



UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO
Programa de Magíster en Cs. Sociales
con mención en Sociología de la Modernización

PARTICIPACION, CIUDADANÍA Y ESPACIO PÚBLICO EN LA REFORMA DE SALUD
CHILENA. PERIODO 2004-2010

Tesis para optar al grado de Magister en Cs. Sociales con mención en Sociología de la
Modernización

Alumna: MARIA MARGARITA FERNANDEZ ARAYA
Directora: INES RECA MOREYRA

Santiago, 2011

CALIFICACION: 6,8 (seis como ocho)

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todos aquellos se interesan en una sociedad mas igualitaria y democrática, en particular a quienes han buscado desde la acción y el campo académico su construcción y con quienes he compartido un camino

AGRADECIMIENTOS

A mis padres siempre,

A mis hijos Camila e Iván

A mis amigas y compañero por su incondicional apoyo

INDICE

RESUMEN	7
I.- INTRODUCCION	8
II.- ANTECEDENTES.....	12
Algunas consideraciones de contexto.....	12
El espacio de participación en el diseño de la Reforma de Salud	14
El perfil de la reforma	18
La participación en salud previo a la reforma	20
III. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION	26
IV. MARCO TEORICO	28
Derechos y esferas públicas de participación	28
La noción del espacio público desde una perspectiva histórica.....	30
La noción actual del espacio público	31
V. OBJETIVOS	36
VI. HIPÓTESIS	36
VII. METODOLOGIA	37
Tipo de Estudio	37
Unidades de análisis y observación.....	38
La Muestra.	38
Análisis de los Datos.....	39
VIII. LA PARTICIPACION EN LAS NORMAS Y POLITICAS	41
El Cuerpo Legal.....	41
La Política de Participación.....	46
La participación en los instrumentos de gestión.....	54
Balance General y Proyecciones de la Política de Participación.....	61
Elementos conclusivos.....	67

IX. ARREGLOS INSTITUCIONALES DE PARTICIPACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD	
71	
Atributos asociados a la construcción de los Espacios Públicos	71
Mapeo de los arreglos de participación	74
Atributos de los Espacios de Participación de los Servicios de Salud.	76
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	76
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.....	77
Región del Libertador Bernardo O´Higgins . Servicio de Salud O` Higgins.....	79
Región del Bío-Bío. Servicio de Salud Ñuble.....	82
Región del Bío-Bío Servicio de Salud Talcahuano	86
El potencial de publicación de la participación en los Servicios de Salud	90
Los Casos de los Servicios de Salud Ñuble y Talcahuano.....	91
El caso del Servicio de Salud Ñuble.....	91
El caso del Servicio de Salud Talcahuano	107
X. EL SENTIDO QUE LOS DIRECTIVOS OTORGAN A LA PARTICIPACION	119
XI . CONCLUSIONES	127
XII. ANEXOS.....	153

RESUMEN

El enfoque de derechos en las políticas públicas releva su asociación a lo público y la participación de la ciudadanía como un derecho en sí mismo y un factor clave para la justicia y la legitimidad de la política. La reforma de salud implantada el 2004 en Chile aplicó un enfoque de derechos al garantizar y hacer exigibles un conjunto de garantías de atención a enfermedades graves, caras y frecuentes. La investigación analiza los arreglos institucionales de participación en salud durante el período 2004 y 2010, y su potencialidad para derivar en el fortalecimiento de la ciudadanía y espacios públicos consistentes con el enfoque de derechos que la reforma adopta. El estudio de tipo cualitativo, transeccional y descriptivo pone el acento en tres niveles de investigación: las normas que regularon su implantación, los arreglos institucionales de participación en los Servicios de Salud y los sentidos que directivos del período le otorgaron a la participación ciudadana y cómo ellos se tradujeron en medidas político-administrativas en pro de su despliegue. El trabajo de campo se realizó en una muestra de cinco Servicios de salud en tres regiones del país. Desde el punto de vista de sus resultados, se puede concluir que los espacios de participación dependen aún fuertemente de la voluntad política de las autoridades y que su transformación en espacios públicos está condicionada por los sentidos que los directivos le atribuyen, las restricciones de contexto y limitada por los déficits de representatividad, autonomía y deliberación de los arreglos predominantes.

I.- INTRODUCCION

La investigación analiza la participación ciudadana en la reforma sanitaria chilena entre el período 2004, momento de su implementación y el 2009, y su potencialidad para derivar en el fortalecimiento de la ciudadanía y en espacios públicos consistentes con el enfoque de derechos en las políticas públicas que la reforma adopta. Tiene como propósito contribuir a observar los dilemas, límites y nudos críticos de la asociación de este tipo de políticas a la dimensión de lo público, factor que ha sido definido en el debate internacional como uno de los atributos que este tipo de políticas requiere desarrollar (Cunill, 2010; Abramovich y Pautassi, 2010; CEPAL; 2010, 2008, 2007; Abramovich, 2009, 2006, 2005; Pautasi, 2007; Guendel, 2002, 2000; ONU, 2002).

En efecto, el marco normativo del enfoque de derechos considera indispensable la participación de la ciudadanía, a la vez que la reconoce como derecho en sí mismo. Ello se fundamenta en la necesidad de fomentar la corresponsabilidad de los ciudadanos en su diseño, aplicación, resguardo y progresividad (CEPAL, 2010, 2008, Abramovich, 2006). La consagración de derechos surge en general, de luchas sociales y políticas y/o de acuerdos o pactos sociales (Marshall, 1998) que se producen bajo determinadas condiciones de desarrollo y relaciones de poder y su conquista no es un fenómeno irreversible (Giddens, 1991). Las decisiones que respecto de ello se asuman en un determinado contexto competen por tanto a toda una comunidad

Por otro lado, la forma específica que las políticas de derechos adoptan depende de la resolución de dilemas políticos y sociales relacionados con los atributos propios del enfoque y cuya configuración requiere reglas que permitan procesarlos cada vez que sea necesario (Guendel, 2000). Entre ellos, algunos autores (Ordoñez, 2000) ponen el acento en el dilema de la universalidad del acceso o su focalización en grupos específicos y los umbrales que permitirán la discriminación o el racionamiento de derechos y su consecuente tipificación. Por otra parte, otros autores destacan como dilema clave, los grados de empoderamiento social para hacerlos exigibles y los criterios, mecanismos y procedimientos que para ello serán empleados (Cunill, 2010, Abramovich, 2010). Además, algunos otros autores sitúan el debate en las reglas del juego o las instituciones (Ayala, 2001, 1999), los sistemas de financiamiento sustentables y la arquitectura de los sistemas encargados de su aplicación (FONASA, 2008).

La propia legitimidad y justicia de la política, requiere que estos sean asuntos tratados en forma abierta, manifiesta, con información accesible y posibilidades de incidencia de los diferentes actores, particularmente de los mas desaventajados (Rabonikof, 2010, 2008; Abramovich, 2005). Los Estados, al promover políticas con enfoque de derechos, están asumiendo de hecho el problema de democratización de la sociedad. Ello crea una oportunidad para desarrollar ciudadanía activa y promover arena pública, creando esferas de participación que retroalimenten el ejercicio de la corresponsabilidad ciudadana y su contrapartida, la incidencia en decisiones. (Abramovich y Pautassi, 2009; Abramovich, 2006, Artigas, 2003;Guendel, 2002)

El Estado chileno, a comienzos del 2000, propuso una reforma de salud basada en un pionero enfoque de derechos en las políticas públicas orientada a cerrar brechas de desigualdad en la atención de salud (Cunill y Fernández, 2011; Maceira, 2007, Fonasa, 2006, 2008; Superintendencia de Salud, 2005, Drago, 2006; Arrau, 2002). La modificación de las instituciones, los atributos de la política y la arquitectura del sistema fueron puestos en discusión en diversos espacios de consulta y deliberación con diferentes tipos de actores entre 2001 y 2003. Más allá de los límites de su programación y de los resultados alcanzados, la apertura tuvo el mérito de innovar en las lógicas de participación predominantes en el Chile de fines de los 90 (Celedón y Orellana, 2003) y permitió la expresión de un propósito explícito del gobierno de favorecer relaciones más democráticas con la ciudadanía, haciendo de la reforma sanitaria un hito democratizador (Superintendencia de Salud, 2005) y de fomento de la ciudadanía.

En ese contexto, las preguntas que guían esta investigación se refieren a ¿Cómo se expresó esta intencionalidad en las normas y en el proceso de implantación de la reforma sanitaria? ¿Se desarrollaron efectivamente canales de participación y de qué tipo? ¿Contribuyeron estos al fortalecimiento de la ciudadanía y al desarrollo de un espacio público consistente con el enfoque de derechos de la reforma? Tres aspectos avalan estas preguntas y el desarrollo de la investigación: las propuestas gubernamentales de innovar en materia de participación al momento de impulsar la reforma sectorial (2000) y durante su implantación (2006-2010); propósitos que quedaron registradas en el sector al menos, en el título de uno de los proyectos de ley que consagra la reforma, el de Autoridad Sanitaria y de Fortalecimiento de la Participación. Junto a ello, el diseño de una política de participación en el Ministerio de Salud con posterioridad al 2004 que declara como norte, el

fomento de ciudadanía activa (MINSAL, 2009, 2007, 2006, 2005) y la identificación de un conjunto de arreglos institucionales de participación sustantiva¹ que se desplegaron en algunos Servicios de Salud (SS) que tuvieron como contexto el propio proceso de la reforma y el debate por los derechos.

La investigación buscó responder a estas preguntas analizando tres aspectos claves que actúan en confluencia para el desarrollo de una ciudadanía activa en consonancia con el enfoque de derechos: las normas que orientan, circundan y constriñen a los actores encargados de su impulso; la calidad de los arreglos institucionales de participación impulsados en los Servicios de Salud, y los sentidos otorgados a la participación por agentes directivos situados en posiciones de poder, (Weber,1994: 706-715) los que pueden redundar en la existencia de una administración activa en pro de su fomento (Benhard, 2008; Bekkers *et al.*2007; Beckkers and Edwards, 2007; Barnes, 1999; Cunill, 2004,1999,1997,1995,1991; Stivers, 2001; Bobbio, 1991,1989, 1987)

A pesar de estos antecedentes, las hipótesis que levanta esta investigación son menos optimistas. Estas refieren a que las normas que regularon la reforma sanitaria y los instrumentos diseñados para su implantación consideraron en forma restringida la participación limitando el desarrollo de la ciudadanía y de espacio público. Su construcción quedó así, sujeta a los arreglos institucionales de participación impulsados por agentes directivos portadores de un sentido favorable a su desarrollo y a su traducción en medidas político-administrativas en pro de su despliegue. Estas se fundamentan en que si bien la reforma abrió una oportunidad para fomentar ciudadanía (Donoso, 2006), ello fue mediatizado por el carácter elitario de la democracia y el predominio de nociones instrumentales de participación en el país (De la maza, 2005).

El estudio, de tipo cualitativo, transeccional y descriptivo, adoptó un enfoque multimétodo, (Bartolomé, 1991; Sampieri, 1998; Strauss y Corbin, 2020) recolectando durante el año 2009 y 2010 información primaria y secundaria sobre un conjunto de categorías vinculadas a participación y ciudadanía en los tres niveles de investigación señalados. Se asumió como población tanto las normas que definieron la aplicación de la reforma como el conjunto de los Servicios de Salud, en

¹ Programa Ciudadanía y Gestión Pública, 2009, 2005, 2003a, 2003b; SUBDERE, 2010, 2009.

tanto constituyen el nodo clave de la red asistencial a cargo de la implementación de los derechos en el sistema público, con atribuciones para definir políticas específicas dentro de un territorio jurisdiccional determinado. Las unidades de análisis fueron las reglas de la reforma, las políticas de participación impulsadas por el sector y los instrumentos de gestión que obligan a su cumplimiento, así como los arreglos de participación hechos por los Servicios de Salud. La investigación se realizó en una muestra de cinco Servicios, seleccionados por contar con instancias de participación en tres regiones del país, determinadas por su mayor concentración poblacional y presencia urbano/rural.

Sus resultados dieron origen a una síntesis interpretativa que caracterizó la participación promovida por el sector y sus efectos en la construcción de ciudadanía y espacio público, estableciendo déficit y nudos críticos que limitan y favorecen su desarrollo, extrayendo lecciones para el diseño de políticas públicas con enfoque de derechos.

II.- ANTECEDENTES

En este acápite, con base en fuentes secundarias, se contextualiza esta investigación, atendiendo a las transformaciones que introduce la reforma de salud en el enfoque de las políticas públicas que predominaron en las décadas previas y que encuentran raíz en los 80 (Beteta, 1998; Sojo, 1996) y a las características de las políticas y acciones de participación predominantes en el país, en el sector y las que se implementaron durante el proceso de diseño de la reforma. Ello, permite establecer las bases de la participación existente y los desafíos de ciudadanía al momento de implementar una política de salud con enfoque de derechos.

Algunas consideraciones de contexto

La reforma sanitaria modificó el carácter de las políticas sociales públicas establecidas por el radical proyecto modernizador neoliberal llevado a cabo en los 80 cuya premisa social central era que el desarrollo personal es fruto de un crecimiento económico estable, de las condiciones de empleo y del esfuerzo individual. Este reconfiguró la arquitectura del país, redujo las funciones sociales y regulatorias del Estado, privatizó los servicios sociales e implementó políticas sociales públicas de sesgo compensatorio, focalizadas en los más pobres, terminando con la vocación universalista previa, particularmente en las áreas de educación, salud, vivienda y previsión social (Boenninger, 2007; CEPAL; 1996, 1997a y b; Franco et al, 1998). Las modificaciones, si bien resolvieron la crisis fiscal experimentada a comienzo de los setenta, segmentaron la población y los servicios, dejando en manos del mercado la satisfacción de las necesidades de seguridad y protección social para un gran contingente de población calificada como no pobre, bajo el supuesto de una mayor eficiencia, calidad y libertad de elección individual (Hardy, 1997:88).

Los Gobiernos de la Concertación en la década del 90, si bien mantuvieron las bases fundamentales del modelo reformularon la estrategia hacia el “Crecimiento con Equidad” (Boenninger, 2007; Hardy, *op cit*). Las adecuaciones incluyeron el mejoramiento del salario mínimo, el fomento al empleo y la productividad, la recuperación de infraestructura social y de los servicios del Estado, así como umbrales de focalización más amplios de los programas sociales incrementando a la vez recursos y

programas compensatorios orientados hacia los más pobres. Con ello se morigeraron las aristas más duras del modelo, se redujo la pobreza y se promovió un mejoramiento en la condición de vida de la población. Sin embargo, la primera década de recuperación de la democracia, dejó el saldo de una sociedad que expresó, un profundo malestar con la desigualdad y con la disonancia entre crecimiento económico y las potencialidades efectivas de este para dar cuenta de las legítimas aspiraciones de seguridad y protección, (PNUD,2000a:19, PNUD, 2000b; PNUD, 2004). La ausencia de políticas sociales públicas que contrarrestaran el rol preponderante del mercado en la protección de las personas, reprodujo en efecto, diversas desigualdades (distributivas, de condiciones de vida, de acceso a servicios, de inseguridad frente al riesgo) profundizadas por los déficits de la democracia y de ciudadanía en el país (Hardy, 1997; Garretón y Cumsille, 1994).

Hacia fines de la década emerge el debate por los derechos humanos y reformas sociales de tercera generación en el espacio internacional. En este se aboga por políticas públicas universales que se hagan cargo de la desigualdad y la protección social y no sólo de la reducción de la pobreza. Ello tiene como finalidad fomentar una mayor cohesión, confianza pública y desarrollo de la ciudadanía, (PNUD, 2000a, 2000b; ONU, 2002; OPS, 2006; OMS-OPS-MINSAL-FLACSO, 2005). Este debate, y la propia magnitud de la desigualdad social en el país, influyen las decisiones de un activo político que, desde el espacio gubernamental, empuja reformas de derechos y protección social en las políticas públicas durante la década del 2000.

Lagos, como candidato presidencial promueve entre otras transformaciones, el emblemático proyecto de la reforma de salud, orientada a resolver las brechas de desigualdad en el acceso a la atención adoptando un enfoque de derechos y protección social². Ello, dado el carácter dual y segmentado del sistema definido en los 80, implicaba una modificación de la arquitectura del sistema de salud en Chile, nuevas reglas del juego y la adopción de decisiones específicas de operación. El diseño de la reforma, encabezado por el Ministerio de Salud y una comisión presidencial, convocó a diversos públicos a su discusión. Junto a ello, se planteaba el compromiso gubernamental de mejorar la calidad de la relación del Estado con la ciudadanía, mediante el incremento de la transparencia

² Esta reforma sirve, luego de referencia a la reforma previsional emprendida por la Bachellet y a la creación del Sistema Intersectorial de Protección Social, cuyos programas² concebidos como derechos focalizan recursos y acciones hacia la infancia y la población más pobre.

pública, el fortalecimiento de la sociedad civil y de promoción de la participación ciudadana (De la Maza, 2004:139).

El espacio de participación en el diseño de la Reforma de Salud

El enfoque de derechos de la reforma sanitaria, propuesto por el ejecutivo, y la necesidad de consensuar la construcción de un sistema mixto de salud, que integrara verticalmente al sistema público y privado de salud, dotado de un fondo solidario y regulado por el Estado, planteó una agenda susceptible de abordar en una esfera pública, donde en forma razonada se pudieran consensuar las propuestas, otorgar legitimidad a la política y darle viabilidad en el espacio político (Celedón y Orellana, 2003). Ello se desarrolló entre el 2001 y 2003, período en que se desplegaron, mediante diversos métodos espacios de consulta y una esfera deliberativa entre el Estado y actores diversos.

El diseño de este proceso incluía en una primera fase, un estudio amplio y representativo de opinión pública destinado a recuperar la percepción de la población y de trabajadores del sector sobre el sistema de salud, cuyos resultados sirvieran de base al diálogo posterior. En una segunda, se apuntó a la constitución de esferas de participación entre el Estado y diversos públicos (expertos, grupos corporativos, actores gremiales, trabajadores y usuarios). Una tercera etapa contemplaba realizar un debate amplio mediante una Asamblea Nacional de Salud que permitiría procesar diferencias y construir acuerdos centrales que fundamentaran los proyectos de ley. La conducción y la interacción en este proceso quedó en manos de una instancia permanente de asesoría a la Ministra de Salud, la que a modo de una comisión de alto nivel, garantizaría la expresión de las distintas sensibilidades, procesando diferencias y proponiendo las modificaciones al perfil en ciernes de la reforma (Celedón y Orellana, 2003:8).

El espacio sin embargo, contenía restricciones, particularmente respecto de la condición de igualdad en que participarían los distintos públicos (tabla1). En efecto, el proceso privilegió el rol de los expertos en la toma de decisiones. Los grupos corporativos (gremios de la salud, y particularmente el gremio médico) y los grupos de interés (representaciones del sistema privado de salud) ingresarían a la negociación una vez que el marco de la reforma hubiera sido definido en el primer grupo, con

posibilidades ciertas de modificar las propuestas. En contraposición, tanto los trabajadores del sector como los ciudadanos, usuarios y comunidades organizadas, participarían principalmente de espacios masivos de diálogo e información orientados a recoger sensibilidades y percepciones sobre los problemas de salud y propuestas para su mejora, una vez que el marco de la reforma hubiese sido definido con los otros grupos. Es decir, fueron situados como públicos subalternos y con escasas posibilidades de incidencia.

Tabla 1. Actores y alcances proyectados para la participación ciudadana en el diseño de la Reforma de Salud

Grupos	Etapa de Incorporación	Metodología Emplear	Técnicas de Recuperación de Información	Resultado Esperado
Expertos	1) Inicio del proceso: formulación de propuestas 2) durante el proceso	Cualitativa	Grupos de expertos	Propuestas para consideración de Comité Intersectorial
Grupos de Interés	1) Proposiciones durante el proceso 2) Negociación una vez definido el marco	Proposición, Negociación y Compromisos mutuos	Grupo de Tareas	1) Propuestas 2) Compromisos que den viabilidad al proyecto
Trabajadores Públicos Municipales Privados	Una vez definido el marco	1) Cualitativa 2) Negociación sector público	Grupos de Conversación	1) Propuestas sobre implementación reforma 2) Acuerdo política de recursos humanos
Opinión Pública	Inicio del proceso	Cualitativa y cuantitativa	Encuesta de opinión SS : grupos focales sobre muestra estructural	Percepción de usuarios y funcionarios sobre áreas definidas de la reforma
Comunidad	Una vez definido el marco por el Comité Intersectorial	Cualitativa	1) Buzón Consultorio Abierto 2)	Percepción de la Ciudadanía sobre la orientación de la reforma
Comunidad Organizada	Una vez definido el marco por el Comité Intersectorial	Cualitativa	Grupos de conversación	1) Conocer percepción sobre prioridades en salud 2) Mejoramiento calidad de atención 3) Rol comunidad en creación de ambientes saludables 4) Propuesta control ciudadano en gestión de salud

Fuente: Celedón C y Orellana R, 2003

En el proceso se expresaron diferencias sustantivas respecto de las propuestas estatales. Según Quiero (2005:11-12) los disensos con los gremios médicos se produjeron tanto alrededor del racionamiento y tipificación de los derechos en salud que proponía el proyecto, versus la

universalidad de acceso a servicios propuesta por el gremio médico. También, este grupo disentía de la integración del sector privado a un sistema mixto de salud donde estos jugaran roles de aseguramiento y a la vez roles de prestadores de la atención. Aunque desde distintas sensibilidades, ello generó un acercamiento de posiciones con los grupos corporativos privados, que rechazaron una integración del sistema sometida a las regulaciones del Estado. También hubo choques, en torno a esta posición, con los gremios técnicos y profesionales, cuyo planteamiento se estructuró alrededor de la necesidad de incrementar sustantivamente los recursos del sector público, asociando a ello demandas reivindicativas, y de estabilidad laboral, la cual se sintió amenazada con los cambios propuestos.

La inviabilidad de consensuar acuerdos con los gremios médicos y con el sistema privado de salud para los dos pilares de la reforma, redundó en el desplazamiento de las decisiones desde el Ministerio y la Comisión hacia el Ejecutivo (Celedón y Orellana, op cit: 18). Los actores, trasladaron sus disensos y capacidad de influencia al debate parlamentario, lo que redundó en la mantención de la dualidad del sistema y en la definición de mecanismos de complementariedad, basada en la compra potencial de servicios a los privados, aspecto que actualmente redundo en un mayor debilitamiento del sistema público de salud.

Durante el proceso, no se observaron espacios autónomos de la ciudadanía para debatir el contenido de la reforma. Los diálogos impulsados por la institucionalidad con los usuarios alcanzaron una gran cobertura en el país, pero sobre una agenda autonomizada del debate sustantivo que estaba en desarrollo con los otros grupos (tabla 2). Se recogieron percepciones ciudadanas sobre los problemas de salud y se informó de los objetivos sanitarios de la década y la política de promoción de la salud. Uno de los aspectos más interesantes fue la discusión sobre derechos y deberes de las personas en la atención de salud, la que dio origen al primer proyecto de ley de la reforma pero el único no aprobado hasta la fecha. Otro aspecto importante fue el debate sobre participación y su integración en los marcos legales y reglamentos de la reforma, y el conjunto de eventos de capacitación destinados a la formación de monitores de control social del desarrollo de la reforma. A pesar de este esfuerzo, según Celedón y Orellana (opcit: 14) el fruto de este quehacer, *“no fue recogido ...y por lo tanto no se reforzó el sentido de ciudadanía en su dimensión de deberes y derechos”*.

Tabla 2: Cantidad, temas y coberturas de los espacios de diálogo e información con la ciudadanía impulsados en el proceso de diseño de la reforma sanitaria

Período	Acciones	Temas	Participantes
ene-01	48 Jornadas de Participación ciudadana en 48 comunas	Percepciones sobre problemas de salud y propuestas para su mejoramiento	3000 dirigentes sociales
Marzo, Abril y mayo del 2001	250 rondas de carácter informativo en 280 comunas	Información sobre Objetivos Sanitarios; Derechos de las personas en salud, salud Solidaria y Promoción y participación en salud	25.0000 participantes, funcionarios locales y usuarios
Septiembre – Noviembre 2001	199 Encuentros locales de discusión	Ley de Deberes y derechos del paciente y el Plan de Medidas de políticas y de instalación de la reforma sanitaria	Sin dato en cifras pero participan un 44, 1% de funcionarios
2002	Encuentros Con ciudadanos organizados	Información del contenido de la reforma y expectativas de participación ciudadana. Se informó de los mecanismos de participación incorporados en las leyes en trámite y los elementos que darían origen al reglamento de participación	22.500 dirigentes sociales
2003	Espacios de capacitación	Acuerdos explícitos de formación de monitores de control social	Sin dato

Fuente: Celedón y Orellana, 2003.

Así, el espacio de participación implementado no logró alcanzar ni los consensos sociales y políticos, ni la amplitud y profundidad para definir concurrencialmente con los diversos actores los cursos de acción aceptables de la reforma. Ello cuestionó *“la admisión de un mayor pluralismo de opciones técnicas, ciudadanas y políticas en el diseño de la reforma, distinguiéndolos de aquellos que se expresaron más exclusivamente como intereses corporativos, de los sectores más organizados y con mayor poder, capacidad de “lobby”, comunicación y movilización”* (Celedón y Orellana, *op.cit:13*). Es decir, el proceso no redundó en un pacto social por los derechos sociales. Adicionalmente, no se zanjaron las diferencias de apreciación respecto de la capacidad del sistema de salud público de hacerse cargo de los compromisos que el enfoque de derechos implica, lo que si bien condiciona la gradualidad de su implementación, no genera condiciones para abordar las problemáticas estructurales del sector (financiamiento, especialistas, médicos en regiones, entre otros) y tampoco acuerdos explícitos sobre el rol de los ciudadanos y el fomento de ciudadanía activa.

El perfil de la reforma

El proyecto resultante, a pesar de sus limitaciones, tiene el mérito de ser la primera reforma social que avanza en la expresión de un enfoque garantista de derechos en las políticas públicas del país, traducándose en la consagración de umbrales fácticos exigibles³ que empoderan a la ciudadanía (Drago, 2006).

