subnacionales, lo cual es el propósito de este libro. El Presupuesto Participativo del Servicio de Salud de Talcahuano, la creación de redes entre el intersector y la ciudadanía para la promoción de la salud en comunas rurales con población indígena, el abordaje de los determinantes sociales y del medioambiente en el ámbito urbano, y la incidencia de asociaciones locales para el mejoramiento de la calidad de vida y el control social, aportan en esta oportunidad nuevas lecciones y aprendizajes para la agenda de equidad y participación ciudadana que promueve el sector.