Entre los cinco proyectos de ley que fueron enviados al Congreso entre el año 2001 y 2004, dos de ellos resultan centrales para este estudio: la Ley AUGE que estableció las Garantía Explícitas de Salud (GES) y la Ley de Autoridad Sanitaria y de Fortalecimiento de la Participación Ciudadana⁴. Esta última modificó la institucionalidad del sector y radicó en la Superintendencia de Salud, nuevas funciones y atribuciones para fiscalizar tanto el cumplimiento de las garantías en el sector público y privado de salud cómo para establecer los mecanismos y procedimientos de exigibilidad de los derechos. A estas se agregaron la Ley de Financiamiento, la de Instituciones de Salud Privada y la propuesta de Ley de Derechos y Deberes de las Personas en la Atención, única ley no aprobada hasta la fecha.

La definición de las GES, establecidas con base en prioridades sanitarias definidas técnicamente, generó obligaciones positivas para el Estado. Su diseño dio cuenta de un enfoque semi- universal de

³ El 22 de mayo de 2002, el Presidente de la República, en el mensaje con que se da inicio al estudio del proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud, alude expresamente al **derecho a la salud**, de la siguiente: *“Para el Gobierno, la salud es un derecho de las personas. Esto significa que toda persona residente en el territorio nacional, independiente de su edad, sexo, educación, etnia, preferencias sexuales o ingreso, debe contar con un mecanismo de protección social y con acceso universal a una atención de salud adecuada y oportuna para enfrentar situaciones de enfermedad, y a la existencia de condiciones saludables en su comunidad y trabajo, dentro de las capacidades y recursos del país. Para resguardar el derecho a la salud, no basta con su declaración, sino que se hace necesario establecer garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera y generar los instrumentos para el efectivo ejercicio de éstas, dotando a los usuarios de las facultades y mecanismos para hacerlas exigibles”*(Citado por Superintendencia de Salud, 2003).

⁴ Ley 19.966, 2004, Ley 19.937,2004.

cobertura⁵, aunque basado en el racionamiento y la tipificación de prestaciones y umbrales para la definición de beneficiarios (Drago, 2006). Se establecieron también protocolos de atención para las patologías cubiertas, fijando plazos de oportunidad para obtener las atenciones y costos máximos de pago de bolsillo. Estos, dictados como Decretos con Fuerza de Ley, obligan a su cumplimiento tanto a las instituciones aseguradoras del sistema público como privado de salud. Durante el período analizado también se dio curso a un proceso progresivo de ampliación de los derechos⁶.

La Ley de Autoridad Sanitaria, como ya se ha señalado, modificó el rol y atribuciones de la Autoridad Sanitaria en el país, readecuó la institucionalidad y la estructura organizativa del sector, definió las instancias de participación y otorgó nuevas atribuciones y roles a la Superintendencia de Salud. Entre los cambios institucionales más importantes, se estableció la separación orgánica de las funciones de Salud Pública de las Asistenciales, configurando dos Subsecretarías. Se define a la vez, la conformación de redes de atención de los establecimientos, los que deben complementar sus recursos e información e implementar sistemas de derivación y contra-derivación de las personas para una mejor gestión del cumplimiento de los derechos protocolizados. De hecho, los Servicios de Salud (SS), situados bajo la dependencia de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, pasaron a ser un nodo clave de articulación de los establecimientos públicos de salud, redefiniendo a sus Directores como Gestores de la Red Asistencial, con atribuciones para generar complementariedades público privadas y funciones de abordar integralmente la respuesta a los derechos y los problemas de asistencia médica en los territorios bajo su jurisdicción.

Como ya se ha señalado, la reforma introdujo una modificación sustantiva del principio de subsidiaridad y focalización que había predominado en las políticas públicas impulsadas en las décadas previas y a pesar de los recortes hechos al proyecto original, representó un avance, principalmente respecto de la situación de déficit en la atención de salud de la población asegurada en el sistema público⁷. Se tradujo también en un fortalecimiento del rol del regulatorio del Estado y

⁵ Excluye a las personas aseguradas en las Fuerzas Armadas y de Carabineros.

⁶ Estas pasaron desde un conjunto inicial de 25 patologías garantizadas el año 2005 a 66 al año 2011 (Fonasa, 2006, 2008, 2011).

⁷ Las atenciones GES pasaron de poco más de un millón y medio de prestaciones en 2005 a más de 9 millones en el 2009, lo cual benefició principalmente a la población asegurada en FONASA. Superintendencia de Salud (2009)

en la revalorización de la universalidad y la protección social (FONASA, 2006; Drago, 2006, Cunill y Fernández, 2011).

A pesar de estos avances, su diseño contiene problemas de tipo institucional, social y de relación con la noción de ciudadanía, que determinan nuevas exclusiones y espacios de discriminación (Drago, 2006). En efecto, por una parte, su implantación en el marco de un sistema dual, segmentado y fragmentado de salud que genera graves desequilibrios en la distribución de beneficiarios y de los bienes de salud (recursos humanos, infraestructura, equipamiento, medios económicos) entre el sistema público y privado (OPS,2008), no sólo afecta la realización de los derechos en las diferentes áreas territoriales, sino también influye en la postergación de la atención para las enfermedades no garantizadas o que están cubiertas por el régimen general de prestaciones del seguro público. Ello por un lado se traduce en ampliación de las listas de espera⁸ (Beaumont, 2007) y en el incremento de compra de servicios al sistema privado de salud bajo condiciones lesivas para el presupuesto público. También se ha demostrado que los procedimientos y mecanismos de exigibilidad crean diferencias sustantivas en las condiciones de acceso al reclamo y a las soluciones, entre la población más rica y la población más pobre (Cunill, 2011).

Este tipo de problemas, no tiene canales de procesamiento público. Tampoco existen estudios, sobre sus efectos en la participación y en la constitución de ciudadanía, particularmente en el abordaje de agendas relacionadas con los derechos, la rendición de cuentas y la exigibilidad.

La participación en salud previo a la reforma

Entre los desafíos del diseño de la reforma, queda planteada la necesidad de formalizar espacios de participación de los usuarios en los cuerpos legales. De hecho, el discurso presidencial del 22 de mayo de 2002, con que se da inicio al estudio del proyecto de ley que establece el régimen de garantías en salud y que luego orienta la política de participación del sector, releva aspectos

⁸ A enero del 2010 la lista de espera de pacientes GES sumaba 608.000 personas, fuente: www.fonasa.cl/wp/wcr/conect/648gad5e-g235-410d-9c62-dc0060133cu8/grafica+litsa+d+espera+auge. Consultada en agosto, de 2011.

fundamentales de un nuevo marco de relación necesario con la ciudadanía. Este señala específicamente:

“La participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de las políticas y programas sectoriales, constituye una dimensión importante de la vida cívica democrática. Implica reconocer a las personas como usuarios y ciudadanos ante los cuales el sistema de salud debe dar cuenta de la calidad, efectividad y oportunidad de servicio, así como del uso eficiente de los recursos. Permite, asimismo, que los ciudadanos expresen sus preferencias y expectativas respecto al sistema de salud y las correspondientes políticas públicas. La participación ciudadana debe comprenderse como un mecanismo de mejoramiento social de las actividades de salud. La adecuada e informada participación de los usuarios, requiere transparencia para llevar a cabo el proceso y para conocer sus resultados. Ello asegurará la legitimación social de nuestro sistema de salud y la superación de la insatisfacción ciudadana que hemos registrado en los últimos años. Definir un modelo de participación adecuado a nuestra realidad e implementarlo, es propósito de la reforma a la salud. Para un proceso de mejoramiento integral, profundo y eficiente del sistema de salud es necesario darle la mayor relevancia a la interlocución con los actores sociales involucrados, cómo se compromete su participación, y cómo se generan mecanismos para conocer y aprovechar sus aportes. Nuestro compromiso con el derecho a la salud y los valores de equidad, solidaridad, eficiencia y participación es éticamente insoslayable y socialmente indispensable” (Discurso de Ricardo Lagos citado por Superintendencia de Salud, 2003).

El discurso levanta algunos pilares para la construcción de un sistema de participación que contribuya a la legitimidad de la reforma y que transforme los derechos en salud en un asunto de la ciudadanía. Al momento de configuración de la Subsecretaría de Redes Asistenciales en el Ministerio de Salud, se crea una unidad de participación y dispositivos similares en los Servicios de Salud. Esta tuvo como misión diseñar una política que contribuyera a promover ciudadanía activa y el control social del cumplimiento de los derechos a nivel de los territorios (MINSAL, 2009). Su desarrollo, se ve con posterioridad, reforzado por la Agenda Pro-Participación Ciudadana 2006-2010, impulsada en el marco del Gobierno Ciudadano que propone Bachellet (DOS, 2008, 2007; Aguilera, 2007).

Sin embargo, el desafío resultaba limitado tanto por la fragmentación de los actores de la sociedad civil propia de los cambios socioeconómicos y culturales experimentados en el país, cómo por *“el modelo de gobernabilidad elitario aplicado en los 90 que limitó el fortalecimiento de los actores sociales y la redistribución del poder dentro de la sociedad”* (De la Maza, 2010: 106).

La participación ciudadana, había figurado en el discurso de los actores políticos como parte de la propuesta democratizadora de la sociedad y de las políticas públicas chilenas desde ese período, sin embargo, su desarrollo careció de objetivos efectivamente democratizadores. En efecto, si bien, los gobiernos de la Concertación por la Democracia a partir del año 1994, inscribieron la participación como un componente del proyecto de Modernización de la Gestión Pública, las medidas propuestas y reforzadas en 1997, se asociaron principalmente a mecanismos procedimentales de carácter unilateral orientados a mejorar la gestión⁹. Se priorizó la elaboración unilateral de Cartas de Derechos, la instalación de Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS); la puesta a disposición de la ciudadanía de información sobre la provisión de servicios y aspectos de gestión, los que fueron asimilados a mecanismos de participación y cuyo cumplimiento fue asociado a incentivos de desempeño en los programas de Mejoramiento de la Gestión (PMG) (Ramírez, 2002: 64)¹⁰.

Por otro lado, la propia fragmentación de las instituciones de la sociedad civil y de las organizaciones sociales (PNUD; 2000) inviabiliza la incidencia sobre una acción gubernamental consistente con un desafío mayor de participación social (Canto, 2005:11). La debilidad de la sociedad civil, no sólo se confrontó a la ausencia de políticas que redundaran en su fortalecimiento, sino también, fue reforzada por el tipo de relaciones que mediaron las políticas sociales públicas impulsadas en esa década. Estas propiciaron su integración bajo el modelo de subsidiariedad a la demanda y de complementariedad en la ejecución de las políticas públicas (Franco, 1999), lo que fue operacionalizado a través de fondos competitivos que se aplicaron profusamente desde diversos programas implementados por Ministerios, Servicios Públicos y Municipios. Estos, concebidos en forma funcional, vertical y restrictiva, dotados de recursos limitados y acotados al desarrollo de

⁹ Los principales componentes del Plan Estratégico de Modernización de la Gestión Pública fueron la probidad y responsabilidad definida como conductas correctas e íntegras de funcionarios; la igualdad y no discriminación asociada a la no distinción entre usuarios para la prestación de servicios y la calidad de la atención; transparencia, definida como entrega de información sobre organización y gestión y base del diálogo con los usuarios; accesibilidad y simplificación particularmente de los trámites y a la creación de procedimientos claros y sencillos; gestión participativa, entendida como espacios de diálogo entre funcionarios y usuarios destinados a mejorar la calidad del servicio y satisfacer necesidades, y la eficiencia y eficacia en la entrega de un buen servicio. (Ramírez, 2002:68)

¹⁰ Como balance, el proyecto modernizador redundó en que a fines del 2000, las OIRS estaban instaladas en 72 de los 115 Servicios Públicos que definen presupuesto, doce servicios habían elaborado Cartas de Derechos y se habían puesto en marcha un conjunto de iniciativas asociadas a la transparencia (sistema electrónico de compras públicas, proyecto de ley de probidad administrativa, consejos auditores de gestión interna, portales web) (Ramírez, op.cit:).

proyectos específicos, no sólo no indujo un mayor nivel de asociatividad y de solidaridad, dos pilares de la acción colectiva, sino promovió la competencia entre organizaciones, con un resultado mayor en el debilitamiento, en su fragmentación y en una adecuación instrumental de las organizaciones a este tipo de estímulos, frente a los cuales estas eran altamente sensibles (Delamaza, 2010, 2004, Fernández, 1999:188).

El desafío de construcción de ciudadanía y espacios públicos en el marco de la reforma, aparece también constreñido por el contexto restrictivo de participación y de involucramiento de la ciudadanía, que afecta al sector salud. En efecto, hacia fines de los 90 operaba también una retracción de la participación ciudadana en relación a lo que se había definido a comienzos de esa década. En la primera fase de los 90, MINSAL había fijado como principios orientadores de su accionar la equidad, la descentralización y la participación social, considerándolos ejes del desarrollo de un sistema público de salud (Weinstein, 1997:19-24).

El Ministro Massad (1995) impulsó la conformación de los Consejos de Desarrollo por establecimiento, entendidos como instancias intersectoriales, que integraran a funcionarios, organismos públicos y privados, usuarios y representantes de comunidad organizada, con roles asociados a la toma de decisiones sobre servicios, cambios en la gestión, asignaciones de recursos e incluso de la conducción de los establecimientos (Escobar, 2001:42-44). En el trasfondo está la idea de un sistema de participación tendiente a co-responsabilizar al intersector y a la comunidad en la producción de servicios que respondieran a necesidades reales de salud, entendida ésta como un bien colectivo. Las orientaciones se inspiraban en la estrategia de desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) impulsados por la OPS para fortalecer la Atención Primaria (OPS, 1994: 123) y que consideraba el desarrollo de una ciudadanía activa, deliberante y con influencia en decisiones, aunque acotada al espacio local (Correa y Noe, 1998; Noe, 1996:6-; OPS, 1995; OPS, 1994:125; OPS, 1993).

Dado que la estrategia ponía en cuestión el centralismo, ésta no encontró los consensos requeridos para su despliegue. En el marco de las políticas más generales de participación basadas en el subsidio a la demanda, ésta fue reemplazada por el desarrollo del Programa “Salud con la Gente”, definido como un fondo competitivo destinado a fortalecer iniciativas de la sociedad civil, el que se

transforma en el principal instrumento de la Unidad de Participación, creada a comienzos de los 90 a nivel ministerial. Con posterioridad (1997-1998), y a partir de la necesidad de impactar en los indicadores de salud poblacional dada la evidencia de un perfil epidemiológico en transición, la política se modifica, poniendo el acento en el compromiso del intersector para influir en la modificación de los estilos de vida, la promoción del autocuidado y el control de los factores de riesgo individual asociados a las enfermedades crónicas (MINSAL 1999:20, 1997).

El espacio privilegiado pasan a ser los Comités Vida Chile a nivel comunal (Salinas *et al*, 2007), entendidos como articulaciones interinstitucionales, los que median las relaciones con una comunidad convocada a colaborar en el desarrollo de campañas e iniciativas en torno a los factores protectores de la salud (alimentación saludable, deporte, sociabilidad y recreación). La salud, como bien público colectivo en los territorios, pierde potencialidad de transformarse en un asunto público y la participación en la gestión de los establecimientos, el mejoramiento del acceso y la calidad de los servicios, pasan a ser acciones con menor peso específico para la política (Fernández, 2008; Fernández y Ochsenius, 2005:32; Donoso, 2005:93).

Hacia fines del año 2002, el balance hecho por un grupo externo, (Valdés, Fernández, De la Maza, Ochsenius y Escobar, 2002: 53-58) da cuenta de un conjunto de factores y nudos críticos que limitan el ejercicio de ciudadanía activa. Entre ellos, la ausencia de una noción de ciudadanía en los actores del sector, una excesiva centralidad y rigidez en los instrumentos que promueven la participación y en la asignación de recursos desde el nivel central; una alta heterogeneidad de visiones sobre la importancia de la participación entre directivos de establecimientos y funcionarios; el predominio de una cultura jerárquica en la relación con las comunidades; prácticas generalizadas de participación instrumental y también, la carencia de una visión crítica en los líderes sociales involucrados.

En concreto, el enfoque de ciudadanía activa está prácticamente ausente de la política, lo que se manifiesta en cientos de experiencias de participación atomizadas¹¹ impulsadas por centros de salud primaria y hospitales. Los arreglos institucionales de participación se caracterizan por una gran asimetría en cuanto a información, lenguaje y jerarquización. La mayoría de los espacios no difieren

¹¹ Estas experiencias han sido recopiladas por el Programa Ciudadanía y Gestión local (PCGL) entre 1999 y el 2006. Este programa otorga el Premio a la Innovación en Ciudadanía, recopila, evalúa y selecciona experiencias innovadoras que responden a una perspectiva de derechos, a la de desarrollo de ciudadanía activa, deliberante y con participación en decisiones y que influencia cambios en la gestión.

en ese momento, de los analizados por Rifkin en 1986, reducidos a enfoques médicos (con objetivos de reducir la morbilidad), de desarrollo comunitario para mejorar condiciones sanitarias o mediante procesos de co-producción para la difusión del autocuidado en salud y generalmente sin vínculos con las instituciones encargadas de la gestión de salud en los territorios, municipalidades y Servicios de Salud.

A comienzos del 2000, en el marco del impulso a la reforma y el reimpulso de la participación, se evidencia un conjunto de arreglos institucionales innovadores de participación impulsados desde algunos Servicios de Salud y establecimientos o por actores de la sociedad civil. En estos, se expresan actores adelantados a los objetivos de la reforma que dan origen a instancias mixtas de carácter deliberativo que promovían ciudadanía activa e incidente en decisiones y adecuaciones en la gestión de salud tras propósitos inclusivos, de equidad y democracia (Fernández y Ochsenius, 2005; Banco de datos, Programa Ciudadanía y Gestión Pública, 1999-2003)¹². La importancia de esos arreglos es más cualitativa ya que su magnitud es limitada, pero con ello comienza un ciclo más favorable a la participación ciudadana y la reforma representa una oportunidad para su despliegue (Fernández, 2010, 2008; De la Maza y Fernández, 2009; Donoso, 2006).

En este marco, de cambios institucionales, políticos, de la agenda de derechos y de participación ciudadana, sumado a las condiciones de base previa de los procesos de participación, es que en esta investigación interesa responder a la preguntas sobre si los espacios de participación que se abrieron en el marco de la implantación de la reforma sectorial de salud, lograron favorecer el desarrollo de la ciudadanía y avanzar en la construcción de espacios públicos consistentes con el enfoque de derechos de la reforma. Interesa en específico indagar, por tres factores que influyen en tal proceso: la integración de los objetivos de participación en las normas legales y de gestión del sector; los arreglos institucionales de participación impulsados “desde abajo”; y los sentidos que los directivos otorgaron a la participación ciudadana y su consistencia con la traducción en medidas político-administrativas que la favorecieran.

¹² Algunos de estos ejemplos detectados entre 1999 y 2002 son: el Consejo de Desarrollo del Hospital Juan Noé de Arica; Consejo de Desarrollo del Servicio de Salud de Talcahuano; Centro de Medicina Complementaria de Compu, Chiloé; Unidad de Gestión Provincial de Salud de Chiloé, Red de Centros Comunitarios de Salud Integral de Los Lagos, Vivo Positivo. (Programa Ciudadanía y Gestión Pública).

III. EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

La investigación se enmarca en la necesidad de atender al problema del desarrollo de una institucionalidad pública que, adscrita al enfoque de derechos, favorezca la construcción de ciudadanía, de manera tal que sea consistente con los atributos que en el debate internacional han sido definidos como claves para este tipo de políticas, entre ellos, su necesaria asociación a la categoría de lo público (Cunill, 2010; Abramovich y Pautassi, 2010; Pautassi, 2010; Pautassi, 2007, Abramovich, 2005; Guendel, 2002, 2000).

Avalan esta investigación, el renovado impulso a la participación definido en la década del 2000 y que comprometió al Ministerio de Salud, específicamente a la Subsecretaría de Redes Asistenciales; los espacios de deliberación abiertos entre actores diversos en el marco del diseño de la reforma entre el 2001 y 2003, así como un conjunto de arreglos institucionales de participación ciudadana en salud gestionados desde el ámbito subnacional. Ello conduce a preguntarse por el alcance de estos procesos en la generación de ciudadanía y espacios públicos y cómo influyeron en ello, las normativas, los propios arreglos institucionales de participación y los sentidos que los directivos otorgaron a su desarrollo.

Se recurre a estas tres dimensiones dado que los procesos de participación ciudadana, requieren considerar las instituciones, entendidas como las reglas del juego que circundan y constriñen a los actores en su potencialidad para contribuir a la participación ciudadana, (Gaventa, 2010). Además, en Chile particularmente, donde se ha carecido de reglas que la favorezcan, se cuenta con una sociedad civil relativamente débil y fragmentaria, prima una democracia elitaria y los significados asignados a la participación son diversos (De la maza, 2010), una recursividad en las iniciativas destacadas de participación que devienen en ciudadanía, es que se apoyan –como factor clave– en la voluntad política de agentes directivos situados en posiciones de poder que detentan una racionalidad ético-política que valora sustantivamente la profundización de la democracia, la equidad y la inclusión (Delamaza, 2010, Cornwall y Shattan, 2007, Fernández y Ochsenius, 2005; Cornwall y Gaventa, 2000, Cunill, 1999).

Un particular foco de interés en esta investigación, es la potencialidad que tienen los arreglos institucionales de participación en salud de incidir en la construcción de ciudadanía y espacio público. Ello implica atender a como se expresan en ellos la deliberación ciudadana, la autonomía de las organizaciones, la inclusión, la incidencia en decisiones y la agenda de derechos, todos aspectos, que desplegados sobre las instancias y procesos de formación de las políticas y decisiones públicas, pueden contribuir a crear y ampliar una esfera pública que fortalezca la ciudadanía activa en su dimensión de deberes y derechos y por ende, contribuyan a la democratización de la propia administración pública (Gaventa y Ashatis, 2010; Cunill, 1999). A su vez, también se propone prestar, particular atención a los sentidos o significados que los cuerpos directivos o agentes encargados de la implementación de las políticas al interior de la administración, asignaron a la participación y a la corresponsabilidad de la ciudadanía y su correspondencia con medidas en pro de su fomento (Dryzek, 1990, Ramírez, 2008; Vargas, s/a; Fung and Wright, 2003)

La relevancia del foco de esta investigación radica en la necesidad de aportar, desde este particular ángulo, al enriquecimiento del marco normativo de las políticas públicas con enfoque de derechos y a los nudos críticos de su implementación en el marco de su reciente aplicación y de la renovada discusión que se aborda en América Latina.

IV. MARCO TEORICO

En este acápite se analizan las principales corrientes de pensamiento y los conceptos teóricos que sirven de base para responder al problema de investigación.

Derechos y esferas públicas de participación

La profundización de la democracia en las sociedades latinoamericanas ha sido asociada tanto al desarrollo de la igualdad como a nuevas forma de relación entre el estado y la sociedad (Avritzer, 2002:81-82, Berrones, 2008, Cornwall y Shattan, 2007, Garretón, 2000). Por una parte, la igualdad implica el desarrollo de medidas redistributivas y se asocia al desarrollo de políticas de derechos y protección social de carácter universalista que democratizan la sociedad y por otra, la profundización de la democracia, demanda dar cabida a que todos los actores puedan dar cauce a sus aspiraciones como ciudadanos y grupos organizados.

Marshall (1998:22-36) desde su análisis histórico de consagración de derechos en la post guerra de la sociedad inglesa, concibe la ciudadanía términos de posesión de derechos civiles, políticos y sociales que aseguren que todas las personas sean tratados como miembros completos y con bases de igualdad en una sociedad. Esta sería una forma de alcanzar un sentido de identidad y cohesión (1998:22-36). Giddens, (19991:427-432) por su parte, releva el papel de la política, de la acción colectiva y las luchas sociales en la conquista de derechos tanto como en su retracción ya que el fenómeno de la expansión de los derechos ciudadanos no es un proceso unidireccional e irreversible en la sociedad. En la misma dirección, Gaventa y McGee, (2010:1-6) elaboran sobre la necesaria conexión de reformas sociales democratizadoras de la sociedad con los procesos de movilización y agenciamiento de los actores sociales por los derechos y la participación en su diseño y despliegue.

Aunque el agenciamiento de derechos en la arena pública y los pactos o acuerdos sociales son dimensiones fundamentales involucradas en este tipo de políticas, no es el único campo en que su tratamiento como asunto público es necesario (Pautassi, 2007). Los propios atributos que adopta una política con enfoque de derechos, son materia de una potencial agenda pública de actores de una

comunidad concernida, dado que las definiciones adoptadas en un momento del tiempo, que responden generalmente al dominio de visiones hegemónicas con poder, no pueden ser hechas de una vez y para siempre en la sociedad sin considerar sus propios efectos (Guendel 2002).

Los aportes de Cunill (2010), Abramovich, (2009), Pautassi (2007) y Villarán (s/a) en la definición de los atributos centrales de este tipo de políticas, plantean como temas debatibles los efectos de este tipo de políticas en el acceso igualitario y sin discriminación a los servicios de salud, la preocupación especial por el acceso de los más pobres; la comunicación e información sobre los derechos y deberes de los miembros de la sociedad, así como el funcionamiento y corrección de las distorsiones existentes en los mecanismos y procedimientos jurídicos y administrativos de exigibilidad, que empoderan a los ciudadanos para hacer cumplir las obligaciones positivas que el estado contrae al momento de garantizarlos. Ninguno de estos aspectos, en el enfoque de derechos puede ser objeto de discriminación. Desde el plano institucional, la rendición de cuentas es también un atributo que tiene como contracara la responsabilización de quienes se hacen cargo de la gestión cotidiana de su implementación.

La forma en que cada uno de estos atributos se plasman en las normas, así como en los arreglos institucionales cotidianos e informales que atienden a solucionar diversas áreas de problemas relacionados con la implementación, son asuntos que requieren injerencia y retroalimentación mediante esferas públicas, abiertas, accesibles, incidentes y transparentes de comunicación entre servicios y usuarios en diversos niveles de gestión.

Sería así, por un lado, el procesamiento público de los dilemas que enfrentan en especial este tipo de política, y por otro las esferas públicas participativas, la base de su legitimidad y justicia (Guendel 2000: 186) y la posibilidad de contribuir a una relación virtuosa entre los derechos sociales y la contracara de los deberes, la política y la formación y acción cívica de la ciudadanía (Cunill, 2010, Abramovich y Pautassi, 2009; Pautassi, 2007; Gaventa, 2003, Canto, 2005, Cornwall y Gaventa, 2000).

El desarrollo de este tipo de espacios supone una disposición autonómica, bases organizativas y capacidad de representación de los actores sociales, pero también de su contracara: un rol activo de

los agentes del estado y de la administración para generar apertura y condiciones, procesos y procedimientos que refuercen la publicación de la participación, es decir, su asociación a la construcción de espacios públicos (Sulbrandt, 1997; Vargas, 2004, Fung and Writh, 2001; Bresser, 1996).

La noción del espacio público desde una perspectiva histórica

Lo público como referencia a la dicotomía público-privado, como asunto común y como asunto de un público, la deliberación como medio de construcción de una racionalidad colectiva sobre asuntos comunes, y el espacio público, entendido como el foro donde se expresan y se relacionan bajo condiciones de igualdad en el poder, ciudadanos y agentes del estado, ha sido parte de un debate de diferentes corrientes filosóficas y políticas que nutren controversialmente las teorías sobre la democracia en tiempos históricos y contextos diversos (Rabonikoff, 1997, 2010; Bresser y Cunill, 1998; Lechner, 1991; Cohen y Arato, 1992, Habermas, 1989, Bobbio, 1987).

En efecto, a lo largo del tiempo las corrientes del pensamiento teórico liberal, el republicanismo, y neo-republicanismo cívico, el funcionalismo y el neo-institucionalismo han ido poblando el sentido político del espacio público desde diversas ópticas asociadas a las nociones de ciudadanía, libertad y democracia.

Desde una perspectiva histórica, la noción proviene de la forma de gobierno de la antigua polis griega, que da cuenta de una ciudadanía libre e igualada ante la ley, que reunida públicamente, en forma abierta y en torno al sentido de lo público, deliberaba sobre los asuntos comunes en un espacio potencial y progresivamente abierto a todos: el *Ágora*, constituida en el espacio donde se tomaban decisiones sobre diversos aspectos de interés común (Arendt, 1998). En la época contemporánea, esta noción ingresa al debate sobre democratización de la democracia a partir de la reflexión crítica que hacia finales del siglo XX se expresa sobre la democracia de elites y la democracia participativa en la sociedad moderna. Habermas (1991, 1986, 1981) analiza y funda la idea de que la razón democrática es resultado de procesos de deliberación argumentativa entre diversas identidades que interactúan en esferas activas situadas entre el Estado y el mercado. La reflexión toma como

referencia al análisis histórico, político y sociológico, del proceso en el cual, en los albores de la modernidad europea, se configura el Estado moderno (Lechner, 1993).

Habermas, (1986, 1989) analiza los procesos del siglo XVII y XVIII, mediante los cuales, tanto en Inglaterra como en Francia, los diferentes estamentos –señoriales y burgueses- constituidos en una esfera pública, que surgía de círculos supuestamente abiertos, homogéneos y de iguales, participaban activamente de la construcción de la crítica contra el poder del Estado absolutista y de la demanda por transparencia en la configuración de las reglas, apelando a justificaciones éticas en el proceso de toma de decisiones sobre el presupuesto público y los bienes domésticos, contribuyendo, no sin conflicto, a asentar una razón pública, colectivamente construida, opuesta al secretismo de la razón de Estado (Habermas, 1989). Es el uso político del adjetivo público, como asunto de un público, en los siglos XII y XVIII, lo que marca una progresiva diferenciación entre Estado- Sociedad civil, comunidad e individuo. Según Rabonikoff (1997) ello fue un proceso lento, gradual y ambiguo que modificó las bases previas de identificación del interés de la comunidad con una comunidad naturalmente existente.

La noción actual del espacio público

En el marco de las complejas sociedades actuales, afectadas de una crisis de democracia, en términos del peso de los Estados, los roles del mercado y la desconfianza pública, lo que queda cuestionado es la posibilidad de consensos razonados para la toma de decisiones. En ese contexto, la noción para Rabonikoff (2008) se sedimenta en torno a tres aspectos básicos que contribuyen a definir su sentido. Lo público, como lo que es de interés común, atraviesa lo colectivo, concierne a la comunidad y hace referencia a una autoridad colectiva, el Estado; lo que es accesible y se desarrolla a la luz del día en forma manifiesta y no se sustrae al examen de la sociedad y lo que es de uso común y accesible a todos, abierto, distribuido y no es objeto de apropiación particular. Ello remite al público, entendido como el conjunto de los que se benefician de esa apertura y a la pública accesibilidad o a la inclusión en los procesos de configuración de la política y de las decisiones que afectan a la comunidad (Rabonikoff, 2010; 2008; 1997:19).

Otros autores (Avritzer, 2002:39; Cunill, 1999; Cohen y Arato, 1992) sitúan su eje de reflexión en torno a la idea de profundización de la democracia a través de la necesaria creación de espacios de

interacción cara a cara, entre ciudadanos activos y el Estado, en los cuales los individuos puedan participar de procesos deliberativos que apuntan al entendimiento sobre los fundamentos éticos de la política. Ello potenciaría las esferas públicas de participación y que estas pudieran proveer a la política de prácticas democratizadoras.

La teoría de la democracia deliberativa, por otra parte, destaca particularmente la importancia de la argumentación, consenso y comunicación en esferas participativas ancladas en el “mundo de la vida” en el resultado de una activa participación ciudadana y en la formulación y la defensa del bien común (Rabonikof, 2008:72; Habermas, 1981). En el contexto del desacoplamiento de los sistemas y las estructuras de los procesos de comunicación no institucionalizados que se producen en la trama de organizaciones de todo tipo que conforman la sociedad, la razón pública en efecto, podría ser fruto de la interacción y del entendimiento anclado en el eje de “*el mundo de la vida*” como referencia al espacio de comunicación cooperativo que expresan identidades personales, experiencias privadas, racionalizaciones sobre el mundo objetivo y social que comportan la reflexividad de los agentes (Habermas, 1987).

Además, la pluralidad social y la inclusión en términos de permitir un acceso ilimitado a todos los ciudadanos a este tipo de esferas, la autonomía e independencia de los públicos, son aspectos claves en la teoría de Habermas: “*El ciudadano no podría hacer uso de su autonomía pública si no poseyera la independencia necesaria garantizada por la autonomía privada; y a la inversa, no podría asegurarse una regulación consensuada de esta última si no puede hacer uso adecuado de su autonomía pública*” (Vallespin, 1989:32-33). Ello es particularmente importante cuando se trata de la construcción de ciudadanía en los más desaventajados. Estos, “*dadas las asimetrías de poder, los lenguajes y dominios heterogéneos* (Fraser, citada en Echeverry, 2009:88) son casi siempre situados como públicos subalternos o públicos débiles, afectando tanto la expresión como la interpretación de sus intereses y necesidades y la potencialidad de construcción de espacios públicos verdaderamente democráticos, (Rabotnikof, 2010:3).

Por otra parte, es también, la libertad, el ejercicio de la libertad y el valor de la libre determinación de un nosotros, que no requiere adherir en términos sustantivos a la noción de bien común predominante, lo que asegura el valor de los procesos. La puesta en escena de esferas deliberativas

con estos atributos, demanda sociedades con una cultura política habituadas al valor de la libertad, la inclusión, la diversidad, tolerancia, pluralidad y autonomía (Habermas, *op.cit*: 627).

Estas esferas tienen una contracara en el ciudadano activo y participativo. Se trata de una noción que ha sido reflexionada por las corrientes republicanas y neo republicanas, que opone a la ciudadanía pasiva, basada en la normatividad del status o la consagración de derechos como medio de integración y de un sentido de identidad y pertenencia, la idea de un ciudadano activo, lo cual pone el foco en su práctica como participante activo en la dirección de la sociedad, en la deliberación y participación de las decisiones públicas. Serían, sin embargo, los derechos asegurados colectivamente, lo que asegura a su vez, las condiciones que hacen posible la responsabilidad de un ciudadano activo. (Kymlicka, 2004, 1996; Lechner, 1991).

Haciéndose cargo de este enfoque, los autores que ponen especial atención a la democratización de la administración pública acentúan el rol de los agentes del Estado en el desarrollo de arreglos institucionales de participación que potencien su naturaleza pública (Cunill, 2004, 1997; Avritzer, 2004; Fung, 2003; Fung y Wright, 2003). Sería, según Cunill, (2004), *“indispensable asegurar, valores y procedimientos que promuevan esferas deliberativas entre actores sociales e institucionales configurados como iguales en la ley y en el poder.* También esferas inclusivas, en el sentido de integrar a diversos públicos, particularmente a los públicos débiles, a los organizados y no organizados, de modo de contrarrestar la potencial captura de las agendas por intereses exclusivamente corporativos o de grupos sobre-representados. Y promover la autonomía, en tanto independencia de agendas ciudadanas y estatales, de modo de construir un diálogo fructífero para la toma de decisiones. Por último, la construcción de estos espacios requiere de la confianza ciudadana de que su participación incidirá en decisiones que den cuenta de las demandas o problemáticas que afectan la vida de las personas.

Estos aspectos, desplegados sobre las instancias de participación podrían contribuir a la configuración de una racionalidad colectiva que contribuya a expandir el interés público, la propia ciudadanía y por ende la profundización de la democracia (Habermas, 1991; Múnera 2001:228; Fung and Write, 2001, Gaventa, 2006, 1997; Berrones, 2008). El Estado y una administración activa,

dotada de una lógica y ética política que valore estas dimensiones y el bienestar colectivo, podría contribuir en tal dirección (Cunill, 2010, 2004; Stivers, 2001; Bobbio, 1987; Dryzek, 1990).

Este último factor es aun más importante, toda vez, que existen también otras vertientes de pensamiento que tienen dominio en diversos espacios de la conducción del Estado y que han alcanzado ciertos grados de hegemonía en la sociedad chilena. La visión liberal, por ejemplo, que plantea ante todo la defensa de la libertad individual ante un Estado que detenta un poder público que avasalla al individuo. En ese sentido, la maximización de la libertad exige la minimización del Estado y de la ley, porque, involucran regulaciones no aceptables sobre la propia vida. Para esta corriente, la ciudadanía activa no es valiosa y en principio no interesa en sí misma, sino en la medida en que en ella radican las demandas por la provisión de servicios y los bienes públicos. En este sentido, el ciudadano, considerado un consumidor racional de bienes públicos, pasa a ser un cliente de la gran empresa pública que constituye el Estado, al cual este debe responder para satisfacer sus necesidades (Cortina, 1996).

Por otra parte, a la luz de de la complejidad de los asuntos públicos y de gestión del Estado hoy, existen también elaboraciones que matizan esta visión colocando el acento en los controles y en la responsabilización de los actores del Estado sobre los recursos, procedimientos y resultados a obtener. Ello supone un marco de relaciones con la ciudadanía que estimule el control social y la “accountability” de los procesos públicos. Lo público es entendido aquí como lo visible y manifiesto, lo transparente y abierto (Berrones, 2008). Por otro, lado, la estabilidad de la sociedad requiere garantizar una vida justa compartida a todos sus miembros, de modo de fortalecer la libertad y la democracia.(Rawls,1978)

Otras corrientes, también preponderantes en la sociedad, son las funcionalistas o de orden sistémico. Estas asumen al público como un subsistema del sistema político en su conjunto, y al espacio público, como el medio con el que el sistema político puede procesar y ordenar los temas de opinión pública que encuentran aceptabilidad general. (Luhmann; 1993). Si la sociedad es un espacio autorregulado que debe sostener las condiciones de mantenimiento propias del mundo de la vida y plexos de acción sistémicamente estabilizados de grupos integrados socialmente (Habermas,

1987:215) el espacio público, en esta corriente pasa a ser un circuito de comunicación que facilita el tratamiento de diferencias de opinión racionales sobre el contenido de una decisión. Para los funcionalistas no existe el consenso ni el carácter vinculante de los espacios públicos como medio de legitimidad de las decisiones públicas (Rabonikof, 1998:45)

Desde este marco, esta investigación pone el acento en los espacios de participación en salud y su sometimiento al test de lo público o de su publicación. Su énfasis atiende a los arreglos institucionales de participación y el diálogo que se desarrolla entre los actores de la reforma en los territorios y la ciudadanía, donde factores claves como, los sentidos que le otorgan los directivos públicos y la naturaleza de las reglas que regulan su acción, son dimensiones que tienen una incidencia decisiva. En un sentido más general se busca analizar la existencia de esferas públicas participativas, concebidas como espacios depositarios de la acción comunicativa y teleológica entre los agentes, potenciada políticamente desde este campo de las políticas públicas, dado que su desarrollo podría tener potencialidad para fortalecer el enfoque de derechos y la democracia (Habermas, 1991; Rabonikoff 1997:3).

V. OBJETIVOS

La investigación tuvo como objetivo general analizar los espacios de participación ciudadana impulsados en la reforma sanitaria chilena entre el período 2004, momento de su implementación y el 2010, y su potencialidad para derivar en el fortalecimiento de la ciudadanía y en espacios públicos que tengan consistencia con el enfoque de derechos que la reforma adopta. Los objetivos específicos fueron los siguientes:

- a) Analizar las normas de la reforma de salud en relación a la promoción de espacios de participación y desarrollo de la ciudadanía.
- b) Analizar los arreglos institucionales de participación en su potencialidad para construir ciudadanía y espacios públicos en el sector salud.
- c) Analizar los sentidos que los agentes directivos otorgaron a la participación y su relación con el desarrollo de una administración activa para el fomento de la ciudadanía y de espacios públicos.

VI. HIPÓTESIS

- a) Las normas de la reforma de salud contribuyen en forma limitada a potenciar espacios de participación ciudadana y espacios públicos consistentes con el enfoque de derechos en las políticas públicas.
- b) El desarrollo de espacios públicos está condicionado por arreglos institucionales de participación que refuerzan la construcción de ciudadanía activa y su asociación a lo público.
- c) Los agentes claves en la producción de lo público que comportan sentidos que favorecen la construcción de ciudadanía facilitan la disponibilidad de medidas político-administrativas en pro del desarrollo de un espacio público que adquiera consistencia con el enfoque de derechos.

VII. METODOLOGIA

En este acápite se presenta la metodología de la investigación. Ello incluye el tipo de estudio diseñado, las unidades de análisis y observación, la selección de la muestra y los métodos de análisis empleados.

Tipo de Estudio

El estudio adoptó un enfoque multimétodo, de tipo transeccional descriptivo, que recolectó los datos durante el año 2009 y 2010 sobre un conjunto de categorías vinculadas al desarrollo del espacio público en tres niveles de investigación.

En un primer nivel se realizó una observación documental sobre fuentes secundarias para analizar el tipo de espacios de participación que establece el marco normativo de la reforma sanitaria. Ello incluyó, las Leyes Auge y de Autoridad Sanitaria, las políticas y orientaciones ministeriales de participación expresadas en la agenda Pro.-participación, reglamentos y documentos oficiales emanados desde la autoridad política, y los instrumentos de gestión, es decir, metas sanitarias y compromisos de gestión, que definen el quehacer del sector.

Un segundo nivel atendió al análisis de los arreglos institucionales de participación implementados en los Servicios de Salud en su potencialidad para reforzar la construcción de ciudadanía y crear espacio público asociado a los derechos. El estudio efectuó un mapeo de los arreglos institucionales de participación en las unidades de la muestra, sistematizando las experiencias desarrolladas y vigentes a fines del 2009 a partir de fichas de registro elaboradas por informantes claves y un análisis documental de casos sistematizados por el Programa Ciudadanía y Gestión Pública. Estas unidades se jerarquizaron tanto por la amplitud de espacios de participación abiertos como por la presencia en ellos de atributos claves para la construcción del espacio público: perspectiva de derechos, deliberación, inclusión, autonomía e incidencia en decisiones. El resultado de esta jerarquización permitió la selección de dos casos emblemáticos que fueron indagados en terreno mediante la

aplicación de entrevistas en profundidad semiestructuradas a agentes institucionales y líderes sociales, 22 en total. Se adjuntan los casos encontrados y la pauta de jerarquización en los anexos.

Un tercer nivel de investigación analizó la influencia de las lógicas de sentido de agentes institucionales claves en la producción de lo público (Director y encargados de participación de los Servicios de Salud y de las redes asistenciales) y su influencia en la disponibilidad de medidas político-administrativas en pro del desarrollo de espacio público consistente con el enfoque de derechos.

Unidades de análisis y observación.

Para el objetivo específico uno, la población fueron las normas que implantan la reforma, y las unidades de análisis fueron las reglas, las políticas de participación impulsadas por el sector y los instrumentos de gestión que obligan a su cumplimiento. Para los objetivos dos y tres, la población estudiada es el conjunto de los Servicios de Salud que conforman el sistema público de salud, en tanto constituyen el nodo clave de la red asistencial a cargo de la implementación de los derechos. La unidad de análisis son los arreglos de participación al interior de los Servicios de Salud.

La Muestra.

La muestra correspondió a criterios de relevancia para el estudio. El análisis empírico se efectuó en aquellos Servicios de Salud que mostraban determinados atributos asociados a los objetivos del estudio, (Sampieri, et al, 1998: 330), en este caso, arreglos institucionales de participación. Se privilegiaron los Servicios de Salud localizados en regiones de alta concentración poblacional en el país, como la Región Metropolitana, la región del Libertador Bernardo O'Higgins y Bío-Bío. La muestra quedó compuesta por el Servicio de Salud Metropolitano Occidente, Metropolitano Sur Oriente; el Servicio de Salud Talcahuano y el Servicio de Salud Ñuble en la región del Bío-Bío y el Servicio de Salud O'Higgins.

En consistencia con el enfoque multinivel y multimétodo del estudio se definieron a la vez diversas muestras para la recolección de información asociada a los distintos objetivos:

- Para el análisis de los sentidos declarados y las conductas de agentes institucionales claves en la producción de lo público se definió una sub muestra de directivos y encargados de participación que ejercieran ese rol al menos por dos años en los Servicios de Salud seleccionados. Estos fueron entrevistados en profundidad en forma individual.
- Este contingente se complementó con una muestra en cadena de encargados de participación de las redes asistenciales que integran los servicios de salud, hospitales y municipios, los que enriquecen la información. Los encargados de participación de los Servicios de Salud han sido entrevistados individualmente, mientras que los responsables en los establecimientos de las redes asistenciales fueron entrevistados grupalmente, dependiendo de la existencia de redes de funcionamiento estable en el territorio y de la disponibilidad de tiempo y recursos.
- Se estableció también una sub muestra de sujetos, líderes sociales, que experimentaban el fenómeno de la participación de manera similar, a fin de recoger los significados que asignan al proceso y a los derechos en salud. La elección de estos sujetos se ha hecho a partir de dos criterios: a) dirigentes que participen de instancias que dialogan en forma directa con el cuerpo directivo de los Servicios de Salud y b) dirigentes de nivel medio que participan activamente de distintos mecanismos de participación. Se conformaron uno o dos grupos en cada servicio los que fueron entrevistados grupalmente. El carácter grupal de la entrevista atendió al criterio de que los líderes fueran parte de la misma instancia de participación y conformaran, por lo tanto, una red de relativa homogeneidad en la trayectoria. Esta selección dejó abierta la posibilidad de una nueva selección en cadena.

Análisis de los Datos

El análisis del material se hizo atendiendo en primer lugar a los niveles de investigación, lo que permite responder a las distintas hipótesis y luego integrando el conjunto de sus resultados para obtener una respuesta general al propósito de la investigación.

- Las normas han sido analizadas mediante un análisis de contenido obteniendo datos descriptivos sobre componentes centrales del espacio de participación normado. A partir de los resultados de este análisis se prueba la primera hipótesis de esta investigación. (Bartolomé, 1981:251).

- Para el nivel de análisis de los arreglos institucionales de participación, se efectuó un ordenamiento del material obtenido con las fichas de registro de experiencias de participación en las unidades de la muestra, clasificando los datos de acuerdo a un conjunto selectivo y especificado de propiedades y dimensiones relevantes para el estudio (Strauss y Corbin, 2002:17-23) Para ello se aplicó una pauta de jerarquización (ver anexo 1) que permitió establecer las de mayor relevancia en relación a la presencia de los siguientes atributos: a) perspectiva de derechos; b) deliberación, c) incidencia en decisiones , d) inclusión, e) autonomía de la comunidad. Ello permitió establecer la amplitud y calidad de las experiencias de participación y la selección de dos casos relevantes que revelaron la presencia de estrategias tendientes a la configuración de espacio público y una potencial asociación a derechos. Ello se complementó en esos casos con el análisis del material que surgió de las entrevistas en profundidad.
- El tercer nivel de análisis se apoyó en los conceptos y procedimientos de la teoría fundamentada y en la técnica, de análisis del discurso. Ello consideró las etapas del análisis de datos cualitativos: transcripción y limpieza y revisión destinadas a su validación, lectura del conjunto de datos para extraer ideas y establecer categorías (Sampieri, 1991: 485). El material ha sido codificado, procesado en Atlast1 y analizado según el tipo de agentes entrevistados estableciendo comparaciones y significados compartidos o divergentes entre los diversos agentes: Directores del Servicio de Salud/ Encargado de Participación y Red Encargados de Participación. Este análisis permitió dar cuenta de la tercera hipótesis.
- Análisis Integrado: el espacio público en la reforma de salud y su consistencia con el enfoque de derechos. Esta fase analítica correspondió a una síntesis interpretativa de los resultados precedentes. La metodología buscó ampliar o profundizar los conocimientos analizando las convergencias o divergencias, caracterizando e identificando los atributos de la participación promovida en las unidades de la muestra, estableciendo su consistencia con el enfoque de derechos y los déficit y o nudos críticos normativos, de sentidos y de arreglos de participación que limitan una administración y una ciudadanía activa en el proceso de implantación de la reforma sanitaria.

VIII. LA PARTICIPACION EN LAS NORMAS Y POLITICAS

En este acápite, se presenta el análisis sobre la primera hipótesis la que alude al primer nivel de investigación. Esta se refiere a que los espacios de participación diseñados en las normas de la reforma de salud contribuyen limitadamente a la creación de ciudadanía y espacios públicos consistentes con el enfoque de derechos en las políticas públicas. Se trata aquí el análisis del cuerpo legal de la reforma, que define los marcos dentro de los cuales se desenvuelven los agentes del sector; la política de participación, que da cuenta en cambio, de la voluntad política de actores situados en posiciones de poder en coyunturas específicas y los instrumentos de gestión, que representan la forma en que se plasma esa voluntad, ya sea mediante la imposición o la negociación interna y externa al sector.

El Cuerpo Legal

Los cambios que introduce la reforma se plasmaron en los cinco proyectos de ley enviados al parlamento. En dos de estas, la Ley AUGE, de Autoridad Sanitaria y Participación se configura el enfoque de derechos, la naturaleza y prerrogativas de los espacios de participación priorizados y el grado de empoderamiento individual de las personas en cuanto a la exigibilidad de los derechos. En una tercera, el proyecto de Ley de Deberes y Derechos de las Personas en la Atención de Salud, único no aprobado a la fecha, se atiende principalmente a los derechos en la relación médico paciente y a la reclamación individual, además de apuntar a definir deberes ciudadanos con respecto a la salud.

En relación con la expansión de derechos, los artículos 13 al 17 de la Ley AUGE, establecen la definición de los derechos como prerrogativas del Ministerio de Salud y de Hacienda. La Ley de autoridad sanitaria define las posibilidades de las Secretarías Regionales Ministeriales de revisar y evaluar las adaptaciones que se requieran en las Regiones aunque sin definir mecanismos ni procedimientos para ejercer este rol. Como procedimiento la Ley 19666 (AUGE) establece el desarrollo de estudios y el análisis de evidencia científica nacional y extranjera que permitan

confeccionar una propuesta de patologías potencialmente integrables las que serán sometidas a la consideración de un Consejo Consultivo que asesorara al Ministro de Salud, en quien se radica la decisión.

El Consejo consultivo, que desde este rol, contribuye en la definición de los derechos está constituido exclusivamente por ciudadanía experta. No se definen espacios de consulta o deliberación al interior del sistema de salud y no admite, formalmente, procedimientos para las propuestas de incorporación de nuevos derechos desde las regiones, por la ciudadanía, por los propios actores del sistema o por sus representantes políticos (tabla 3)

Tabla 3: Espacios de participación establecidos en la Ley AUGE

Ley 19.666 AUGE
Materias: El Art. 20 indica que un Consejo asesorará al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con el análisis, evaluación y revisión de las Garantías Explícitas en Salud
Funcionamiento: Este será convocado por el Ministro cada vez que lo estime necesario y cuando, de acuerdo con la ley, deba ser oído.
Composición: El Art. 21 define la composición del Consejo: nueve miembros de reconocida idoneidad en el campo de la medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y disciplinas relacionadas, los que son nombrados de acuerdo a lo siguiente: 6 representantes que provienen de la academia de medicina (1) y de las facultades de medicina (2); de facultades de economía o administración de las universidades reconocidas oficialmente (2) y de las facultades de química y farmacia (1). Todos deben ser elegidos por universidades reconocidas oficialmente en Chile y conforme a reglamento, tres miembros designados por el Presidente de la República, debiendo velar por la debida representación regional en su designación.

Fuente: elaboración propia a partir de Ley 19.666, 2004

Los espacios de participación que establece la Ley de Autoridad Sanitaria, que fija las instituciones, las relaciones, las estructuras y las instituciones del sistema, a nivel nacional, regional, por jurisdicción de los Servicios de Salud y establecimientos hospitalarios, son más amplios respecto de la creación de instancias que pueden influir en las decisiones de gestión, pero en ellas predomina la participación de los estamentos técnicos y de trabajadores (tabla 4). No hay en la ley mención a la ciudadanía ni a instancias que permitan recoger su voz y aporte sobre las necesidades y expectativas de salud.

Tabla 4: Espacios de Participación en la Ley de Autoridad Sanitaria de la reforma de salud en Chile

Ley 19937 de Autoridad Sanitaria			
Ministerio	Seremias	Servicios de Salud	Superintendencia
Título I Art.8: asigna atribuciones para convocar la formación de Consejos Consultivos, los que podrán ser integrados por personas naturales y representantes de personas jurídicas, del sector público y privado, de acuerdo a las materias a tratar, estableciendo las normas de funcionamiento y permanencia.	Artículo 14 E, establece un Consejo Asesor, con carácter consultivo al cual trimestralmente se debe informar de la gestión realizada y consultar sobre la planificación del año correspondiente. Un reglamento debiera regular la forma de nombrar a los integrantes y el procedimiento para adoptar acuerdos y su funcionamiento.	Se disponen tres tipos de instancias: un Comité Técnico Consultivo sobre el cual no se regulan materias a tratar Crea el Consejo Integrado de la Red Asistencial (CIRA), de carácter consultivo y con funciones de asesoramiento al Director para optimizar la coordinación entre los establecimientos. Se establece un Comité Técnico Consultivo para tratar materias referidas a la asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo. Art. 25 D define un Consejo Consultivo de Usuarios en los Hospitales Autogestionados en Red, compuesto por 5 representantes de la comunidad vecinal y 2 representantes de los trabajadores del establecimiento, con funciones de asesorar al director en la fijación de las políticas y evaluación de los planes institucionales. Se define además un Consejo Técnico Asesor que colabore en la gestión y emita opinión compuesto por el Director y las distintas jefaturas de los establecimientos.	En el Título II: Párrafo 2° se establece la obligación de Rendir cuenta anualmente de su gestión, sobre la supervigilancia del cumplimiento del sistema privado y del GES en el sistema público. El Párrafo 2° también establece la obligación de difundir periódicamente la información sobre el GES de modo de que permita a los usuarios una mejor comprensión de los beneficios y obligaciones que impone el Régimen de Garantías

Fuente: elaboración propia a partir de Ley 1993, 2004

Sólo en los Establecimientos hospitalarios que adquieran la categoría de Establecimientos Autogestionados en Red, de carácter autónomo, se contempla un Consejo Consultivo de Usuarios, con representación de trabajadores y funciones de asesoría al Director en la elaboración y evaluación de planes anuales y en la rendición de cuentas. Junto a este y con funciones similares se establece un Consejo Técnico Consultivo constituido por las jefaturas de las diferentes unidades hospitalarias, pero sin nexos con la instancia anterior. Es obvio que aquí que la intención del legislador, fue integrar a los usuarios con funciones equiparables a las del Consejo Técnico para atender al supuesto riesgo que conlleva entregar autonomía a los hospitales de más alta complejidad, generando un espacio en el que se pudieran desarrollar mínimos niveles de control social. Como es también obvio que las materias referidas a los planes de desarrollo, dada la asimetría de formación y expertizaje, serán resueltas en el Consejo Técnico paralelo, donde los usuarios no están considerados.

La Ley también normó la constitución de los Consejos Integrado de la Red Asistencial (CIRA), instancia que debe garantizar la coordinación entre los establecimientos de salud de los territorios jurisdiccionales de los SS, cuyo Director es nominado como Gestor de la Red. Ello tiene por

finalidad complementar diagnósticos de salud, servicios y atenciones, de modo de hacer expedito el cumplimiento de las garantías de las personas, pero esta instancia no tiene atribuciones resolutorias y no contempla la participación de usuarios.

El proyecto de ley sobre Derechos y deberes de las personas en la atención de salud, el único actualmente no aprobado de las leyes de la reforma, fue formulado recogiendo la opinión ciudadana expresada en las encuestas hechas en el proceso de diseño de la reforma. Uno de los aspectos priorizados por la ciudadanía y que quedó expresado en esta propuesta fue la dignidad en el trato y el derecho a la información. El proyecto avanzó en el reconocimiento de los derechos y libertades individuales respecto del manejo del propio cuerpo y de la reclamación sobre el trato y la asistencia médica. Se especifica allí, el derecho de información sobre los riesgos y alternativas médicas, la toma de decisiones sobre tratamientos por parte de los ciudadanos y dispone herramientas para exigir el respeto a la privacidad y a recibir una adecuada acogida y acompañamiento.

Otra dimensión, que luego se plasma en la Ley de Transparencia y Probidad Pública, se refiere a los derechos de información y reclamo a los prestadores de salud respecto de materias administrativas, de las acciones o prestaciones de salud que ofrecen, los mecanismos a través de los cuales se puede acceder a ellas, y las condiciones de exigibilidad para la obtención de atención de salud y el correlativo deber de éstos de proporcionarla. Los deberes asignados a los ciudadanos son los de corresponsabilidad individual en la situación de su salud (conductas individuales de riesgo y de responsabilidad frente a tratamientos médicos). A seis años de iniciada su tramitación (2001), este proyecto avanzó en el año 2007 en la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, con una unánime votación favorable. No obstante, en la votación en sala fue rechazada por la totalidad de los diputados de oposición presentes. Los aspectos de mayor desacuerdo se plantearon respecto del derecho a la decisión de suspensión de tratamientos en enfermos terminales, lo que abre una puerta a la práctica de eutanasia (tabla5).

Tabla 5: Derechos y deberes de las personas en la atención en salud

Derechos	Deberes
Libre e igualitario acceso a las acciones de salud lo que impide la discriminación por edad, sexo, raza y condición socioeconómica	La colaboración de las personas en la creación de condiciones que le permitan gozar de ambientes saludables.
Trato digno y respetuoso que norma el tipo de derechos de las personas frente a tratamientos y consultas médicas. .	Contribuir al autocuidado de su propia salud
Derecho a recibir compañía y asistencia religiosa o espiritual.	Informarse de riesgos y alternativas de procedimientos diagnósticos y terapéuticos,
Derecho a formular consultas y reclamos y a establecer quejas y sugerencias.	Solicitar la debida atención para sí y sus familiares.
Derecho a la información, que garantiza el acceso a la misma mediante solicitud y la obligatoriedad de entregarla por parte de las instituciones.	El que las personas cumplan con las prescripciones médicas y con las medidas sanitarias que contribuyan a mantener su salud.
Consentimiento informado a los tratamientos y con capacidad de sopesar los riesgos y sus alcances .	Se informen de los procedimientos de consulta y reclamación establecidos
La situación de los pacientes terminales y la consideración del derechos individual o familiar para establecer la suspensión de tratamientos médicos cuando estos no tienen viabilidad ,	Contribuyan a la mantención y cuidado de los establecimientos de salud y hagan uso responsable de los mismos
Privacidad de la ficha clínica.	

Fuente: elaboración propia a partir de Proyecto de Ley de Deberes y Derechos de las personas en la atención desalud, 2001

Desde una perspectiva general, el marco legal aprobado difiere sustantivamente de una noción de participación ciudadana vinculada con la gobernabilidad democrática, espacios públicos, deliberación, ciudadanía activa o del rol que le cabe a esta en las políticas públicas con enfoque de derechos. En éste no se contemplan instancias de participación y no se abren espacios a la sociedad civil para participar en la cadena de decisiones. Así, las normas clausuran la posibilidad de reeditar el proceso de participación desplegado durante el diseño de la reforma, sin contemplar espacios que pudieran reafirmar su carácter público. Esta quedó así, zanjada con una serie de limitaciones que afectan su viabilidad en el sector público (Cunill y Fernández, 2011), sin posibilidades de redefinición desde la sociedad.

El marco legal sólo avanza en formalizar los variados Consejos Consultivos integrados por expertos y generados por invitación, diseñados profusamente durante los 90 en diversas áreas de las políticas públicas (De La Maza, 2010:11). En este sentido la agenda de derechos no modifica la agenda de

participación, que apunta a colectivos sociales definidos funcionalmente en torno a necesidades de la política pública. Lo que expresan y sancionan los marcos legales es que la cuestión de los derechos es esencialmente jurídica y exclusivamente dependiente de las decisiones que asuma el Estado, sus autoridades financieras o los estamentos políticos encargados de la administración y los recursos, lo cual depende de las opciones políticas predominantes en una determinada coyuntura. Como señala De La Maza (2010) *“tanto para este proceso como luego para la creación del sistema de protección social, la formulación de derechos sociales no nace de una concertación social y política amplia, sino su modalidad es top down”* sin considerar mecanismos que faciliten la expresión o influencia de los procesos que surgen desde abajo en la sociedad.

La Política de Participación

Si bien el cuerpo legal de la reforma es sumamente restrictivo, la participación ciudadana y la agenda de derechos ingresaron en una nueva fase de la agenda política a partir del Gobierno de Bachelet. A comienzos del gobierno (2006–2010) la propuesta presidencial planteó la introducción de reformas políticas, relacionadas con el sistema binominal, inscripción electoral automática, participación política de la mujer, voto de chilenos en el exterior; elección de autoridades regionales; reforma municipal para crear gobiernos locales e iniciativa popular de ley, entre otras medidas democratizadoras.

El discurso presidencial del momento contiene algunas nociones asociadas al desarrollo de espacios públicos. Entre ellas, se hace referencia a cinco ejes orientados a fortalecer el rol del Estado en la democratización y de las relaciones a desarrollar con la sociedad civil. Un primer aspecto releva la necesidad de espacios de participación entre autoridades y los ciudadanos que permitan fundar políticas públicas basadas en la corresponsabilidad de los actores. Ello se operacionaliza en la conformación de los Consejos de la Sociedad Civil con carácter consultivo, para cuya constitución no se explicitan sin embargo, criterios de representatividad, y en la promoción de diálogos ciudadanos para involucrar a las organizaciones de base en las políticas públicas (DOS, 2007). Una segunda, atiende a procesos de consulta más inclusivos y de públicos diversos, lo que se operacionaliza en la propuesta de levantamiento de Minutas de Posición, destinadas a que los Gobiernos fijen de modo transparente y abierto una postura sobre algún tema en particular y lo

pongan a disposición de la ciudadanía con la finalidad de recoger sus planteamientos y propuestas. Para ello se establecen propuestas de procedimiento de sistematización y la posibilidad de un debate fundado sobre los aspectos que pueden o no ser incorporados en las políticas. Este mecanismo, uno de los más interesantes de la agenda, podría haber sido profusamente utilizado en la agenda de derechos y protección social. Un tercer aspecto de la agenda se relaciona con los procesos de modernización que atienden a la pública accesibilidad de información de calidad, la transparencia y la modernización y fortalecimiento de los canales de reclamación a través de las OIRS.

Otro aspecto relevante, argumentado en las responsabilidades que debe asumir el Estado, propone políticas de fortalecimiento de la sociedad civil. Para ello se define un Fondo destinado a apoyar a sus organizaciones, su capacidad de asociación y de encuentro especialmente en torno a la educación democrática de los liderazgos ciudadanos; el desarrollo de infraestructura y acceso a las tecnologías para el funcionamiento de las organizaciones sociales; mecanismos para la renovación del voluntariado y ampliar la participación a iniciativas de personas que no están organizadas. Un quinto aspecto de propuestas se relaciona con la necesidad de garantizar la no discriminación y la efectiva interculturalidad en el país.

La iniciativa gubernamental sin embargo, es tensionada en el debate político, por diferentes orientaciones y concepciones de ciudadanía, lo que redundará en su restricción y en la reformulación del proyecto de ley sobre asociaciones y participación ciudadana. Todas las propuestas relativas a mecanismos de democracia directa incluidas en las primeras versiones del proyecto, fueron excluidas en el enviado al parlamento, aparentemente por acuerdos tomados entre los responsables políticos de la Concertación (De la Maza, 2010). Entre las medidas que quedan incorporadas está la obligatoriedad de conformar Consejos de Organizaciones de la Sociedad Civil de carácter consultivo en materias predeterminada en las distintas reparticiones públicas, incluyendo ministerios, servicios y municipios; se propone además crear una categoría de Asociaciones y Organizaciones de Interés Público (OIP);¹³ se simplifica el trámite para constituir las; se crea un Fondo para el fortalecimiento de la sociedad civil, co-administrado con representantes de estas organizaciones. Establece también

¹³ Se excluye de esta categoría a los partidos políticos y sus fundaciones, a los sindicatos y demás organizaciones de beneficio directo para su membresía y a las organizaciones confesionales.

un Estatuto del Voluntariado y un sistema de Cuentas Públicas que incluye la respuesta obligatoria de la autoridad a los planteamientos de la ciudadanía, mejorar el acceso a la información sobre políticas públicas y el impulso de las medidas contra la discriminación y en pro de la tolerancia.

El proyecto tuvo una etapa de discusión hasta el primer semestre de 2006 y a pesar de concitar apoyo en parlamentarios de gobierno y oposición, su tramitación enfrentó diversas coyunturas de conflicto político que impidieron su aprobación. A pesar de ello, esta agenda constituyó una orientación para las instituciones y agentes de gobierno que adherían a un proceso de democratización de la gestión pública, los que pusieron en marcha dispositivos de incremento de la participación en diversas reparticiones públicas¹⁴.

La política de participación ciudadana en salud definida en la reforma es tributaria en sus aspectos centrales de la agenda pero también de otras fuentes. Por un lado, del marco jurídico y normativo en aplicación después de la aprobación de las leyes de la reforma, pero que va siendo influenciado por la voluntad política de autoridades de incorporar prácticas innovadoras exitosas que dan cuenta de los arreglos institucionales de participación que se impulsan “desde abajo” en un grupo de Servicios más restringido.

Efectivamente, el diseño de la política se realiza a partir de la iniciativa de un grupo de trabajo interministerial, con su correlato en un grupo de carácter transversal intrasectorial y permanente que tuvo como objetivo elaborar una Norma de Participación Ciudadana que pudiera otorgar el carácter de obligatoriedad a la incorporación del enfoque de participación en la gestión pública. En este espacio se recogen las prácticas e innovaciones destacadas que implementan algunos Servicios de Salud y comunas¹⁵.

¹⁴ A partir del año 2003 se crea el Departamento de Participación Social en la División de Gestión de la Red Asistencial y se incorpora dentro del sistema de incentivos para los funcionarios públicos, el objetivo de la participación como parte de los Programas de Mejoramiento de la Gestión (PMG).

¹⁵ Estas fueron documentadas, sistematizadas y premiadas por el Programa Ciudadanía y Gestión Pública entre 2002 y 2006 y luego por el Sistema de Aprendizaje de Buenas Prácticas de Desarrollo Territorial (Territorio Chile) el que se desarrolla en alianza con el Ministerio de Salud, a través de la Unidad de Participación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y el Departamento de Promoción de la Salud. Entre estas destacan la Unidad de Gestión provincial de Salud de Chiloé, la experiencia de la Red de Centros Comunitarios de la comuna de Los Lagos, el Consejo de Salud el Servicio de Salud de Talcahuano, el Consejo Integrado de la Red Asistencial del mismo servicio, el Presupuesto Participativo del Servicio de Salud de Talcahuano y el del Servicio de Salud Ñuble, los centros de salud intercultural de

La agenda de salud establece como propósito el “*Promover el ejercicio de la ciudadanía activa en la protección de sus derechos en salud, en el control social sobre la gestión pública, en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas, contribuyendo a la equidad en salud y elevando su calidad de vida*” (Minsal, 2009). Su formulación puede ser dividida en cuatro grandes bloques: por un lado, aquellos que provienen de la agenda de modernización del Estado, relacionados con la transparencia de la información¹⁶; por otro, con la responsabilización del sector público y la rendición de cuentas; un tercer eje se relaciona con la participación en la gestión, la evaluación y el control social de las acciones de los establecimientos y servicios del sector, por último, la política menciona un cuarto campo, relacionado con el fortalecimiento de sociedad civil (tabla 6).

Respecto de la Agenda de Modernización, el Sistema Integral de Información Ciudadana, se concibe como un dispositivo que colabore en el mejoramiento de la calidad de los servicios y en el proceso de exigibilidad de las GES. Las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias - OIRS, creadas por el Decreto Supremo N° 680 de 1990, y que se encuentran en proceso de fortalecimiento sistemático desde el año 2003¹⁷ en los establecimientos de salud, están consideradas como canales de captura de las solicitudes ciudadanas, quejas y reclamos, es decir, como productoras de información cuyo análisis permite identificar áreas críticas y aportar a la implementación de planes de mejora de la calidad. Su desarrollo se inserta en el Sistema Integral de Atención Ciudadana (SIAC/OIRS). La agenda también promueve la incorporación de agentes de la comunidad en la conformación de Comités de Gestión de Reclamos. Este ámbito se asocia a un canal de comunicación interactivo no presencial instalado a lo largo de la red, que ha sido creado para la implementación de la Ley Auge y controlar el cumplimiento de las GES. En ello ingresa además, el sistema de fono ayuda “*Salud*

Compu en Chiloé y de Villarrica, el Comité Intersectorial Vida Chile de Angol, entre otros diversos ejemplos. que van siendo identificados y documentados por el programa Ciudadanía y Gestión Pública en alianzas con la Unidad de Participación de MINSAL y luego con la Unidad de Promoción de la Salud, con el objetivo de recuperar, visibilizar, extraer lecciones y generar aprendizajes que influyen la política de participación.

¹⁶ El día 20 de abril de 2009 se pone en práctica el Reglamento de aplicación de la Ley 20.285 de Transparencia el que otorga a las OIRS y Oficinas de Partes de los organismos del estado, la calidad de receptoras o canales de captura de solicitudes de información pública existente en los órganos del estado. El perfil de los usuarios del sistema se modifica, sumándose a los usuarios habituales del sistema de salud, usuarios como representantes de Medios de Comunicación, Centros Académicos, Asociaciones Gremiales, entre otras.

¹⁷ A partir del año 2003 se crea el Departamento de Participación Social en la División de Gestión de la Red Asistencial y se incorpora dentro del sistema de incentivos para los funcionarios públicos como un Programa de Mejoramiento de la Gestión.

Responde”, creado con la finalidad de informar sobre los derechos. Otros dispositivos de apoyo a las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias, son los *Portales de Información Ciudadana (Portales Web)*, que se vinculan con la Ley 20.285¹⁸ de Transparencia, aplicable a los órganos de la administración del Estado.

Tabla 6: Componentes de la Agenda de Participación en Salud. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales 2006-2010

Modernización de la Gestión Pública		Gestión Participativa y Fortalecimiento de la Sociedad Civil	
Derecho a la información pública	Responsabilización de la administración	Gestión Participativa	Instalación de capacidades para la participación ciudadana
Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana / OIRS	Comités de Gestión de Reclamos	Consejos de Desarrollo, Consejos Consultivos, Comités Locales de Salud por establecimientos	Capacitación y formación en participación y enfoque de derechos.
Portales de Información Ciudadana (Portales Web)	Cuentas Públicas Participativas	Consejos Comunales Vida Chile	Iniciativas de Asociacionismo y Desarrollo Social
	Cartas de Derechos y Deberes	Consejo de Participación Social de las Direcciones de Servicios de Salud	Fomento del Voluntariado
	Mejora del Trato	Integración de representantes de Usuarios al Consejo Integrado de la Red Asistencial	Apoyo institucional a dirigentes sociales
		Presupuesto Participativo en los Servicios de Salud	No discriminación y Respeto a la Diversidad
		Consejos Asesores de la SEREMI de Salud.	Información sobre Garantías Explícitas en Salud

Fuente elaboración propia a partir de Guías Metodológicas, MINSAL, diversos años.

En el área que fomenta la responsabilización de la administración, se promueve la Cuenta Pública Participativa, bajo el concepto de rendición de cuentas a la ciudadanía. Ello se fundamenta en la idea de que dar cuenta pública sobre un balance de gestión, sustentado en el principio de transparencia, constituye un ejercicio cívico necesario y que cuando ésta es preparada con participación

¹⁸ El día 20 de abril de 2009 se pone en práctica el Reglamento de aplicación de la Ley 20.285 de Transparencia el que otorga a las OIRS y Oficinas de Partes de los organismos del estado, la calidad de receptoras o canales de captura de solicitudes de información pública existente en los órganos del estado. El perfil de los usuarios del sistema se modifica, sumándose a los usuarios habituales del sistema de salud, usuarios como representantes de Medios de Comunicación, Centros Académicos, Asociaciones Gremiales, entre otras.

comunitaria, ella se hace más accesible a quienes carecen de los elementos de juicio necesario para establecer una interacción efectiva. La agenda contempla orientaciones en esta dirección, promoviendo un proceso de diseño conjunto con los Consejos de Participación, así como su presentación y posterior evaluación.

En el ámbito de la gestión participativa, la agenda repone la política de Consejos de Usuarios en todos los establecimientos, que había sido recortada en los marcos legales y que dada, la trayectoria del sector previa a la reforma, se encontraban funcionando en diversos establecimientos. Estas instancias, como ya se ha señalado, son de carácter consultivo, su reglamento es restrictivo respecto de la representación de usuarios y se les vincula a la definición de estrategias de desarrollo institucional, evaluar la gestión y calidad de los servicios, además de ser espacios de interacción cara a cara para el intercambio de información entre los equipos de salud y la comunidad.

A nivel de la comuna, los espacios se limitan a los Comités Vida Chile, que contemplan la participación y colaboración de la comunidad en la modificación de los estilos de vida y los ambientes saludables. Si bien la marca VIDA CHILE se había incorporado especialmente a nivel territorial local, podría decirse que mientras sus principales aciertos dicen relación con la instalación de lo saludable y la calidad de vida como objetivo, sus principales desaciertos se vinculan con la forma de operacionalizar estos objetivos. Las estrategias centrales, como ya se ha señalado, están orientadas a impactar en los indicadores de obesidad y en el control de patologías crónicas y significan una forma de “disciplinamiento” de la participación, encauzada desde concepciones biomédicas de control de factores de riesgo individual. Aunque la política, durante el período venía definiendo estrategias integrales asociadas al abordaje de los determinantes sociales de la salud, las orientaciones específicas, los instrumentos de operacionalización y las prácticas, se inscriben estrictamente en el enfoque biomédico. En este sentido, la salud pública muestra déficits respecto de concebir la epidemiología social y la salud colectiva como un campo de su quehacer y por su parte, la ciudadanía ha expresado limitaciones importantes en su capacidad para incidir en su modificación (Fernández *et al*, 2008).

Donde efectivamente la política avanza en nuevos ámbitos, es en la instalación de dispositivos de participación a nivel de los Servicios de Salud. Este aspecto de la agenda es principalmente

impulsado “desde abajo”, es decir a partir de prácticas concretas que muestran ejercicio democrático, logros y condiciones de replicabilidad. Estas incluyen ya a comienzos del 2000 y como producto de la acción de actores adelantados a la aplicación de criterios de la reforma y de la política de derechos, la creación de Consejos de Participación a nivel de las Direcciones de los SS, la integración de representantes de los Consejos al CIRA y los presupuestos participativos.

Los lineamientos hacia los Consejos de Participación Social de las Direcciones de los SS contemplan entre sus objetivos, aportar a la definición de estrategias de desarrollo institucional, a la evaluación de la gestión y calidad del funcionamiento de la Red Asistencial, además de ser espacios de intercambio de información entre los gestores de redes y la ciudadanía. Los CIRA, definidos en el decreto Supremo N° 140, como un Consejo de carácter asesor y consultivo presidido por el Director del Servicio de Salud, en su calidad de gestor de red, y constituido por directivos de los establecimientos del territorio jurisdiccional del SS, aunque no tienen atribuciones decisorias y sus funciones son difusas, potencialmente son un espacio de deliberación, coordinación y validación de propuestas relacionadas con la programación y la atención de salud, la gestión y el incremento de la resolutivez, aspecto clave respecto de los derechos garantizados.

Los Presupuestos Participativos en Salud, se definen como mecanismos de integración de la ciudadanía en la priorización de inversiones, generando espacios deliberativos y mecanismos de incidencia mediante votaciones a las que los ciudadanos son convocados en forma amplia y abierta. Pueden decidir sobre el uso de una parte de los recursos de inversión en Salud, y conformar instancias de control y seguimiento de la ejecución presupuestaria.

A nivel regional, se impulsan los Consejos Asesores de la SEREMI de Salud. Dadas las funciones de diseño e implementación de políticas de salud pública otorgadas a las Seremis por la Ley de Autoridad Sanitaria, los Consejos Asesores en las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, constituyen oportunidades de incorporación de la sociedad civil en el proceso de planificación sanitaria, específicamente en lo referido a diferentes instrumentos de planificación regional y local en salud y otros mecanismos para influir en las decisiones sobre inversión, estrategias de desarrollo regional y en la gestión sanitaria ambiental. Sin embargo, un límite relevante para este tipo de procesos, es que las normas no consideraron espacios ni instancias de relaciones entre los Servicios de Salud, (encargados de la atención) y las Seremias,(encargadas de salud pública) lo que limita la obtención de visiones integrales de la salud en los territorios y la potencialidad de un “scaling up” de

la participación ciudadana. Por otra parte tampoco se consideran relaciones formales entre estas instituciones y la Superintendencia (encargadas de la exigibilidad de derechos) en las regiones. La fractura del sistema público consagrada en las leyes, redundando ahora en una profundización de la verticalidad y el centralismo, y por lo tanto, limitante para una potencial incidencia de la ciudadanía desde los territorios, particularmente en la cuestión de los derechos.

En el ámbito de instalación de capacidades ciudadanas, la agenda contempla diversos lineamientos que se vinculan a la información y ejercicio de derechos, los cuales plasman aspectos de la agenda gubernamental. La capacitación, sin embargo, desarrollada parcialmente en el período con recursos externos (Unión Europea, por ejemplo), fue destinada principalmente a la formación de agentes del sector¹⁹.

El apoyo a dirigentes sociales se realiza por medio de un convenio con la División de Organizaciones Sociales (DOS) que define un trato preferencial en la atención a líderes y algunas sesiones de difusión de los derechos consagrados en las GES. No existe evidencia de acciones relacionadas con el fomento a la asociatividad, aunque sí del voluntariado.

La información sobre las GES se canalizó por medio de un Programa de Escuelas de Gestores Sociales y a través de un acuerdo con la DOS, la Asociación de Municipalidades y la Subsecretaría de Protección Social, la que involucró a 940 líderes sociales en 30 Jornadas a lo largo del país, recién durante el año 2009, lo que contó con el apoyo de Fonasa y la Superintendencia de Salud.

El eje del quehacer en torno a la no discriminación, se desarrolla a través de los programas de apoyo a minorías sexuales, del programa ONU-SIDA y de la integración de la salud intercultural en diversos espacios. Un ámbito priorizado, sin duda, fue el de la humanización de la atención y el respeto a todas las creencias. Este se tradujo en Unidades de Acompañamiento Espiritual de los

¹⁹ En la línea de capacitación por ejemplo, 129 funcionarios de diferentes estamentos realizan pasantías nacionales destinadas a intercambio de experiencias y buenas prácticas en gestión de usuarios y participación ciudadana; 144 directivos realizan un Diplomado en Gestión Participativa con la Universidad Complutense de Madrid, de los cuales 25 acceden a un Master en estas materias; 45 profesionales de los Servicios de Salud realizan un Diplomado en Gestión Participativa con la U. de Los Lagos y 630 funcionarios de las Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias y otros puntos de atención directa a los usuarios, realizan Curso de Atención de público y trato al usuario, ejecutado por el Centro del Buen Trato de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

Enfermos en 100 establecimientos hospitalarios (65%), la capacitación de 6.300 funcionarios y voluntarios; cuatro Diplomados sobre el tema con 240 asistentes y 6 Congresos Internacionales que contaron con la asistencia de 3.100 personas. También se conformó el Consejo Asesor Interreligioso, instancia de consulta no obligatoria y de dictamen no vinculante, integrado por representantes de entidades religiosas constituidas de conformidad con o reconocidas por la Ley N° 19.638, que ha creado el Reglamento de Asistencia Religiosa de Hospitales y que se reúne mensualmente desde su creación.

La Agenda de Participación y las guías metodológicas que la acompañan, son orientaciones de política, acordadas con las direcciones de las Subsecretarías Ministeriales, pero emanadas desde las unidades técnicas conformadas desde el nivel ministerial. Estas sirven de base para la planificación del quehacer de las unidades de participación de los Servicios de Salud y de la red de estos encargados en los establecimientos que disponen del recurso. En este sentido su peso político es relativo.

Su implementación efectiva, depende, por una parte, de la receptividad local y de la negociación que las unidades técnicas de nivel ministerial realicen con cada Servicio de Salud o establecimiento. Estos acuerdos se promueven activamente dada su incorporación en los PMG, que conllevan incentivos a su cumplimiento exclusivamente para los técnicos del ministerio. Por otra, dependen de la negociación que estas unidades realicen en el propio ministerio, para incorporar esta política en las circulares que emiten los Ministros o en los instrumentos de gestión, que son las herramientas mediante las cuales se define efectivamente el quehacer y los recursos de los SS, hospitales y centros de atención primaria.

Mediante estos instrumentos se expresa efectivamente, por un parte, la acción programática y por otra, la voluntad política de las autoridades del ramo. Un análisis sobre como se expresó la agenda en este tipo de instrumentos en el período analizado, se realiza en el acápite siguiente.

La participación en los instrumentos de gestión.

Se analizan aquí, cuatro tipos de instrumentos que influyen de manera central en el quehacer del sector: los Compromisos de Gestión, de diseño central intraministerial y que operan como contratos

con los SS, los que se reproducen hacia los otros establecimientos de salud con un pequeño margen de elección sobre el tipo de metas que estos fijan; las definiciones estratégicas que son propuestas por el Ministerio y los Servicios de Salud al Ministerio de Hacienda asociadas al presupuesto del sector; las Metas Sanitarias, de carácter transversal, que se dictan año a año mediante un Decreto con Fuerza de Ley, son de cumplimiento obligatorio para todo el sector salud con un pequeño margen de adecuación de los logros a obtener, son acordadas con el Ministerio de Hacienda y su cumplimiento está ligado a incentivos económicos de desempeño. Se agrega además un análisis sobre las resoluciones dictadas por distintas instituciones del sector en materia de participación.

La incorporación de metas de participación en estos instrumentos supone la destinación de recursos, una evaluación asociada a logros y, en el caso de incorporación en las metas sanitarias, ganancias individuales para el sector administrativo y técnico-profesional de los establecimientos. La observación de este tipo de instrumentos muestra hasta el 2007 una cierta dispersión, pero también un supuesto avance progresivo e incremental durante el período, tanto en la promoción de instancias y procedimientos asociados tanto a la modernización, como la responsabilización y la incorporación de la participación en la gestión.

Los Compromisos de Gestión, (CG) por ejemplo, que provienen de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, proponen un “piso mínimo” a cumplir por todos los establecimientos incluidos los Servicios de Salud que avanza progresivamente entre 2005-2009 (tabla7).

En estos instrumentos, desde el ámbito de la modernización y responsabilización sobre los servicios, se impulsa la instalación y desarrollo de las OIRS y un sistema de gestión para el procesamiento del reclamo con incorporación de la participación de usuarios. En el ámbito de la gestión participativa, el año 2005 se establecen metas de instalación de los Consejos Consultivos en los establecimientos y SS, el desarrollo de sus planes de trabajo en el año siguiente (2006) y luego, las referidas al cumplimiento de los elementos de calidad en cuanto a composición y funcionamiento que son orientados por las guías metodológicas emanadas de la unidad central de participación (2007). En los dos años posteriores, (2008-2009) las metas propuestas en los Compromisos de Gestión, avanzan hacia la incorporación de representantes de usuarios al CIRA y la implementación de procesos relacionados con la ejecución de los presupuestos participativos pero sólo en una fracción de los

Servicios de Salud, lo que probablemente obedece a la voluntad de implementación de estos mecanismos en los directivos de algunos de ellos.

Tabla 7: Componentes de la Agenda de Participación en Salud integrados a los Compromisos de Gestión MINSAL. 2005-2009

AÑO	OIRS y Gestión de Reclamos	Rendición de Cuentas	Gestión Participativa
2005	100% de los establecimientos instalan OIRS, tipifican y responden reclamos entre 10 y 20 días hábiles	100% de Servicios de Salud y Hospitales elaboran y presentan Cuenta Pública.	100% de Servicios de Salud y Establecimientos formalizan compromisos de acción con Consejos de Desarrollo y organizaciones comunitarias (redes Comunitarias) antes del 30 de Junio
2006	10% de los establecimientos procesan reclamos y solicitudes ciudadanas en conjunto con Consejos de Desarrollo	100% de Servicios de Salud y establecimientos dependientes elaboran Cuenta Pública y rinden cuenta participativamente	100% de Servicios de salud y establecimientos con Consejos Consultivos formados elaboran y realizan planes de trabajo
2007	50% de las OIRS de los establecimientos cuentan con flujograma de procesamiento y resolución de los reclamos con enfoque en red	100% de los establecimientos rinde cuenta cumpliendo el 80% de la pauta de monitoreo	100% de los establecimientos incentivan la participación en los Consejos según orientaciones técnicas
2008	100% de los Servicios de Salud instalan sistemas de gestión de reclamos	100% de los Servicios de Salud y 75% de los Hospitales de Alta Complejidad elaboran Cuenta Pública y rinden cuenta participativamente.	75% de los establecimientos elaboran Cartas de derechos. 50% de los Servicios de Salud incorporan usuarios a los Consejos de la Dirección; 50% de los Servicios de Salud desarrollan Presupuestos Participativos
2009	Disminución del 5% de reclamos por trato registradas en las OIRS		Presupuestos participativos se encuentran ejecutado hasta la segunda fase de su desarrollo (convocatoria y capacitación a la comunidad)

Fuente: elaboración propia en base a análisis de Compromisos de Gestión, 2005-2009

Las Metas Sanitarias en cambio hacen imperativas las instrucciones hacia el final del período de Gobierno. Durante el año 2008 y 2009, incorporan el procesamiento del reclamo ajustado a los tiempos que define la Ley de Transparencia, y el desarrollo de los Consejos Consultivos (tabla 8). Como ya se ha señalado, las Metas Sanitarias son considerados instrumentos de control de gestión del programa de Gobierno, dan cuenta de objetivos estratégicos ministeriales, son informadas al Ministro y

a la presidencia y su cumplimiento se asocia a bonos salariales. Si bien el ministerio dicta un conjunto de metas nacionales, los establecimientos pueden negociar su aplicación eligiendo al menos cuatro metas para su gestión. La definición la realiza el Director de Servicio dentro de los 5 primeros días hábiles luego de recibir las metas nacionales y con consulta a los estamentos técnicos y de trabajadores del SS (opinión del Comité Técnico Consultivo, presidido por dicha autoridad e integrado por el Subdirector Médico, por los Directores de establecimientos de salud del Servicio, por un representante de la asociación del personal profesional, de los técnicos y del personal administrativo que tenga mayor representación en el área jurisdiccional del Servicio de Salud). Su rango de cuasi ley y los incentivos asociados, si bien obligan al cumplimiento de los compromisos contraídos, estimula una racionalidad instrumental en el personal para alcanzarlas. En el caso de la participación ello opera en contra de una construcción de procesos, puesto que al año los objetivos deben estar cumplidos y su continuidad no está asegurada para el período próximo. (Cunill y Fernández, 2011).

Tabla 8: Metas de la Agenda de Participación en Salud Integradas a las Metas Sanitarias. 2005-2009

Año	Ámbitos de la Agenda			
	Modernización	Responsabilización	Gestión Participativa	Fortalecimiento de la sociedad Civil
2005	-	-	-	-
2006	-	-	-	-
2007	-	-	-	-
2008	-	-	90% de Establecimientos con Consejos Consultivos Conformados	-
2009	-	90% de los reclamos respondidos con solución, dentro de 20 días hábiles, a diciembre de 2009.	100% de los Consejos con plan evaluado y ejecutado a diciembre	-
2010		Idem.	Idem	.

Fuente: elaboración propia a partir de Metas Sanitarias, 2005 al 2009

Por otra parte, las definiciones estratégicas, que son formuladas por la autoridad política de diverso niveles, (Ministerio, las dos Subsecretarías y Servicios de Salud) en torno al presupuesto presentado al Ministerio de Hacienda, si bien contemplan objetivos sobre la implantación y desarrollo del

sistema de derechos (logros a alcanzar en términos de coberturas de las GES en áreas definidas como prioritarias), hasta el año 2009 no contemplan objetivos específicos de participación. Una excepción se observa el año 2002, durante el proceso de diálogo en torno al diseño de la reforma, donde se integra un objetivo destinado a ampliar los espacios de participación ciudadana en salud y del personal, mejorando los entornos y condiciones laborales.

El año 2005, la Subsecretaría de Salud Pública integra un objetivo que puede asociarse a este desafío: “Fortalecer la red asistencial y la capacidad de las instituciones de la APS enfatizando en las acciones de promoción y prevención y la participación ciudadana”. Esta misma Subsecretaría, el año 2006 integra el objetivo de avanzar en la implementación del enfoque de Determinantes Sociales de la salud, cuyo diseño incorpora la participación ciudadana, política que fue impulsada fuertemente durante la administración Barría, pero que encontró dificultades de implementación dada la ausencia de evidencia epidemiológica de sus resultados (Fernández, 2008). En cuanto a los SS, el año 2007 y 2008, los objetivos definidos fueron “la promoción de la participación intersectorial”, aspecto también presente en los Objetivos de la Subsecretaría de Salud Pública para ese último año.

En los años 2009 y 2010, si bien los objetivos de participación se expresan explícitamente como tales, y se alinean entre las tres instituciones (SSP, SS y la Subsecretaría de Redes Asistenciales) estos se refieren al impulso de los estilos de vida saludables y a la recopilación de buenas prácticas formulándose de la siguiente manera: a) fomentar competencias en la población para el autocuidado y la incorporación de estilos de vida recomendados y b) Incorporar buenas prácticas de atención centradas en el usuario, la familia, la comunidad, el mejoramiento del trato, la participación y el control ciudadano en salud y recoger sugerencias en la definición de políticas sanitarias (DIPRES; 2009, 2010). Estos, compromisos, que son en parte expresión de la voluntad política de la autoridad ministerial y de la negociación con Hacienda, resultan contradictorios con los instrumentos internos de MINSAL analizados previamente.

El año 2009, las instituciones del sector, MINSAL, FONASA, y la Superintendencia dictan las normas de participación apoyándose en la Agenda Pro Participación impulsada por Bachelet en su discurso en el año 2006 (MINSAL, 2009) las que pueden ser observadas en la tabla 9.

Pareciera que hacia el final del período, logra plasmarse formalmente en el sector un nuevo impulso presidencial sobre la agenda de participación, probablemente de cara al nuevo período electoral. Las diferencias de visiones sobre sus contenidos se reflejan en estas normas en un impulso más amplio o restrictivo de los espacios de participación, ateniéndose más estrictamente al marco legal de la reforma o profundizando su despliegue. En ello por supuesto se expresa la voluntad política de sus autoridades.

Tabla 9: Resoluciones de Participación Ciudadana dictadas por MINSAL; FONASA Y LA SUPERINTENDENCIA DE SALUD en el 2009

	MINSAL	FONASA	SUPERINTENDENCIA DE SALUD
Fecha de la dictación	02 de abril de 2009	31 de diciembre de 2009	01 de abril del 2009
Resolución Exenta	2D/N N° 168	N° 06827	N° 487
Ámbitos de Aplicación	Ministerio de Salud, Subsecretarías, Secretarías Regionales Ministeriales; SSS; Tres Centros Experimentales, Fondo Nacional de Salud; instituto de Salud Pública; Superintendencia de Salud v la Central de Abastecimiento	Instituciones de FONASA	Superintendencia de Salud
Estrategias de participación	No se explicita	Estrategia informativa, consultiva, de gestión y de control ciudadano	No se explicita
Mecanismos Impulsados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuentas públicas participativas sobre: <ul style="list-style-type: none"> • Políticas y Programas, planes y presupuesto. • Formas de acceso a la información pública. • Gestión pública participativa, • Fortalecimiento de la sociedad civil; • No discriminación y respeto a la diversidad. 2. Consejos de la Sociedad Civil 3. Acceso a la información pública 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuentas Pública anuales 2. Consejos de la sociedad civil 3. Sistema integral de atención e información ciudadana 4. Comités de Usuarios Participativos 5. Presupuestos Participativos 6. Diálogos Ciudadanos 9. Fondo de Iniciativa de promoción de derechos garantizados en el Auge para las instancias de participación social en FONASA 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuenta Pública Anual 2. Consejo de la Sociedad Civil 3. Sistemas de Información Ciudadana 4. Diálogos participativos

Fuente: elaboración propia a partir de resoluciones citadas en la tabla.

Los aspectos más novedosos, se observan en FONASA, organismo que instituye el desarrollo del sistema integral de información ciudadana (SIAC), asume explícitamente la creación de Minutas de Posición, promueve el desarrollo de los Diálogos Ciudadanos y un mecanismo de participación en la priorización de atención de patologías No GES –del cual ya se habían desarrollado experiencias innovadoras en la región del Bío-Bío, asimilando el mecanismo al de los Presupuestos Participativos, aplicado esta vez desde el seguro público de salud. Además en tal calidad, la institución pone en marcha un Fondo para iniciativas de promoción de derechos garantizados en el Auge utilizable por las instancias de participación social en FONASA.

A modo de análisis general, la hipótesis construida se matiza en dos direcciones. En un concepto restringido de la norma, efectivamente el cuerpo legal de la reforma, no integró referencias a la condición de ciudadanía que el propio cuerpo legal estaba instalando en la sociedad ni sobre la necesidad de espacios públicos de procesamiento democrático de sus componentes. Es el Estado, el que jurídicamente garantiza los derechos y el mismo que puede recurrir a instancias consultivas, que priorizan a expertos y trabajadores del sistema. Los usuarios son integrados a instancias muy específicas y con roles difíciles de cumplir en el control de los hospitales autogestionados y de alta complejidad.

Sin embargo, es el rol de la política, expresada en la voluntad de gobernantes concretos, y la fase previa de conformación de consejos o comités de desarrollo en los 90, los elementos que mediatizan la voluntad restrictiva de los legisladores. En un sentido más amplio de la norma, entendida como las resoluciones de las autoridades y los instrumentos de gestión, en forma esquematizada y ciertamente rígida, se promovieron espacios consultivos de participación principalmente de usuarios, ampliando las esferas consideradas en el cuerpo legal. La política también recogió prácticas innovadoras que se impulsaron “desde abajo”, particularmente hacia el final del período gubernamental 2008-2009.

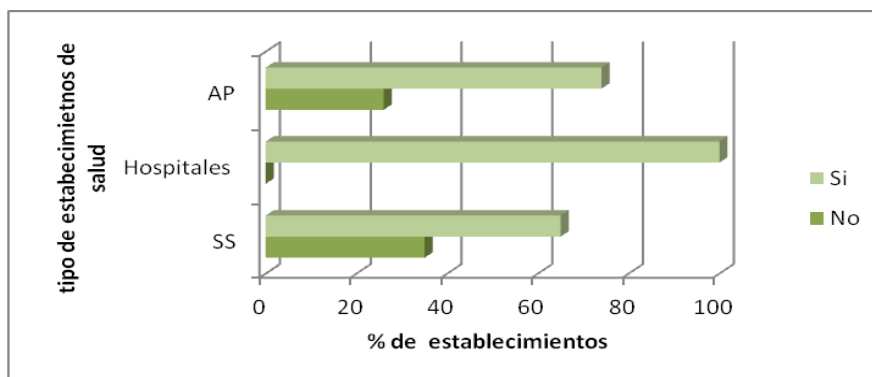
Ello, si bien, tiene el mérito de situar en el horizonte de los directivos la participación, de colocar recursos a disposición para su desarrollo y obligaciones para su cumplimiento, no resuelve por cierto, los dilemas asociados a la flexibilidad y las condiciones que estos procesos requieren: redes sociales, capital ciudadano, representatividad, autonomía, capacidades propositivas. Así, la calidad de los procesos participativos dependerá más de los arreglos institucionales locales, de la voluntad política

y de los sentidos que los directivos otorguen a su desarrollo y su traducción en dispositivos institucionales (equipos de trabajo, grado de profesionalización y recursos disponibles), como de las estrategias que estos diseñen y del capital ciudadano disponible en los territorios.

Balance General y Proyecciones de la Política de Participación

Un análisis de los logros del proceso analizado hacia finales del año 2009 y comienzos del 2010, muestra resultados relativamente débiles. Por una parte, se produce una instalación de los mecanismos con amplias coberturas, por otra, la participación es en general poco sustantiva y en algunos casos muestra retrocesos. Los logros mayores se observan en el ámbito de la modernización y responsabilización que se promueve con el despliegue de las OIRS. Estas, están presentes el 96% de los establecimientos de salud. En efecto, en el marco del Sistema Integral de Información y Atención Ciudadana, en las redes asistenciales se logran conformar a marzo del año 2009, un total de 722 Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS) De estas OIRS, la mayor proporción (74,0%) se encuentra en establecimientos de Atención Primaria Municipalizada, principalmente en Centros de Salud Familiar (CESFAM); también prácticamente en el 100% de los hospitales de alta, mediana y baja complejidad, y en el 65% de las Direcciones de Servicios de Salud (Gráfico 1). El año 2009, estos Comités, alcanzaron un volumen de atenciones cercano a los 2.000.000 incluyendo Consultas, Solicitudes, Reclamos y Sugerencias registradas, de las cuales un 28 % corresponde a reclamos por trato. (MINSAL, 2010b).

Gráfico 1: Proporción de establecimientos con OIR por tipo de establecimiento al año 2009



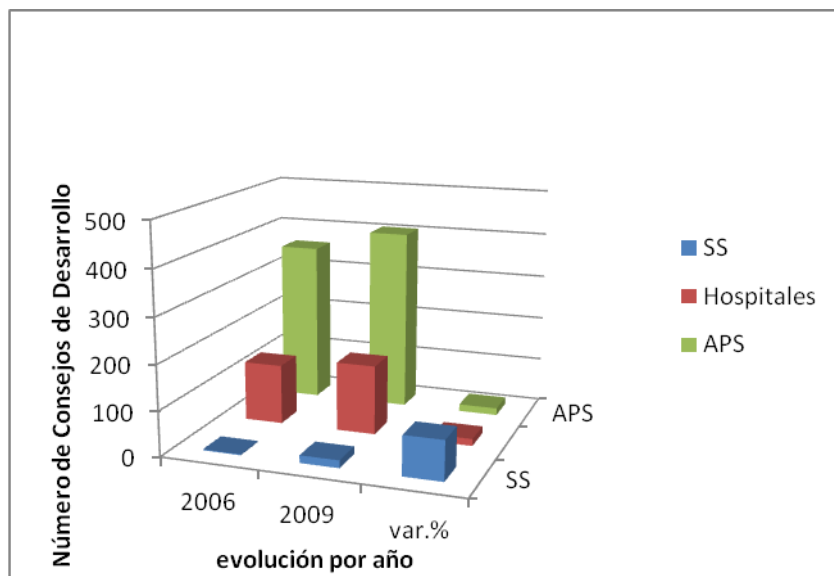
Fuente: Elaboración propia a partir de datos MINSAL, 2010b

Las funciones de supervisión y gestión de reclamos son asumidas principalmente por los Departamentos de Participación y Atención a Usuarios de las direcciones de los Servicios de Salud. En cuanto a la generación de espacios participativos de Gestión de Reclamos, de acuerdo a los resultados de la evaluación hecha por MINSAL (2010 *op.cit*) existen 398 Comités de gestión de reclamos lo que equivale a poco más de la mitad (53,9%) de los establecimientos que cuentan con OIRS.

Respecto de las Cuentas Públicas, en las Redes Asistenciales, el 100% de los Directores de Servicios de Salud y el 68% de los 213 hospitales la efectuaron el 2009, año en que se integraron a los Compromisos de Gestión. El año 2010, donde este mecanismo se elimina de tal instrumento, en el marco de los cambios políticos gubernamentales, la mayoría de los establecimientos ya no la realizan. Además, según señala MINSAL (2010 *op. cit*) este mecanismo, en la mayoría de los casos, se convirtió más bien, en hito comunicacional de visibilidad pública de los directivos de la red de salud, lo cual revela una limitada instalación de la agenda de transparencia en sí misma, pero también refleja la carencia de una expresión más sustantiva de un espacio público de rendición de cuentas.

Respecto del proceso de constitución de los Consejos Consultivos, se observa que estos ya tenían una instalación en el 65,9% de los establecimientos en el año 2006 y pasaron al año 2009 al 76,8% de los mismos. Ese año, la existencia de estos Consejos queda integrada en las metas sanitarias, lo que incrementa su constitución probablemente aplicando la racionalidad instrumental de obtención de los beneficios que su cumplimiento comporta. Entre 2006 y 2009, la existencia de Consejos experimenta una variación porcentual de 88% en las direcciones de SS, de 15,6% en los hospitales y de un 15,9% en los establecimientos de AP, lo que indica que en ellos ya venían funcionando desde antes de la reforma (gráfico 1).

Grafico 2: Evolución del número de Consejos Consultivos por tipo de establecimiento de salud entre 2006 y 2009



Fuente: elaboración propia en base a datos MINSAL, 2010b

Estas instancias, según MINSAL (2009, *op.cit*) muestran diversidad de grados de desarrollo y operacionalización de la participación. Los consejos con mayor alcance tienen participación en la definición de prioridades para la inversión local, realizan propuestas de mejora en la provisión de servicios, y contribuyen a través de su participación en los Consejos de Integración de la Red Asistencial, a la mejoría de la calidad de la atención y pertinencia de la oferta de servicios. Sin embargo, 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. El avance en la instalación y fortalecimiento de las diferentes instancias formales de participación y representación de la población usuaria, se ve obstaculizado por la reformulación de sus objetivos y conformación a través del Reglamento de Consejos Consultivos, que desconoce el proceso anterior de instalación de los Consejos de Desarrollo. Así, Consejos de Desarrollo de larga data que a lo largo de su desarrollo habían logrado mayores posibilidades de incidencia en la toma de decisiones dan paso a instancias de carácter consultivo, de menor representatividad de la población usuaria dado el número limitado de “representantes vecinales” establecidos reglamentariamente. El fenómeno descrito, se evidencia especialmente en los hospitales de mayor complejidad, donde su creación es mayoritariamente

instrumental y ritual, es decir, obedece al cumplimiento de los estándares mínimos de las normativas de acreditación de hospitales autogestionados.

Por otra parte, algunos de los directivos de los Servicios de Salud, han incorporado representantes de la población usuaria a los Consejos de Integración de la red Asistencial – CIRA, aspecto que se verifica en el 27,3% de los Servicios de Salud. Por una parte, dada su falta de atribuciones y capacidad resolutoria, este espacio de integración de la red, ha encontrado también dificultades para su conformación y sostenibilidad en los diferentes servicios (Cunill y Fernández, 2011). Por otra, su carácter eminentemente técnico y la cultura jerárquica del sector, ha dificultado el reconocimiento y la validez de la integración de representantes de los usuarios.

En cuanto a los presupuestos participativos, durante el año 2008, los 29 Servicios de Salud del país, realizaron experiencias que involucraron desde una comuna piloto hasta el territorio completo bajo jurisdicción. La agenda sin embargo fue definida desde el sector, incluyendo la Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades y Satisfacción Usuaría. En estas experiencias se convocó a comunidades provenientes de más de 100 comunas a lo largo del país. Los recursos involucrados ascendieron a 1.012 millones de pesos aproximadamente y el número de personas que participaron de las votaciones y priorización de propuestas, alcanzaron a más de 140.000 a lo largo del país. (MINSAL, 2009)

También, las Secretarías Regionales Ministeriales de cuatro regiones establecieron alianzas con los Servicios de Salud para la instalación de presupuestos participativos sectoriales considerando prioridades del Plan Regional de Salud Pública así como de las Redes Asistenciales. A su vez, durante el año 2009, se desarrolla un presupuesto participativo piloto con la participación de FONASA en la VIII región, que sitúa el eje temático a la disminución de listas de espera de las patologías No-GES.

Un estudio de Cancino y Pozo, (2010) localizado en tres Servicios de Salud, analiza el aporte de los Presupuestos Participativos destacando mejoras en la atención y en la satisfacción usuaria. El estudio muestra que la mayoría de este tipo de experiencias, lejos de una agenda de derechos, ha proporcionado principalmente aprendizajes para una gestión participativa pero sin lograr una incidencia sustantiva por parte de las comunidades, las que si bien priorizan iniciativas, éstas se

enmarcan en la agenda que los propios Servicios de Salud definen en forma previa. Con todo, el 68,25% entrevistados en ese estudio, afirman que el presupuesto participativo ha permitido influir en otros ámbitos de la vida comunitaria, como también en la corresponsabilidad en salud. La misma investigación muestra cambios de percepción de la población usuaria respecto de la calidad de los servicios. A nivel de las instituciones, la apreciación es que éste ha permitido resultados de proceso, relacionados con mejorar alianzas con la comunidad, una mejor capacitación en aspectos de participación en los funcionarios locales e incentivar la relación de los directores de Servicios de Salud con la comunidad.

Por otro lado, una estrategia utilizada con relativa frecuencia son los denominados Diálogos Ciudadanos. Estos se constituyeron en forma diferenciada, como espacios de realización de diagnósticos, consulta, entrega de información, análisis de balances de gestión, como también en espacios para recoger sensibilidades y necesidades ciudadanas e informar de la ejecución y evaluación de acciones en salud. En la práctica, se han traducido en instancias de información sobre el funcionamiento de la red pública de salud, los derechos y deberes en salud, funcionamiento del sistema de garantías AUGE y sistemas de protección social en algunas regiones. No existe un registro sin embargo, de su implementación y alcance.

En otro ámbito, al igual que los servicios de salud, FONASA inició un proceso de conformación de Comités de Usuarios a partir del año 1996. La implementación de la Ley AUGE, reforzó el rol de los comités de usuarios existentes a lo largo del país, los que se asientan en las Direcciones Regionales. Acorde a los compromisos gubernamentales establecidos en la agenda pro participación ciudadana, esta institución conformó un Consejo Nacional de la Sociedad Civil de carácter consultivo.

Por otra parte, la Superintendencia de Salud, fundamentándose en los contenidos de la Agenda de Participación Ciudadana, adoptó como mecanismos de participación la cuenta pública anual, el Consejo de la Sociedad Civil; la creación del sistema de información ciudadana y los diálogos ciudadanos (Resolución Exenta N°487, 2009)

Estas instancias han adolecido de los mismos vacíos de representación y comunicación con las comunidades de base de los territorios. Sin embargo, el debate político producido en FONASA

respecto de su potencial derivación en un seguro público orientado hacia la protección social, enfatizó en el discurso tanto institucional como público, la incorporación del enfoque de derechos en los sistemas de aseguramiento en salud, lo que contribuyó a constituir la plataforma de participación para la convocatoria a Cuentas Públicas y Presupuestos Participativos realizados en la VIII Región en alianza con los SS y la Seremi (Bravo, 2009).

En marzo del 2010 la Ley de Participación fue aprobada en el Congreso y se oficializa la instalación de Consejos Consultivos en todos los organismos públicos. En salud para ese año los Compromisos de Gestión plantean como objetivo evaluar los logros de la gestión participativa de todo el período gubernamental. Los productos son principalmente informes a entregarse al 31 de marzo y al 30 de Junio de 2010.

Las metas sanitarias para ese año plantean un cambio de eje que contribuye al cierre del proceso de participación concebido en la Agenda previa. Estas pasan a priorizar la satisfacción usuaria. En la continuidad hasta el 31 de diciembre se definen como prioridad la implementación de los Planes de Mejora del Trato lo que incorpora la instalación de medios de seguimiento y monitoreo, (MINSAL 2010a y b). Ello se fundamenta en los resultados de la primera aplicación de la encuesta nacional de satisfacción usuaria y los obtenidos en la revisión de la gestión de solicitudes y reclamos en las redes asistenciales. Entre las dimensiones a medir se integran los tiempos de espera, acceso a la información, trato digno y respetuoso al usuario, infraestructura adecuada a necesidades y a las expectativas de los y las usuarias (MINSAL 2010a).

Este cambio de eje se observa en los hitos que se espera como cumplimiento en los Servicios de Salud:

Al 31 de marzo 2010:

- Análisis de resultados de medición de satisfacción usuaria y de información proporcionada por las OIRS de la Red Asistencial analizadas con el Consejo De Integración de la Red Asistencial (CIRA) y Consejos Consultivos/ de Desarrollo/ de los Servicios de Salud y de la Red Asistencial con el fin de identificar áreas críticas a priorizar en la implementación de los Planes de Mejora del Trato.

- Difusión de resultados de la medición de la satisfacción usuaria y gestión de reclamos a través de las Cuentas Públicas Participativas
- Diálogo Ciudadano conducente a analizar lo difundido en Cuenta Pública, fijar prioridades y definir compromisos para la actual gestión.
- Devolución de resultados de planes de mejora del trato ejecutados durante el año 2009 y análisis de reclamos y medición de satisfacción usuaria a la comunidad a través de distintas modalidades como talleres, asambleas territoriales, diálogos ciudadanos con el fin de validar propuesta para el año 2010.

Al 30 de junio de 2010

- Plan diseñado participativamente en base a análisis de reclamos y satisfacción usuaria que incluya las siguientes actividades entre otras:
 - Actualización de Cartas de derechos por establecimiento de la red Asistencial y Servicio de Salud
 - Incorporación de la satisfacción usuaria y mejora del trato como eje temático en Presupuestos Participativos
 - Diseño de estrategia comunicacional de apoyo al Plan que incluya diseño e instalación de Portal Ciudadano en la Web del Servicio de Salud según orientaciones conjuntas Comunicaciones y Depto. Agenda Digital.

Elementos conclusivos

A modo de conclusión, se puede señalar que por una parte, los marcos legales si bien resultaron restrictivos, constriñendo potenciales acciones democratizadoras de los agentes del sector, indudablemente la prioridad política gubernamental influyó para que este sector adoptara con celeridad post reforma, una política de impulso a la agenda de participación, transparencia y responsabilización de la administración en el marco de la política con enfoque de derechos. Para ello generó unidades técnicas y se definieron instancias consultivas en los establecimientos. Por otra

parte, “desde abajo” la agenda avanzó hacia nuevos mecanismos, como los presupuestos participativos y los diálogos ciudadanos.

Podría decirse que, los diferentes mecanismos e instrumentos de participación se amplían a partir de la agenda pro-participación en salud y que su integración a los instrumentos de gestión tiene el mérito de situar un piso mínimo a cumplir por los establecimientos del sector. Pero, los espacios se sobre institucionalizan y no hay antecedentes que permitan evaluar en su conjunto la calidad de sus funciones, la representatividad y el contenido de las agendas. Ahora bien, si bien los mecanismos de participación impulsados ampliaron el marco legal, retrocedieron respecto de las atribuciones y representación que se había promovido al comienzo de la década del 90 para los Consejos de Desarrollo, por un tipo de reglamentación que “racionó” los espacios abierto por el sistema para la integración de los usuarios. La instalación, sin embargo, resultó limitada por la racionalidad instrumental y jerárquica que predomina en el sector y los amplios márgenes de definición de la calidad de los espacios que quedaron sometidos a la voluntad directiva de las organizaciones del sector.

Los contenidos propuestos para estas instancias, sin embargo, aparecen centrados en la colaboración en la gestión. La política y la agenda, aparece relativamente desvinculada de la información y comunicación para la exigibilidad de los derechos, de los deberes ciudadanos con respecto de ellos y de su promoción. Probablemente ello se asocia a la consideración de una necesaria “contención de la demanda” en un sector que enfrenta en los territorios, serias dificultades de recursos humanos de especialidades médicas para garantizarlos bajo las condiciones definidas en los marcos legales (Cunill, Fernández y Vergara, 2011, Minsal, 2009). Por otro lado, también la política reproduce las fracturas organizacionales del sector, que consagra la reforma escindiendo las dimensiones de asistencia individual y salud colectiva. La cultura medicalizada del sector, es sin duda, reforzada por este énfasis en lo asistencial y la consiguiente invisibilización de la dimensión social de lo sanitario.

La agenda de transparencia y rendición de cuentas tuvo un mayor peso en los instrumentos de gestión y en sus resultados, con un acento en el “derecho a información” y el derecho a la queja individual que consagra la Ley de Transparencia. Ello tiene un sesgo hacia la información sobre resoluciones, normativas, convenios, y otros documentos oficiales, que no atiende a la dimensión sustantiva de lo público, transparente y abierto. Algo similar parece suceder con la rendición de cuentas, la que según el balance de la participación hecha por MINSAL, no tiende a incluir balances

de gestión, definición de objetivos y compromisos de gestión que permita a diversos públicos, deliberar sobre los dilemas de la política de derechos y las perspectiva de su desarrollo en el sector público y en los territorios.

En otro plano, tampoco se contemplaron alianzas con actores más amplios de la sociedad civil, ni instrumentos, para promover el fortalecimiento de la asociatividad, capacitación y comunicación sobre derechos a los usuarios. Las acciones prioritarias en esta línea se destinaron a acciones sustantivas de formación de agentes directivos y encargados de participación en los servicios de salud, lo cual fue un paso positivo de avance pero que no garantiza la sustentabilidad y expansión de la política.

El proceso tuvo entonces importantes limitaciones. Entre ellas, la restricción de atribuciones de las instancias y los límites para la integración de usuarios, que asentaron una perspectiva excluyente de los más pobres o públicos débiles, sobre los cuales no se definieron caminos para el empoderamiento. Tampoco promovió alianzas más amplias con otros actores favorables a esta apuesta de desarrollo, factor clave en la promoción de una conciencia de derechos y de agenciamiento de los mismos. Su alcance y desarrollo quedó más bien en manos de un cuerpo directivo heterogéneo, potenciando la dependencia de la voluntad política, las ideologías y la cultura predominante en el sector.

Si bien, la calidad democrática de los mecanismos que las normas del Estado definen respecto de estos procesos, dependen de estos factores y de las formas de hacer de agentes de poder situados en contextos concretos, así como de la capacidad de movilización y propuesta de los actores ciudadanos, la política de derecho supone un avance en la democratización la de las relaciones del Estado con la sociedad, la que sólo fue parcialmente asumida, otorgando una mayor fragilidad a la implantación del enfoque de derechos en las políticas públicas.

Podría señalarse que la mirada más gerencial y funcional de los actores del sistema público de salud y del proyecto político de los actores que impulsan la reforma, deja a la política de derechos del sector desprovista de una perspectiva transformadora de la sociedad orientada a un cambio necesario para una mayor igualdad social, lo cual ha limitado la disputa por su desarrollo y la construcción de

espacios públicos democratizadores. La cuestión de la consagración de derechos sigue siendo vista más exclusivamente desde el rol del Estado y del ordenamiento jurídico de las políticas públicas lo que desconoce que su construcción ocurre también desde los espacios extrainstitucionales y desde la acción colectiva. Por último, la debilidad de su impulso, permite su adecuación a nuevos fines a contar del 2010, más centrados en la perspectiva de la satisfacción de los “clientes” del Estado.

IX. ARREGLOS INSTITUCIONALES DE PARTICIPACION EN LOS SERVICIOS DE SALUD

En este acápite se analizan los arreglos institucionales de participación en los Servicios de Salud y su potencialidad para “publicar” la participación, es decir, para su derivación en la constitución de ciudadanía y espacios públicos. Ello se efectúa mediante un mapeo de las iniciativas que se han ejecutado y estaban vigentes al 2009 en cada uno de los Servicios de Salud de la muestra, su sistematización mediante una ficha de registro y la aplicación a éstas de una pauta de jerarquización destinada a establecer la presencia, ausencia y el grado de desarrollo de atributos considerados claves para que los espacios de participación devengan o propendan a la creación de ciudadanía y espacios públicos.

La identificación priorizó las iniciativas en las que intervenían o estaban involucrados de modo directo los Servicios de Salud, sin considerar las que se desplegaban sólo desde los establecimientos de atención primaria, municipios o desde los hospitales. Ello se fundamenta por una parte, en que estos ámbitos presentan mayores restricciones para incidir sobre la política de derechos en salud y por otra, en el supuesto de que la participación impulsada desde un espacio territorial más amplio, desde una institución con capacidad de concertar acciones en red, podría contribuir a un despliegue de procesos participativos a una escala mayor, contrarrestando parcialmente la fragmentación de las organizaciones sociales y de usuarios. El análisis permite establecer la calidad de las experiencias concretas desarrolladas en cada Servicio y seleccionar dos casos donde se evidencia una mayor amplitud de los arreglos y donde los atributos buscados tienen un mayor desarrollo. En estos casos se indagó específicamente por la potencialidad de creación de espacios públicos y de una participación consistente con el enfoque de derechos.

Atributos asociados a la construcción de los Espacios Públicos

Los atributos considerados relevantes para la jerarquización y la categorización de su grado de desarrollo fueron los siguientes:

a) **Perspectiva de derechos:** buscó identificar aquellas iniciativas en las que se enfatiza una preocupación por los derechos de atención en salud y la administración desarrolla un esfuerzo por

promocionarlos y garantizar su ejercicio. La presencia de este atributo en las experiencias y los puntajes de jerarquización que se asignan dan cuenta de una gradiente que va desde la información sobre los derechos a los usuarios, la presencia de reivindicaciones en torno a derechos reconocidos por la ciudadanía involucrada; la generación de arreglos que buscan garantizar los derechos reconocidos o el levantamiento de una agenda sobre derechos. El puntaje más bajo asignado, puede asociarse a la ausencia de este atributo, el intermedio a una acción limitada al traspaso de información acerca de la oferta pública de los programas que garantizan su ejercicio. El punto más alto puede asociarse a la construcción de agendas sobre nuevos derechos.

b) **Deliberación:** está orientado a identificar las características del vínculo entre la sociedad civil y la gestión pública. Este criterio apunta a identificar las iniciativas que presentan un espacio de dialogo que permite intercambiar visiones, perspectiva e intereses entre los actores sobre la base del respeto, la escucha y la consideración de las diversas opiniones, las que pueden devenir en visiones compartidas, la articulación de los saberes y en modos democráticos de zanjar diferencias. El puntaje más bajo se asocia a un vínculo que atiende a la obtención o transmisión de información o diagnósticos, y en su punto más alto, a aquellos espacios en que se observan interacciones sistemáticas que van facilitando construir visiones compartidas o agendas comunes.

c) **Inclusión:** se orientó a establecer aquellas experiencias que, mediante formas diversas, amplían los espacios de participación integrando a comunidades organizadas y no organizadas y a diversos tipos de públicos y agentes que tienen incidencia en la producción de la salud. La visión es que mientras más amplios son estos espacios, y se integra a ciudadanos no organizados, menor es la posibilidad de captura de la agenda por intereses de grupos particulares o institucionales. El puntaje más bajo se asocia a aquellas experiencias donde los que participan son grupos reducidos, sin representación clara, o sin desarrollo de acciones para ampliar la representación y el más alto aquellas donde hay mecanismos para incluir la voz de comunidades organizadas y no organizadas.

d) **Autonomía:** está orientado a medir cómo se define el contenido de la agenda y la representación de los ciudadanos. El puntaje más bajo corresponde a aquellas experiencias donde el contenido de la agenda es definido por la institucionalidad pública en función de sus propios intereses y/o la representación de las comunidades es nominada por el estado, no tiene rotación y/o no se observan mecanismos que contribuyan a la renovación de líderes en las instancias. El puntaje más alto

corresponde a aquellas que dan cuenta de mecanismos democráticos de representación y la agenda o los temas de decisión tienden a ser concordados entre los actores institucionales y sociales.

e) **Incidencia en decisiones:** se orienta a establecer la medida en que los espacios de participación influyen efectivamente en decisiones y generan cambios en la atención, la gestión, agendas o en cambios en la cobertura, e integración de programas que contribuyen a resolver nuevas problemáticas que afectan a las comunidades. El puntaje más bajo se asocia a aquellas experiencias que no influyen en decisiones y el más alto a aquellas en las que se observan cambios en intervenciones en salud, infraestructura, en la organización, la política, la agenda de trabajo y o en la cultura de los agentes.

La especificación de estos criterios de jerarquización puede observarse en el anexo N° 2. La tabla 10 da cuenta de los puntajes mínimos y máximos posibles de alcanzar en cada experiencia.

Tabla 10: Puntajes mínimos y máximos por atributo de jerarquización de experiencias de participación ciudadana en los servicios de salud.

Criterios	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
Perspectiva de derechos	0	5
Deliberación	0	5
Inclusión	0	5
Autonomía	0	5
Incidencia en la gestión	0	5
Total	1	25

Fuente: elaboración propia

Siendo estos lo puntajes máximos y mínimos a alcanzar por las experiencias de participación jerarquizadas en cada Servicio de Salud, para efectos comparativos entre los servicios, dada la diferencia en número de las experiencias, se han estandarizados los indicadores a partir de la definición de un porcentaje de logro respecto del potencial total obtenible en cada uno de ellos. La fórmula aplicada es la siguiente:

$$\% \text{ de logro} = \frac{(\sum \text{ puntaje obtenidos en cada indicador} * 100)}{(\text{N}^\circ \text{ de experiencias} * \text{puntaje máximo potencial})} = X\%$$

Mapeo de los arreglos de participación

En general las experiencias identificadas tienen consistencia con los distintos mecanismos de participación consignados en la agenda de participación en salud. Sin embargo, en algunos Servicios la creación de este tipo de espacios se adelanta incluso a la reforma e influencia desde “abajo hacia arriba” la formulación de la misma. Tal es el caso de parte de las experiencias que se desarrollan en el SS de Talcahuano y Ñuble. En el Servicio de Salud Talcahuano por ejemplo se identifica la conformación de una suerte de “CIRA” con participación ciudadana el año 2000, el presupuesto participativo en el año 2003, o la creación del Consejo de Desarrollo, lo cual representa un matiz democrático, respecto de la configuración que los Consejos Consultivos proponen en el marco legal. En el Servicios de Salud Ñuble, se agrega a éstas instancias el presupuesto participativo que este SS ejecuta con FONASA para priorizar prestaciones no garantizadas.

En el conjunto de los SS, se identificaron un total de 25 iniciativas. De estas, poco menos de un tercio proviene del SS Ñuble y un 28% del SS Talcahuano, los que destacan por la amplitud de los espacios que impulsan. En cuanto a los mecanismos, todos los Servicios de la muestra, instalan como piso mínimo los Consejos Consultivos a nivel del Servicio de Salud y también implementan procesos relacionados con el presupuesto participativo, ya sea en comunas, territorios agregados o en toda la jurisdicción. Las diferencias refieren a los períodos de instalación de estos mecanismos, la calidad democratizadora de las iniciativas y los ciclos por los cuales estos han atravesado durante el período analizado. La cuenta pública participativa aparece solamente registrada en tres de los cinco servicios analizados. La tabla 11 muestra este desarrollo.

Es necesario agregar también, que se identificaron en la base de datos de las diferentes fuentes de información utilizadas, iniciativas que se ponen en marcha entre el año 2004 y 2009 en comunas del área jurisdiccional del Servicio de Salud Occidente, como el presupuesto participativo de salud en la comuna de Melipilla (2008), y el de Cerro Navia (2006), así como iniciativas de reconocimiento del derecho a la calidad de la atención en la comuna de Isla de Maipo. En el Servicio de Salud Metropolitano Occidente, en alguna etapa previa al 2000 se privilegio la estrategia SILOS para el fortalecimiento de los procesos de participación local, lo cual podría tener incidencia en las bajas iniciativas encontradas a nivel del Servicio de Salud y la evidencia de un número mayor de iniciativas locales, aunque su vigencia no alcanza a cumplir el requisito de continuidad al 2009.

Tabla 11: Espacios de participación vigentes al 2009 identificados en los Servicios de Salud de la muestra

Mecanismo	Servicios de Salud				
	Metrop. Occidente	Metrop.Sur Oriente	O'Higgins	Talcahuano	Ñuble
Consejo Consultivo SS	x	x	x	x	x
Consejo Regional Asesor de Participación ciudadana			x		
Diálogos Ciudadanos					x
Integración al CIRA		x		x	x
Presupuesto Participativo		x	x	x	x
Presupuesto Participativo FONASA					x
Red Comunitaria territorial de salud			x		x
Cuenta Pública Participativa		x		x	x
Comités de Solicitudes Ciudadanas				x	
Cartas de Derechos				x	x
Política de Buen Trato				x	
Modelo Integral de salud Mapuche	x				

Fuente: elaboración propia

Un conjunto de otras experiencias de co-producción en salud se despliegan con el apoyo e involucramiento del SS pero impulsadas desde comunas específicas. Ello se observa en la tabla 12.

Tabla 12: Experiencias de co-producción de Servicios con involucramiento activo de los SS vigentes al 2009

Mecanismo	Servicios de Salud				
	Metrop. Occidente	Metrop.Sur Oriente	O'Higgins	Talcahuano	Ñuble
Dispensarios de Salud				x	
Presupuestos participativos comunales	x				
Programa de prevención de VIH/SIDA		x			
Redes familiares de cuidado del enfermo Terminal					x
Salud mental en la comunidad			x		
Programa de Bienestar Psicológico			x		
Convenio de cooperación en salud en Quinta Normal	x				

Fuente: elaboración propia

Atributos de los Espacios de Participación de los Servicios de Salud.

Servicio de Salud Metropolitano Occidente

Los espacios de participación impulsado por el SS Metropolitano Occidente son el Consejo Consultivo de Usuarios y la experiencia de salud intercultural denominada Modelo Integral de Salud Mapuche. El Consejo cumple una función de asesoría en el establecimiento y está integrado, en este caso por representantes del personal de salud de los recintos hospitalarios y una red más amplia de organizaciones e instituciones de la sociedad civil (Juntas de Vecinos, organizaciones comunitarias de salud, voluntariados, organizaciones de trabajadores, ONG, iglesias, instituciones públicas y privadas, comercio u otras de carácter local), además de la directiva del establecimiento de salud. Los consejeros comunitarios son nominados por los establecimientos, lo cual limita su representatividad.

Este Consejo tiene un carácter deliberativo, aunque no se especifica una incidencia en decisiones del Servicio, sino más bien desde este espacio, se promueve la incidencia sobre decisiones de los establecimientos de salud de los cuales los Consejeros provienen y un intercambio de visiones entre los participantes.

El Modelo Integral de Salud Mapuche, es una experiencia que reconoce derechos culturales a comunidades mapuches que habitan el territorio para el ejercicio de sus prácticas medicinales en establecimientos de AP. Entre los integrantes de la experiencia participa el Director del SSM Occidente, al encargado del Programa Salud y Pueblos Originarios, representantes de la comunidad indígena residente en el territorio del Servicio, dirigentes indígenas y facilitadores interculturales. Sus logros han sido la recuperación de espacios físicos en los establecimientos de Atención Primaria, para la instalación de rukas que ofrecen atención en medicina tradicional mapuche y la formación de facilitadores interculturales (jóvenes paramédicos mapuches). La iniciativa adopta una perspectiva de derechos para discriminar positivamente e integrar espacios y personal que facilita el acceso a las prácticas de medicina mapuche en co-producción entre el Servicio de Salud y la comunidad indígena. Su desarrollo ha sido fruto de una participación deliberativa e incidente en decisiones que conducen a la instalación de dispositivos de medicina complementaria y en organización de los servicios.

Estas experiencias, si bien son relevantes, sobre todo la de reconocimiento de derechos culturales, reflejan una estrategia de participación del SS, más bien restringida respecto de los mecanismos potencialmente utilizables y determinada por la obligatoriedad que establece la ley. Otros de los dispositivos de participación incorporados en la agenda de participación son impulsados en las comunas del territorio, pero no se observa que ello engarce en un dialogo con los temas asociados al quehacer del SS.

Los resultados que arroja la aplicación de la pauta de jerarquización a estas experiencias, dan cuenta de un nivel intermedio de logro, pero donde tiene una alta incidencia la experiencias de salud intercultural, que es un tipo de experiencias desarrolladas desde diversos espacios de salud, asociada al compromiso internacional de Chile con el convenio 169 de la OIT (tabla 13).

Tabla 13: Porcentaje de logro en el desarrollo de los atributos en los espacios de participación en el SS RM Occidente

Servicio Salud	Experiencias	Ponderación					
		Total	Derechos	Deliberación	Inclusión	Autonomía	Incidencia
Occidente	Consejos Consultivos	17	3	4	4	3	3
	Modelo Integral de Salud Mapuche	15	4	2	3	3	3
	Total	32	7	6	7	6	6
	% de logro	64	70	60	70	60	60

Fuente: elaboración propia

En los espacios locales, se ha desarrollado el Presupuesto Participativo (PP). El Servicio los define como un instrumento comunal que contribuye a la priorización de demandas y de decisiones conjuntas sobre una parte del presupuesto de salud municipal. Se ha implementado en dos comunas, Melipilla y Cerro Navia, los que si bien innovan en la incorporación de la temática de salud en los presupuestos participativos municipales, que tienen una trayectoria en el país, no se encuentran vigentes al 2009.

Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

El análisis de las experiencias de participación en el ámbito territorial del SS Metropolitano Sur Oriente, no difiere de las que se instalan en el conjunto de los Servicios de Salud en el período. El Consejo de Desarrollo Local surge en forma previa a la reforma (1997) con funciones más amplias que las que define el marco legal actual. Está integrado por directivos del Servicio de Salud,

representantes de organizaciones sociales de la provincia, usuarios del sistema de salud no perteneciente a organizaciones sociales, lo que le otorga un carácter más amplio que los de otros consejos. La fórmula de participación es por invitación y no representativa. Los consejeros, si bien, han generado espacios de encuentro entre las diversas organizaciones del territorio y el Servicio ha impulsado instancias como el Congreso bianual de participación en el territorio, no se evidencian logros referidos a la incidencia en la toma de decisiones y por el contrario, aparece una débil autonomía de las organizaciones. Este Servicio integró también por invitación a Consejeros al CIRA en el año 2006. A pesar de ello, este espacio responde más bien a las prioridades establecidas por la autoridad en materias asistenciales de la red.

En cuanto al presupuesto participativo, la primera experiencia se desarrolla el año 2009. Con ello, se pone a disposición de la decisión de la comunidad un porcentaje del presupuesto del Servicio para la priorización de iniciativas que contribuyan a resolver necesidades locales de inversión. La iniciativa al comienzo del 2010 se encontraba en ejecución, por lo que no fue posible recuperar sus resultados, las materias priorizadas y la incidencia de las comunidades. Sin embargo entre los logros de proceso destaca el fortalecimiento de los Consejos de Desarrollo de los establecimientos, la incorporación de la voz de comunidad no organizada en la identificación de necesidades y la inclusión de la misma en la generación de propuestas de inversión. Si bien la experiencia es inclusiva se produce en el marco de una agenda restringida por el tipo de iniciativas a definir. En este sentido el ejercicio de la autonomía está limitado.

El Servicio también implementa las Cuentas Públicas Participativas a partir de la difusión de la Agenda Pro-Participación el año 2006. Son definidas por el Servicio como espacios de diálogo donde la ciudadanía interpela a la autoridad acerca de su gestión, evalúa y propone iniciativas para ser incorporadas en la agenda pública. El objetivo de la Cuenta Pública es desarrollar un proceso de implicancia de los usuarios en la gestión de la Red de Salud Pública Sur Oriente a través de la modalidad de dialogo ciudadano. (www.sssurorientegov.cl).

La última versión es la convocatoria 2008-2009, en la que se da a conocer a la comunidad los avances y logros del servicio de salud. La invitación es abierta, a ciudadanos e instituciones del territorio. En forma previa se desarrollan mesas de trabajo con los Consejeros, que discuten los temas a ser integrados por la dirección. Estos mismos señalan que la deliberación depende de la preparación para la utilización del espacio por los ciudadanos y que sus resultados no son

vinculantes. El porcentaje de logro en los atributos referidos a la construcción de espacio público se observan en la tabla 14.

Tabla 14: Porcentaje de logro en el desarrollo de los atributos en los espacios de participación en el SS RM Sur Oriente

Servicio Salud	Experiencias	Ponderación					
		Total	Dimensiones				
			Derechos	Deliberación	Inclusión	Autonomía	Incidencia
Sur Oriente	Consejo de Desarrollo Local	13	3	2	3	2	3
	CIRA	13	3	2	2	3	3
	Cuenta Pública	4	1	1	1	1	0
	Presupuestos Participativos	15	3	5	4	3	0
	Total	45	10	10	10	9	6
	% de logro	45	50	50	50	45	30

Fuente: elaboración propia

Los espacios de participación del Servicio de Salud Sur Oriente, muestran atributos consistentes con la publicación de la participación relativamente bajos. De conjunto muestran una menor autonomía potencial de las comunidades participantes y una más baja incidencia en decisiones. Los presupuestos participativos generan espacios más deliberativos e inclusivos, pero no es posible determinar el grado de incidencia. En todo caso, este mecanismo se desarrolla por una sola vez, por lo cual tampoco es posible considerarlo un mecanismo instalado que producirá efectos continuos.

Región del Libertador Bernardo O'Higgins . Servicio de Salud O'Higgins

El Servicio de Salud O'Higgins desarrolla en forma directa dos tipos de iniciativas relacionadas con el fomento de la participación en salud el territorio: el Presupuesto Participativo en Salud y el Consejo de Desarrollo del Servicio. Además se observan otras iniciativas relacionadas con la Secretaría Regional Ministerial de Salud y el Gobierno Regional, con las cuales existe escaso margen de colaboración.

La jurisdicción del Servicio en este caso es el conjunto del territorio regional. Es un territorio con un perfil rural, y con alta dispersión geográfica. La creación de la red asistencial, ha enfrentado dificultades para su conformación y se ha desarrollado para ello una estrategia de constitución por polos provinciales, con un funcionamiento de relativos resultados, dada la concentración de recursos humanos médicos en Rancagua, capital de la Región. Una red de establecimientos de atención primaria y de hospitales tipo B y comunitarios en las capitales provinciales son las que articulan procesos participativos, en general de tipo instrumental al cumplimiento de las metas sanitarias y relacionados con la promoción de salud. Dada esta realidad, las iniciativas de participación ciudadana impulsadas por el Servicio, son relativamente escasas y débiles, no se observa una estrategia adaptada a la realidad territorial, aunque algunas de ellas siguen el patrón de articulación de la red asistencial.

Por ejemplo, el PP, definido por el Servicio como un "proceso deliberativo en que la ciudadanía decide sobre el uso de parte de los recursos públicos en salud y desarrolla control y seguimiento de la ejecución presupuestaria, sustentado en la transparencia de la gestión pública y en el ejercicio democrático"(www.ssohiggins.gov.cl), se ha implementado principalmente en la zona urbana de Rancagua, donde se incorporan parcialmente procesos de trabajo desde el año 2007 que tienen continuidad al 2009.

En ese territorio, el presupuesto participativo se estructura mediante un proceso relativamente similar a los ya descritos en los otros Servicios analizados, con resultados de una participación amplia e inclusiva, vinculante y deliberativa que involucra tanto a la comunidad organizada, como a la no organizada y a equipos comunales de salud. Durante todo el ciclo la iniciativa contempla la existencia de un equipo directivo, que la orienta y realiza las capacitaciones en los territorios conformando un grupo motor comunal, que está encargado de llevarla adelante en los espacios locales. Sin embargo la agenda carece de autonomía. Se priorizan iniciativas de infraestructura y acciones comunitarias destinadas a mejorar y difundir estilos de vida saludable y el autocuidado. Si bien se promueve el derecho a participar, la agenda está principalmente definida por las políticas prioritarias para las instituciones.

El Consejo de Desarrollo se genera a partir de lo estipulado en el artículo 25 D de la Ley de Autoridad Sanitaria 19.937. Funciona sólo desde el año 2008, cuando fue integrado a las metas sanitarias. Integra la participación de dirigentes de los Consejos de instituciones de salud de los

territorios y comunas cercanas a la capital regional. No da cuenta de un proceso de representatividad, su funcionamiento es irregular, no desarrolla procesos deliberativos y su incidencia es precaria.

De algún modo el Consejo de Desarrollo, en su constitución más privilegiadamente comunitaria, ha sido desplazado por el Consejo Regional Asesor de Participación Ciudadana, impulsado por la SEREMI, iniciativa que surge también el año 2008 y tiene por función actuar como entidad asesora de las autoridades regionales en temas de gestión de la red asistencial. Este sesiona de manera periódica y está integrado por un representante del Consejo de desarrollo, directivos del Servicio de Salud O'Higgins, representantes elegidos de los Consejos de Desarrollo hospitalario de mayor complejidad y de la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de Servicios de Salud (FENPRUSS), los que reciben capacitaciones en materias específicas a fin de mejorar su actuación como organismo asesor. La iniciativa genera un espacio deliberativo de carácter consultivo, que incluye a representantes comunitarios en una instancia de alto nivel, lo que posibilita la producción de acuerdos que responden a requerimientos de los funcionarios y la comunidad. Su incidencia no es clara.

Tabla 15: Porcentaje de logro en el desarrollo de los atributos en los espacios de participación en el SS O'Higgins de la Región Libertador B. O'Higgins

Servicio Salud	Experiencias	Ponderación					
		Total	Dimensiones				
			Derechos	Deliberación	Inclusión	Autonomía	Incidencia
O'Higgins	Presupuestos Participativos en Salud	16	2	3	4	3	4
	Consejo de Desarrollo	11	2	3	2	2	2
	Consejo Regional Asesor de Participación Ciudadana	15	2	4	3	4	2
	Total	42	6	10	9	9	8
	% logro	56,0	40,0	66,7	60,0	60,0	53,3

Fuente: elaboración propia

En cuanto a los atributos que definen un espacio público, estos son relativamente más bajos en este Servicio. La incidencia en decisiones y la inclusión destaca en la implementación del presupuesto participativo. El Consejo Regional Asesor resulta también más deliberativo, autónomo e inclusivo de actores diversos, aunque la inclusión de los “públicos subalternos” es relativamente baja.

Región del Bío-Bío. Servicio de Salud Ñuble

En este Servicio, destaca la amplitud de los espacios de participación abiertos. En ella se integran los Diálogos Ciudadanos, los presupuestos participativos con recursos del Servicio que ya están el 2009 en su tercera versión, además de los presupuestos participativos con FONASA para priorizar listas de espera en atenciones no garantizadas y que constituyen prioridades de salud para la comunidad. Otros espacios de participación son el Consejo de Desarrollo del Servicio de salud y la integración de representantes de la comunidad al CIRA. Junto a ello el Servicio impulsa con fuerza la Cuenta Pública Participativa y promueve un sistema de Atención Integral de Información y Reclamos en el conjunto del territorio, a través de las OIRS.

En términos de deliberación, inclusividad e incidencia destacan los Diálogos Ciudadanos. Su desarrollo atiende a comunidades con alta ruralidad y dispersión geográfica y definidas como vulnerables por su condición de pobreza, teniendo como objetivo mejorar la accesibilidad de las poblaciones a la atención en salud a través del diagnóstico de las problemáticas de salud y la toma de decisiones sobre programas de inversión en infraestructura. Contempla la realización de diálogos de alcance local en los que el equipo técnico de la Unidad de Participación de dicho servicio, encargados de participación local y profesionales de la salud que actúan en la Atención Primaria, se articulan con la finalidad de mejorar la inclusividad de la comunidad usuaria en dichos procesos. La convocatoria es masiva, lo que permite que se incorporen, ciudadanos organizados y no organizados. El espacio de discusión es vinculante lo que permite generar acuerdos de manera recíproca entre ciudadanos usuarios y el servicio de salud. Sin embargo, la comunidad interviene en el proceso en el marco de una agenda de inversión, aunque procede con ciertos grados de autonomía para definir las localizaciones de las mismas atendiendo a los diagnósticos realizados.

Los logros se relacionan con el fortalecimiento de los vínculos, la mejor calidad de información a los usuarios, el compromiso de desarrollo, cuidado y mantención de la infraestructura priorizada por la comunidad y el desarrollo de lazos con el equipo de los nuevos centros de salud. Por otro lado la comunidad ha logrado decidir la incorporación de prestaciones preventivas y promocionales, y algunos aspectos relacionados con la infraestructura de la que se dotan los establecimientos de salud. Para dar cuenta de los compromisos adquiridos, el Servicio ha debido adecuar aspectos de la gestión

y la inversión, lo que redundará en una mayor responsabilización compartida con los usuarios sobre los resultados y el cumplimiento de los acuerdos adquiridos.

En importancia le siguen otras dos experiencias que se complementan, los Presupuestos Participativos en Salud y los que se realizan en alianza con FONASA. Cabe destacar que este Servicio es uno de los que propulsa las primeras experiencias de este tipo de mecanismos de participación junto al organismo asegurador, y dada su viabilidad y éxito en la priorización de fondos públicos para atender a brechas de atención, se integra como política de participación de FONASA, dando origen a la resolución dictada por ese organismo en el año 2009.

El presupuesto participativo del Servicio surge el año 2008 para fomentar la inclusión y la deliberación sobre el uso de una parte del presupuesto. Se estructura por los cinco territorios que agregan comunas, en los que la jurisdicción ha sido dividida como foco de planificación. Su objetivo final es generar capital social territorial, fomentar espacios en los que todos los ciudadanos desarrollen su derecho a participar y a argumentar en condiciones de igualdad. Ello profundiza el carácter inclusivo y democrático de la iniciativa, a la par que apunta hacia la construcción de una esfera pública. Es un proceso deliberativo en los territorios, en el que han participado más de 5.000 personas que se manifiestan en las asambleas y en el proceso de votación y que deciden en forma directa iniciativas diversas. La autonomía de las organizaciones y comunidades que participan depende del capital ciudadano de los territorios, destacando carencias importantes en este ámbito. Sus logros se asocian principalmente al reconocimiento de la capacidad de la ciudadanía de intervenir en las decisiones de salud y a un cambio en modalidades de gestión del Servicio y de los equipos de salud que participan del mecanismo.

El Presupuesto Participativo con FONASA se originó el año 2009 a partir de la voluntad de la Dirección Regional Centro Sur de FONASA y de las alianzas y redes que operan en la región entre las diversas instituciones de salud. Consiste en incluir la opinión de la ciudadanía, utilizando una metodología similar a la del Presupuesto Participativo, en las decisiones respecto de la destinación del presupuesto que FONASA entrega al Servicio de Salud para financiar prestaciones que se orienten a disminuir las brechas de atención en patologías no priorizadas en las GES o de disminución de las listas de espera. La participación de la comunidad es un proceso eminentemente deliberativo sobre necesidades, prioridades y uso de los recursos. Utiliza, sin embargo, un

mecanismo complejo de votación directa e indirecta, ponderada entre las organizaciones que participan en salud, las que se suponen más informadas y formadas- y las personas no cercanas al sector. En este sentido si bien, logra la participación de nuevos actores que no se vinculan permanentemente con el sector salud, la inclusión es limitada. La agenda para el diálogo es una agenda especializada, definida por FONASA y el Servicio, aunque, de acuerdo a las capacidades desarrolladas y a la información disponible, la comunidad puede involucrarse en otros procesos de participación. El espacio es vinculante. Sus principales logros han sido acceder en forma masiva a prestaciones no garantizadas por el sistema, requeridas y pertinentes y que generaban altas listas de espera. Tiene también dentro de sus logros, el fortalecimiento de la gestión territorial y la descentralización de fondos en el territorio. Participan directamente de la organización y desarrollo de la experiencia, FONASA, el Servicio de Salud Ñuble, los jefes de los Servicios de Orientación Médica y Estadística (SOME) de los establecimientos, los encargados de participación social y los dirigentes sociales de organizaciones de salud del territorio del Servicio.

Estos procesos son apoyados activamente por los Consejos de Desarrollo de los establecimientos de salud locales y que tienen representación en el Consejo de Desarrollo vinculado a la Dirección del Servicio de Salud. Este último, es una iniciativa generada en el 2006, y vigente a noviembre del 2010, que encuentra respaldo en las orientaciones ministeriales y en su propia trayectoria y carácter. Sus miembros, no son integrados por invitación, sino representativos de los Consejos por establecimiento. Participan del Consejo, además del Director del Servicio de salud y el Encargado de Participación, estamentos funcionarios y 22 representantes de los Consejos consultivos de establecimientos, lo cual constituye una ampliación de representantes de comunidades, no sólo respecto de los marcos legales y la reglamentación existente, sino también respecto de las prácticas más generalizadas en el sector. Ello la hace una iniciativa representativa.

En este Servicio destacan avances importantes, aunque los atributos buscados presentan varios puntos críticos. Se declaran logros en la incorporación del diagnóstico participativo como herramienta para determinar las necesidades de la comunidad atendida en los centros de salud y en relación al análisis permanente de los reclamos de la población usuaria para la generación de aportes a los planes de mejora del trato. Sin embargo, el proceso deliberativo en su seno depende del proceso de aprendizaje sobre la gestión en salud en los líderes comunitarios. El Servicio resguarda y garantiza el derecho a la información, el de participar, emitir opinión sobre la atención de salud y la

calidad de los servicios y ha generado espacio para la construcción de visiones comunes y de acuerdos que respondan a las necesidades y expectativas existentes.

De los 22 integrantes comunitarios del Consejo de Desarrollo del ServicioS, 11 electos en la instancia se integran al CIRA, dos por cada territorio más el presidente del Consejo, proceso que se origina el 2007. Ello corresponde a una decisión de fomentar una mayor representación de la comunidad y que esta alcance a un tercio de los Consejeros del CIRA, que está integrado por 30 miembros incluyendo a directivos de la red asistencial que lidera el Servicio de Salud. El CIRA tiene por función actuar como órgano asesor de la dirección del Servicio de Salud en materias de gestión de la Red, potenciando acciones para que la administración de salud y de los derechos de atención sea más eficiente, eficaz y efectiva. Le corresponde a la instancia, proponer iniciativas y políticas que contribuyan a mejorar la calidad y oportunidad de las acciones de salud y asesorar en temas de referencia, derivación y contra-derivación de los usuarios/as y del cumplimiento de las GES en el área. Así, este es el más claro espacio en que se dialoga y delibera sobre los derechos en salud, el incumplimiento o los nudos críticos ligados a las garantías de acceso, oportunidad, calidad de la atención. La voz de los usuarios en este espacio, a pesar de la amplitud de representación, se formula con timidez.

Uno de los logros de la participación en el CIRA se traduce en la elaboración de la Carta de Deberes y Derechos de las personas para el acceso a la salud. Esta surge en Julio del año 2008 en una sesión de la instancia dando fruto a un documento consensuado entre los participantes, que aborda temáticas de buen trato en la atención y calidad de servicio y que fija derechos y deberes de funcionarios y usuarios. Ello tiene en consideración el desarrollo de acciones que permitan constituirlo en compromiso real, de fácil comprensión, verificable y exigible por los usuarios. Se trata de un proceso que no se agota en la elaboración de la carta.

Como parte del quehacer del Director y de los representantes del Consejo de Desarrollo en el Servicio, se desarrollaron hasta el 2009 las Cuentas Públicas Participativas. Estas fueron definidas por el Director como un espacio que busca "informar a la ciudadanía sobre los resultados de la gestión institucional, el cumplimiento de programas de salud, ejecución de proyectos, uso de recursos y desafíos institucionales, entre otros temas. (Servicio de Salud Ñuble 2009:4). Estas venían funcionando desde el año 2007 con el objetivo de crear un espacio de diálogo que permitiera dar a conocer el quehacer institucional y recoger y responder opiniones, dudas, críticas, comentarios y

sugerencias que surgieran desde la población usuaria y otros actores, en relación con la gestión del Servicio. La potencialidad de publicación de estos espacios se observa en la tabla 15.

Tabla 15. Porcentaje de logro en el desarrollo de los atributos en los espacios de participación en el SS Ñuble.

SS	Experiencia	Total	Ponderación Dimensiones				
			Derecho	Deliberación	Inclusión	Autonomía	Incidencia
Ñuble	Presupuestos Participativos	23	4	5	5	4	5
	CIRA	22	4	5	4	4	5
	Consejos de Desarrollo	20	3	5	4	4	4
	Presupuestos Participativos para atenciones en Salud de Fonasa	25	5	5	5	5	5
	Cuentas Públicas Participativas	20	2	4	5	4	5
	Cartas de Derechos	12	2	3	1	3	3
	Diálogos Ciudadanos	24	4	5	5	5	5
	Total	146	24	32	29	29	32
	% de logro	73	60	80	72,5	72,5	80

Fuente: elaboración propia

En términos generales, los espacios de participación promovidos por el SS Ñuble, son más amplios, deliberantes, inclusivos e incidentes en decisiones que incidentes en derechos, aunque, desde este ultimo atributo destacan los presupuestos participativos, principalmente el que se desarrolla con FONASA.

Región del Bío-Bío Servicio de Salud Talcahuano

En este Servicio también puede apreciarse la aplicación de estrategias amplias de participación que tienen mayor potencial de creación de espacios públicos. El análisis documental arroja que los Presupuestos Participativos en Salud obtienen la más alta jerarquía en cuanto a los atributos buscados por el estudio. Estos responden a una iniciativa innovadora cuyo ejercicio comienza el año 2004. Es su exitosa implementación la que incentiva a que en 2006, el Ministerio de Salud, establezca la política en los servicios de salud.

Su implementación abarca al conjunto del territorio compuesto por 4 comunas urbanas. Como procedimiento constituye un *comité técnico político*, integrado por la dirección del Servicio, representantes de los encargados de participación social del SS, de los establecimientos de la Red y representantes comunitarios. Este comité ejecuta una etapa de capacitación, socialización, difusión amplia y levantamiento de información con las comunidades, lo que permite aumentar la inclusividad y la pertinencia de propuestas locales. En una segunda fase estas propuestas son presentadas al CIRA para determinar la viabilidad técnico-presupuestaria de las mismas. Una tercera fase, genera una cartera de iniciativas diversas y viables que son puestas en discusión con delegados territoriales. Para la elección de estos se despliega un sistema de elección local de delegados a través de una votación democrática, secreta e informada.

Este es un espacio con alto potencial para la generación de espacio público, dado el amplio proceso de deliberación, el esfuerzo de inclusión y su carácter vinculante. Respecto de la dimensión de autonomía del mecanismo, es posible determinar que existe un proceso democrático de generación de propuestas concretas y de representación, dada por la elección popular de delegados territoriales.

La experiencia de presupuesto participativo fortalece al Consejo de Participación Social en Salud. Este está integrado por los directorios de las Uniones Comunales de Juntas de Vecinos, el Director del Servicio de Salud, los directorios de las Organizaciones Comunitarias que funcionan al alero de cada establecimiento de salud y la Unidad de Participación Social del Servicio. Se ha atendido en el proceso a la generación de vínculos de confianza y a promover una estructura asociativa de carácter horizontal. A diferencia del Servicio de Salud Ñuble, no existió en las etapas de construcción de esta experiencia una clara preocupación por la representatividad territorial de los dirigentes, lo que se transformó en un punto crítico de la misma. A fines del año 2008, esta dimensión se incorpora con mayor fuerza en las exigencias para ser Consejero.

La iniciativa ha permitido introducir cambios en la gestión, entre ellos: el desarrollo de un Plan Estratégico del Servicio de Salud con acciones y metas de Gestión Social en Salud 2003-2006; la elaboración de bases y selección de proyectos del primer Fondo Concursable para el fortalecimiento de organizaciones sociales en salud. Además de lo anterior, ha permitido participar en decisiones

respecto de algunos derechos como en la atención al cáncer de próstata, en el diseño de la reconstrucción del hospital las Higueras post terremoto y de diferentes ámbitos de acción en los establecimientos y en el territorio.

También este Servicio fue pionero e innovador en la integración de usuarios al Consejo de Integración de la Red Asistencial y en avanzar en otorgarle a esta instancia atribuciones resolutorias en el territorio, así como voz y voto a dos representantes de la comunidad en su interior. La comunidad sin embargo, queda subrepresentada en este espacio, ya que, según lo define el Servicio, esta es una instancia de participación de directivos, tanto del área hospitalaria como de la Atención Primaria de Salud, conducida por la Dirección del Servicio de Salud. Sin embargo, la autonomía de los ciudadanos es débil, ya que los temas incluidos en la agenda en este espacio, son propios de las instituciones y definidos por ellas.

El Consejo de Participación se ha involucrado también en el desarrollo de las Cuentas Públicas Participativas. Como ya se ha esbozado, la iniciativa incluye a la comunidad del territorio en el proceso de rendición de cuentas, permitiendo que participen tanto funcionarios y directivos, como la comunidad en general, lo que muestra una disposición del Servicio a transparentar su gestión y a abrirla a la comunidad. Aún así, ello aún responde a la necesidad institucional de informar a la ciudadanía sobre las metas de salud establecidas en la agenda, para un periodo dado.

El servicio de Salud, en el año 2006, impulsa también la creación del Comité de Solicitudes Ciudadanas en los establecimientos de la red. La iniciativa es definida como una instancia de participación que responde a la orientación ministerial de que los reclamos fuesen de conocimiento de la comunidad organizada. Estos comités funcionan autónomamente en cada establecimiento de salud de la red y su tarea es analizar periódicamente las solicitudes ciudadanas con el propósito de realizar propuestas de mejoras a la dirección y monitorear el cumplimiento de acuerdos. Cuentan con un programa anual de trabajo donde se incluye la calendarización de sus reuniones. Su implementación es más limitada, al análisis de reclamos y sugerencias en colaboración con los encargados de participación, lo que no influye realmente en la mejora continua ya que la discusión queda relativamente encerrada en los establecimientos y dentro de ellos a sus participantes.

Otra iniciativa que responde a las orientaciones ministeriales y a la realidad del territorio, es la Política de Buen Trato. Esta política se impulsa el año 2008 y pretende obtener mejoras en la

relación usuarios/funcionarios a través de actividades comunicacionales, de sensibilización y capacitación, para detectar las necesidades existentes y establecer los aspectos esenciales necesarios de mejorar. Contempló también un proceso de diseño de la política de buen trato, su implementación y finalmente, una evaluación de resultados a través de mediciones de Satisfacción usuaria y del trato interno. Ello es parte de una reivindicación de los usuarios y usuarias del Servicio de Salud de recibir atención digna y de calidad.

En términos de deliberación la iniciativa permite el trabajo colaborativo de usuarios y funcionarios para la definición de derechos y deberes que cada uno tendrá asociados a su desempeño en el Servicio, lo que ayuda a establecer las visiones de unos y otros, generando mayor confianza, aceptación y comprensión del tipo de problemas que les afectan. Esto se complementa con las acciones emprendidas para definir las Cartas de deberes y derechos. Participan sin embargo, grupos reducidos de la comunidad, representando a los Consejos de Usuarios y de Desarrollo y del gremio de funcionarios. Los temas a tratar también son delimitados por la directiva del Servicio o los equipos encargados del área de satisfacción usuaria. En lo que respecta a incidencia, se pueden observar cambios en el clima de la organización y una menor resistencia a las instancias de participación en los establecimientos por parte de los funcionarios.

Tabla 16. Porcentaje de logro en el desarrollo de los atributos en los espacios de participación en el SS Talcahuano

Servicio Salud	Experiencias	Ponderación					
		Total	Dimensiones				
			Derechos	Deliberación	Inclusión	Autonomía	Incidencia
Talcahuano	Presupuestos Participativos en Salud	25	5	5	5	5	5
	Cuentas Públicas Participativas	18	3	4	3	3	5
	Consejo Integrado de la Red Asistencial	18	3	5	3	3	4
	Consejo de Participación Social en Salud	22	4	5	4	4	5
	Comités de Solicitudes Ciudadanas	17	4	4	3	3	3
	Política de buen trato	12	3	3	2	1	3
	TOTAL	112	22	26	20	19	25
	% Logro	64	62,9	74,3	57,1	54,3	71,4

La gestión participativa del SS es también una experiencia con potencial de desarrollo de espacio público, dado el carácter deliberativo, inclusivo e incidente en decisiones de las iniciativas

desplegadas. Destaca el presupuesto participativo, no solo por el mayor desarrollo de los atributos considerados relevantes sino también por la continuidad del proceso, lo que permite ir estableciendo una práctica continua. El Consejo de Desarrollo del Servicio de Salud es también una instancia con potencial.

El potencial de publicación de la participación en los Servicios de Salud

Una síntesis general y comparativa del potencial de los espacios de participación impulsado por los SS para traducirse en espacios públicos y fortalecimiento de la ciudadanía, da cuenta de que existe una realidad heterogénea, en la cual los Servicios han puesto acento en el desarrollo de uno u otro mecanismos de participación con mayor o menor grado de deliberación, inclusión, generando espacios para la incidencia en decisiones, con mayor o menor grado de restricciones respecto de la agenda institucional. Sin embargo destacan dos Servicios, Talcahuano y Ñuble, que muestran una mayor amplitud de espacios de participación abiertos, y donde las prácticas resultan en una mayor incidencia en decisiones, deliberativas e inclusivas. La autonomía parece ser una dificultad en todas las experiencias así como la perspectiva de derechos que tiende a garantizar el derecho a la participación, pero con límites en lo que se relaciona con el acceso a la atención. Sólo en Ñuble esta perspectiva está presente, aunque no conceptualizada como tal y mediada por un proceso de priorizaciones acotado a los fondos disponibles por el seguro público. La tabla 16 resume los % de logro alcanzados en los Servicios en relación al potencial global alcanzable.

Tabla 17: % de logro de los atributos de publicación de la participación en los Servicios de Salud de la muestra

Servicios de Salud	%de Logro de los atributos en relación al potencial total						Puntaje
	%	Dimensiones					
		Derechos	Deliberación	Inclusión	Autonomía	Incidencia	Total
RM Occidente	64	60	70	60	60	60	32
RM Sur Oriente	45	50	50	50	45	30	45
O'Higgins	56	40	66,7	60	60	53,3	42
Ñuble	73	60	80	72,5	72,5	80	146
Talcahuano	64	62,9	74,3	57,1	54,3	71,4	112

Fuente: elaboración propia

Este análisis permite la selección y profundizar en la indagación sobre la constitución de este tipo de espacios en los dos servicios con mayor potencialidad para su construcción.

Los Casos de los Servicios de Salud Ñuble y Talcahuano.

El análisis de estos casos busca establecer la naturaleza pública de los espacios de participación en salud que se desarrollan en los Servicios de Salud Ñuble y Talcahuano. Este se apoya en las entrevistas en profundidad realizadas a directivos, encargados de participación del Servicio y las comunas de los territorios jurisdiccionales, así como en entrevistas con los ciudadanos involucrados en dichos procesos. Su finalidad es, desde el lado de la institucionalidad establecer la visión estratégica de los actores respecto del impulso a la participación, como ello se traduce en políticas internas y en las percepciones que tienen sobre sus resultados. Por otra parte, se analiza también las percepciones sobre el capital ciudadano en el territorio, atendiendo a la conciencia existente sobre derechos y deberes, la asociatividad y articulación en redes de los participantes, el grado de autonomía de su agenda y la noción de participación que privilegian. Igualmente, se orienta a establecer los nudos críticos y factores claves que limitan o potencian la creación de este tipo de espacios y su incidencia en la gestión y en los derechos en salud.

El caso del Servicio de Salud Ñuble

Unos de los aspectos valorado por todos los actores entrevistados, es que durante la implantación de la reforma, desde la Dirección del SS Ñuble, se otorgó una cierta centralidad a la participación de los ciudadanos en la gestión, formulando estrategias consistentes para su implantación. Esta propuesta tuvo como base una visión directiva explícita sobre los déficits de democracia en el país y la necesidad de desarrollar una administración activa en el fortalecimiento de la participación, promoviendo un mayor empoderamiento ciudadano, la inclusión, el reconocimiento de derechos e impulsar procesos de deliberación que influyeran en las decisiones.

Esta visión también enfatiza la responsabilidad que cabe a los directivos en el impulso a la democratización de los servicios y en modificar la disposición funcionaria. Como señala su director: *“Estoy convencido de la participación ciudadana y de que ello perfecciona la democracia y yo creo que este es un tema de decisión política de las autoridades superiores, sobre todo porque como te digo, este es un sector bastante vertical la gente (funcionarios) un poco baila la música que le tocan....,”*

En el caso de este actor, el sentido tras el cual se promueve la participación se expresa como la necesidad de empoderar a los ciudadanos para que el cumplimiento de las garantías establecidas por el Estado sea real y puedan existir espacios que permitan mejorar la equidad de las políticas de la reforma. Si bien hay una valoración positiva de los derechos consagrados y de los avances que la política de derechos representa respecto de las inequidades de acceso previas, a juicio de este agente, existen vacíos en la reforma y problemáticas de equidad que requieren ser superadas. En esta dirección, desde su óptica, tanto la participación ciudadana como la responsabilización de los directores y el rol que juegan las redes asistenciales juegan un papel clave.

Esta visión se tradujo, en términos de medidas político-administrativas, primero en un fuerte impulso al desarrollo de un sistema efectivo y articulado en la red asistencial para mejorar el cumplimiento de las garantías de derechos. Un ámbito de especial preocupación, fue disponer de los medios para que la reclamación de los usuarios fuera efectiva, ampliando y modificando de hecho los mecanismos definidos en el cuerpo legal de la reforma para la exigibilidad de derechos (canal de la exigibilidad a través de los procesos y procedimientos generados por las Superintendencia de Salud, que tiene sólo oficinas en la capital regional). Para ello se impulsó con fuerza la instalación de las OIRS en el conjunto de establecimientos de la red, se atendió a la creación de mecanismos expeditos para el procesamiento de los reclamos, normativas respecto de su tratamiento, un esfuerzo por dar seguimiento a sus soluciones y se seleccionaron funcionarios con un perfil adecuado a las funciones de procesamiento, los que se situaron orgánicamente en relación directa con las direcciones de los establecimientos.

También se otorgó valor a la rendición de cuentas de la gestión. Su diseño incorporó efectivamente la participación lo que redundó en fortalecer la transparencia y proporcionar información entendible y asible por los usuarios y la ciudadanía en general. En el servicio se hizo una apuesta interesante para hacer de la gestión de este mecanismo, más allá de los compromisos de gestión, una contribución a la creación de espacio público.

En cuanto a la gestión participativa, la pro-actividad de la administración se tradujo en la configuración de un Departamento de Participación. Desde este dispositivo, se perfiló el tipo de espacios de participación abiertos y se definió una estrategia de trabajo para su implantación. Un aspecto central considerado en la estrategia fueron las condiciones del territorio. Este integra 21

comunas de alta dispersión geográfica, con un 34% de ruralidad y con quince comunas consideradas vulnerables a nivel nacional (MINSAL, 2009).

En ese marco, la estrategia asumió, los criterios de planificación y gestión territorial que impulsó el Gobierno Regional del Bío-Bío²⁰ entre el 2000 y el 2006. El territorio del Servicio de Salud Ñuble se dividió en los territorios de Punilla, Laja D' Guillin, el Valle del Itata y el territorio Centro que integra a las comunas de Chillán y sus alrededores. Este enfoque se utilizó para el despliegue de algunos mecanismos de participación y representación, mientras otros, dadas las distancia y la dispersión, se privilegiaron para el impulso en las comunas o en los establecimientos.

Otro aspecto clave en el impulso a estos procesos fueron los soportes institucionales de participación que se extendieron a cada una de los establecimientos de la red asistencial. Se nominaron encargados de participación en todos ellos, configurando a la vez una red que funcionó como tal: con espacios de coordinación cada dos o tres meses para la planificación general; desarrollo de encuentros para el debate de temáticas específicas en los territorios, las que a veces integraron a dirigentes sociales; fueron nutridos con documentación técnica desde el departamento del SS, supervisados en terreno y utilizaron medios informáticos de comunicación. Ello permitió contar con un núcleo humano profesional responsable de instalar los procesos participativos. Por otra parte, si bien, se recogió la agenda de participación del Ministerio, medió en su aplicación un proceso reflexivo que buscó producir las adaptaciones a los fines buscados y a las condiciones de contexto.

Además, los encargados y particularmente el Departamento del Servicio de Salud, tuvieron como objetivo y tarea fundamental, generar registro, sistematización y procesamiento de las necesidades, demandas y propuestas que surgieron desde los espacios abiertos, procurando que estos fueran utilizados como un insumo en la planificación y gestión del Servicio.. Para ello, los diagnósticos participativos actualizados bi o trianualmente, fueron de gran utilidad. Con estos, abordados por territorio, grupos etéreos, vulnerables focalizados específicamente (jóvenes, discapacidad, etc), se fomentó la inclusividad de grupos habitualmente no considerados en los procesos de planificación. También se promovió la inclusión de los no organizados, toda vez que los actores institucionales

²⁰ El Gobierno Regional del Bío-Bío, liderado por el intendente Jaime Tohá, promueve entre el 2000 y el 2006 la gestión territorial como foco para la acción pública y de inversión, agrupando comunas en territorios más amplios definidos por la identidad, las potencialidades económicas de desarrollo y de infraestructura. (Subdere, 2009)

consideran que las organizaciones son débiles y su representatividad es de calidad variable en los territorios.

Como ya se ha visto en el acápite previo, existió una amplitud de iniciativas de calidad, en el sentido de promover deliberación, incidencia en decisiones y derechos. Un examen más a fondo de estos procesos, los muestra anclados al mundo de la vida y produciendo cambios concretos en las acciones del Servicio sobre todo en adecuaciones en la gestión. Se evidencian aprendizajes, confianza y cambios en las percepciones de los sujetos participantes y de estos con su entorno cotidiano. A pesar de ello, los procesos y los logros muestran limitaciones respecto de la construcción de espacios públicos y de ciudadanía, en lo que influye fuertemente los factores de contexto en que este tipo de arreglos se desenvuelve.

Inicialmente los procesos de participación se organizaron por los cinco territorios en los que se subdivide la jurisdicción, a partir de diálogos ciudadanos que tuvieron un carácter abierto y una convocatoria amplia. La tematización de problemas de salud pública en la escala territorial que de estos diálogos emerge, sin embargo, fue valorada como demasiado amplia, compleja e inviable de ser asumida en los procesos de planificación de las instituciones involucradas, tanto por el Servicio, los establecimientos de salud y las municipalidades. La diversidad de demandas, la ausencia de instrumentos y programas que atiendan esa escala de planificación, así como las limitadas atribuciones y recursos de las propias instituciones, y su operación en un marco administrativo sectorializado y altamente centralizado de toma de decisiones, hicieron inviable una planificación integral de respuestas a las necesidades planteadas.

A partir de esta valoración, se buscó volver a la comuna como escala de acción, buscando activamente incorporar a los municipios y los planteamientos de los usuarios en la gestión de salud municipal. La debilidad de este espacio y la ausencia de compromiso de las municipalidades con los procesos, vuelve a replantear la escala de acción y la reduce con posterioridad a los establecimientos de salud, principalmente a los Centros de Salud Familiar y los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF), adaptando la estrategia al espacio que controla el sector salud.

A pesar de ello, el Servicio continúa convocando a los diagnósticos participativos territoriales en forma bi o trianual, lo que es asumido como una contribución a la planificación de largo plazo. El proceso es apoyado por los Consejos de los establecimientos, los que se constituyen prácticamente

en un brazo extensivo de las capacidades del Servicio para el impulso a los procesos de participación. Este rol y su reconocimiento e instalación en el conjunto de establecimientos del territorio se ve favorecido por la integración de metas asociadas a su fortalecimiento en las Metas Sanitarias 2008.

Igualmente, se busca dar una organicidad mayor a éstos a través de la creación de las micro-redes territoriales, la integración de delegados Consejo de Desarrollo del Servicio de Salud, y la integración de dos dos representantes electos por cada territorio al Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA), el cual tiene, en este caso, atribuciones decisorias. La reflexión de la administración ha sido la de promover una mayor representatividad, presencia y peso de representantes de los usuarios en la instancia, de modo de alcanzar un relativo equilibrio en la toma de decisiones. En la instancia participan 11 representantes del Servicio y hospitales, 11 de municipios y los 11 ciudadanos elegidos, dos por cada micro red territorial de Consejos más el presidente del Consejo de Desarrollo del Servicio de Salud.

Sin embargo, según la valoración de los Consejeros de las instituciones, los ciudadanos no son portadores de una agenda de salud de los territorios, lo que indican “frustra la principal expectativa respecto del ellos”. Al respecto habría que señalar que, esta es una expectativa sin base real, dado que su procedencia de establecimientos situados en micro espacios de las comunas, y de las referencias continuas de su quehacer, relaciones y reflexiones a este ámbito que constituye su mundo de vida cotidiano, difícilmente estos podrían articular visiones o capacidad propositiva sobre las demandas comunales o territoriales. En rigor se juega en ello, no solo la atomización del propio proceso de participación organizado, sino la ausencia de retroalimentación de las municipalidades, que prácticamente no tienen incidencia, vocación asociativa y de articulación para proponer procesos de desarrollo de las propias comunas o de los propios territorios en que se ha estructurado la región.

El Presupuesto Participativo en alianza con FONASA, coloca una agenda distinta de incidencia ciudadana, relacionada directamente con los derechos de atención. La comunidad es convocada, en este caso, a la priorización de prestaciones de especialidades en salud, dada las insuficiencias de la red y las brechas de disponibilidad de estos recursos médicos. Para ello se pone a disposición de las resoluciones ciudadanas un monto relativamente pequeño, 120 millones de pesos y se ejecuta en cinco comunas del territorio de Punilla, (San Carlos, Niquén, Coihueco, San Fabián, Chillán). En

este caso, la agenda para el diálogo, es definida por FONASA, pero el Servicio, logra recoger un conjunto de necesidades sentidas por grupos amplios de población en el territorio.

En términos conclusivos, en el Servicio de Salud Ñuble, se desarrolla una política pro-participación, que se traduce en una administración activa en la democratización de las relaciones entre el SS y la comunidad, con una estrategia adaptada al medio y que busca incluir a comunidades organizadas y no organizadas, generando espacios vinculantes que influyan en un mejoramiento de las condiciones de acceso a la atención en salud. Para ello se construyen soportes institucionales que planifican las acciones adaptando la oferta externa a la compleja realidad de su territorio. Si bien los vínculos que se tejen son de tipo promocional, es decir, centrados en que las organizaciones participen y desarrollen capacidad propositiva, la gestión no se hace cargo de la formación de los líderes. Ello ligado al aislamiento de la política, en el sentido de que no involucra a otros actores del territorio, particularmente a los municipios, debilita el resultado de la apuesta institucional. Igualmente, un campo deficitario es la generación de estrategias que incorporen al medio rural a este tipo de procesos, el que sigue quedando postergado.

El acápite siguiente da cuenta de la percepción que tienen los actores sobre el proceso de implantación de esta política, sus efectos en los ciudadanos, en la incidencia y los límites o nudos críticos que ella genera.

Valoraciones Directivas y de Funcionarios Encargados de la Producción del Espacio Público.

La voluntad política directiva de abrir espacios de participación en el Servicio de Salud es la de alcanzar un mayor empoderamiento ciudadano en el marco de los cambios que introduce la reforma. Ello es señalado como la necesidad de “*democratizar las relaciones con los usuarios*” (Director, 2009), de modo de que estos “*puedan estar conscientes de su realidad sanitaria, gestionar los servicios con su apoyo y ser socios en la construcción de salud en el territorio*” (Director, 2009) a la par que colaborar y ejercer control social sobre la multiplicidad de problemas y decisiones que debe tomar un director. Sin embargo, la construcción de un sistema de gestión participativa tiene aciertos y restricciones, así como un conjunto de nudos críticos que son destacados por el cuerpo directivo entrevistado.

Todos los actores, institucionales y ciudadanos, coinciden en que la participación ha adquirido una nueva importancia en la gestión del Servicio y que esta ha experimentado un avance con la reforma sanitaria. Se han tejido nuevas relaciones, existe una política y dispositivos institucionales de apoyo. De los espacios abiertos, existen diversas valoraciones según la posición en la que se encuentren los funcionarios y el nivel en que se desempeñen. A nivel directivo, incluyendo la jefatura del departamento de participación, los resultados se valoran positivamente, particularmente el ejercicio del presupuesto participativo, tanto del Servicio como con Fonasa, básicamente porque permiten romper con el clientelismo, ampliar la base social y llegar a los no organizados, además de su incidencia en soluciones concretas que afectan a las comunidades. Igualmente se valora la participación en el CIRA porque, a pesar de sus falencias, empodera a personas en la toma de decisiones sustantivas en la red asistencial.

Sin embargo, las entrevistas muestran la brecha entre esta noción y la que plantean los encargados locales de la red de participación y los dirigentes. Estos si bien valoran los avances generales, no observan que ello tenga un correlato en la base local. Ellos mismos no distinguen con claridad la noción de espacios de gestión participativa asociados a una agenda de derechos de los dispositivos institucionales de transparencia, rendición de cuentas o reclamación individual. Señalan que la instalación de los Consejos de Desarrollo en los establecimientos para los funcionarios, ha sido impuesta, que han terminado siendo valorado instrumentalmente en los establecimientos, por su aporte en acciones colaborativas (generación compartida de mecanismos para citar personas, programas conjuntos de prevención en alcohol, drogas, atención a problemas ambientales que influyen en la salud, etc) o en las bonificaciones salariales, cuando éstos han sido integrados a las metas sanitarias. *“Los ciudadanos hemos sido transformados en meta”* señala un dirigente.

Este rol asignado a los Consejos a nivel de los establecimientos -con variabilidad por supuesto-, presenta menos tensiones para las relaciones internas que deben desarrollar los encargados de participación con los funcionarios, dadas las resistencias existentes a otro tipo de roles. Al respecto una entrevistada señala, *“al discutir sus funciones había una que decía que era “decisoria” , y cuando llegamos a la decisoria todos los funcionarios se negaron –No! es que se van a venir a meter a nuestro establecimiento, van a querer influir en cosas que no les corresponde. Entonces primero nosotros como funcionarios deberíamos abrirnos, nosotros estamos abiertos porque*

estamos a cargo de la participación con la ciudadanía, y nos gusta, nos encanta, pero el resto de los funcionarios, estamos lejos todavía de transar esa parte, aunque yo creo que no estamos en cero”.

En este segmento institucional, las OIRS es el espacio predominantemente (6 de 9 entrevistados) considerado más efectivo. Ello porque la instalación de este dispositivo implicó un cambio en la legitimidad de la reclamación sobre la atención y la calidad de los servicios, con impacto en los funcionarios, que llegaron a considerarlas un medio para mejorar su gestión y las condiciones del lugar de trabajo. Pero además porque permitieron dar soluciones concretas a necesidades, porque las personas usan sus servicios dentro del consultorio y estos son de acceso rápido y expedito. Además valoran, la existencia de procedimientos de respuesta y atención a esos procesos. En este mismo sentido se valora la Cuenta Pública, como un dispositivo concreto que permite el involucramiento de la ciudadanía en todo tipo de establecimientos y permiten transparentar la realidad de estos, en relación a la disponibilidad de recursos, equipamiento, personal y las dificultades a las cuales se enfrenta el sistema y los logros que este tiene, lo que evidencia ante la comunidad los esfuerzos que se realizan desde el sector y permite reducir expectativas. Además, porque tienen mayor resonancia pública.

Igualmente se observa que este tipo de instancias tendría que ser más que un hito anual y que habría que potenciarlas con procesos de seguimiento sobre el cumplimiento de propuestas. En general, se plantea que estos tres tipos de instancias son las más valoradas por los funcionarios de la red y las que mejor han logrado implementar en los espacios locales.

En este sentido, la red local de encargados de participación, a diferencia del cuerpo directivo del Servicio de Salud, gestiona la participación en los establecimientos desde la oferta externa que formula el servicio, asignando una importancia distinta a la participación, es decir, la de colaboradora en el uso de la oferta pública, particularmente en aquellas áreas en que requieren integrar pacientes a programas que ingresan dentro de las metas sanitarias (control de la hipertensión, de la diabetes, etc) y que se traducen en bonificaciones.

En este sentido, en los establecimientos los vínculos son más instrumentales. En ellos, se incuban en las organizaciones capacidades de gestión para desplegar acciones que contribuyan tanto a su bienestar como a la ejecución de las políticas institucionales. En este sentido desde la base institucional, se reduce el contenido democrático de la política impulsada por el Servicio de Salud.

En ello influyen al menos dos factores: los débiles soportes institucionales para la participación a nivel local y la percepción de debilidad del capital ciudadano en los territorios.

En la red de encargados de participación se percibe que la política ha sido amplia y dotada de numerosos instrumentos. La propia construcción de la red institucional de participación se valora como un acierto, además de la calidad con la que se ha desplegado el trabajo desde el Servicio de Salud y la calidad del personal existente. Sin embargo, en la red, de ejecutores de la política en el nivel local, existe la apreciación de que el impulso dado a este quehacer está invertido en relación a otros servicios. En la mayoría de ellos son los equipos de participación los que tratan de convencer a los directivos, mientras que acá es el director del Servicio el que empuja y estimula a la red, la cual en el proceso, se va convenciendo y generando respuestas a las demandas institucionales, lo que releva la importancia de la voluntad política directiva para su despliegue.

Sin embargo, ello tiene límites. Se aprecia que los soportes institucionales del Servicio de Salud, aunque siempre con mayores necesidades, son solventes técnicamente, es decir, cuentan con profesionales que planifican, desarrollan diversas acciones y generan liderazgo institucional para el desarrollo de la participación en el territorio. Sin embargo, estos soportes en la escala local son débiles, y enfrentan restricciones estratégicas y presupuestarias. Existe un responsable, pero la participación no está transversalizada, no es considerada un área estratégica y ello se traduce en un presupuesto restringido y en una multiplicidad de funciones a asumir por los encargados de participación. Asociado a estos esfuerzos, los encargados destacan su propio desgaste y la falta de disponibilidad de recursos humanos para formarlos y generar reemplazos. En este sentido, si bien, el espacio de la red se constituye en un soporte de apoyo, de solidaridad y colaboración, útil para compartir aprendizajes, metodologías, material documental y trabajar en equipo, la implementación es restringida a las posibilidades reales.

Ello sitúa a los encargados en tres perspectivas: a) la de un auto-convencimiento de la relevancia de desarrollar la participación vinculada al logro de una mayor justicia en el acceso de las personas a la asistencia médica dadas las limitaciones reales que tiene la red asistencial del territorio y sus efectos en la vida de las personas, frente a lo cual hay una alta sensibilidad, b) la valoración negativa de la sobre exigencia que en ellos recae para llevar adelante la política en condiciones de resistencia funcionaria, y c) el cuestionamiento del centralismo en la definición de los mecanismos que se

incorporan a los compromisos y metas de gestión en relación a la utilidad y viabilidad real de dichos procesos.

Al respecto, en su percepción, más allá de su valoración positiva, es que ellos “ *no podrían dar cuenta de las complejidades de impulsar la participación o cumplir los roles de articuladores, gestores, coordinadores, motivadores que ello implica*”. En ese marco de dificultades, si bien reconocen que han sido referencia para otros servicios de salud por la calidad con que finalmente se hacen las cosas, ellos “ *hacen lo que pueden*” en el tiempo deducible que son “ *2 o 3 horas a la semana*”, reconociendo que “ *no se pueden generar procesos que se traduzcan en cambios*”. En este sentido, pareciera que los presupuestos participativos, así como los diálogos ciudadanos, mejor valorados por los encargados de participación, funcionan como procesos de “ *campañas*” en torno a determinados fines o ejes de acción (diagnósticos, inversiones), que se montan sobre los procesos más regulares y más limitados de participación que se plasman en la relación con los Consejos de Desarrollo.

Un tercer problema importante que los encargados de participación destacan es la reticencia funcionaria. Aquí destacan tres tipos de resistencias: a) los que ven la participación como una intrusión en asuntos técnicos que competen al personal (particularmente expresada en los hospitales); b) los que aceptan que exista pero resisten un nivel más sustantivo de incidencia en decisiones de modo de no ser sobrepasados por demandas y c) los que la promueven pero con la percepción de que no podrán producir cambios. Al respecto una entrevistada señala: “ *Yo creo que si nosotros pensamos en todas las instancias de participación que hemos creado, que hemos generado, no digo que sean malas, yo igual creo que hay un avance, y que de alguna manera a todo uno le puede ir sacando provecho si quiere, uno lo puede hacer por hacerlo, o por cumplir, o también le puede poner su valor agregado. Pero mi percepción a partir de lo que yo vivo, es que hemos incluido, hemos desarrollado nuestra capacidad de incluir más actores, en cantidad, pero en cierto nivel no más, porque el tema de la toma de decisiones, y de ir más allá con la participación, ninguna de las instancias permite eso, ni el Consejo de desarrollo en mi realidad. Y yo tengo que ser bien honesta en ese sentido, no sólo porque la gente no tenga la capacidad de tomar decisiones, sino porque nosotros no estamos preparados para ello, no nos atrevemos, nos asusta porque igual la gente nos va a pedir cosas que son importantes, y que no vamos a poder cumplir*” “ *entonces realmente no*

hay participación “a lo mejor podríamos hacer menos cosas, más pequeñas pero que sean realmente importante para las personas, para nuestros usuarios, y ahí es donde está el problema”.

Asociado a lo anterior en la red de encargados de participación se expresa que en cualquier caso, el sistema es relativamente impermeable, excesivamente centralista (lo cual se señala con rebeldía) y los cambios introducidos por la reforma son relativos: *“si bien se instalan las GES, la prioridad otorgada a ellas reproduce inequidades e injusticias, el modelo de salud familiar sigue siendo un modelo biomédico y la participación se valora mientras no complique las decisiones ya tomadas. El sistema aparece así como una estructura relativamente impermeable”.*

Además, existe una percepción institucional generalizada del bajo nivel de involucramiento de los ciudadanos en procesos de asociatividad y participación sistemáticos. Asociado a ello, los actores institucionales refieren a un marcado individualismo de las personas y a un deterioro social. Pequeños grupos activos expresan intereses sectoriales pero su noción de participación sería funcional, es decir, concebida como un medio para alcanzar fines grupales o personales. Los intentos de los líderes de generar redes de coordinación comunal de los consejos de desarrollo no han tenido frutos, por la incapacidad de construir intereses compartidos. Además existiría una suerte de *“participadores profesionales”* que dan cuenta de la baja rotación de líderes y una limitada conciencia en los grupos activos de la necesidad de generar procesos democratizadores de las organizaciones. El Servicio de Salud no interviene en esos procesos más allá de facilitar y potenciar espacios para la elección democrática de líderes. Se destaca por otra parte, el conjunto de problemas que acompañan al proceso participativo: el clientelismo o semiclientelismo, que si bien se expresa en todas las instancias, se ve más favorecido en el tipo de vínculos que se establecen en el nivel local.

Respecto de la incidencia y autonomía ciudadana, destaca el perfil colaborativo de la interacción. La percepción en el Servicio es que los ciudadanos juegan un papel importante en la definición de acciones, mediante propuestas e iniciativas que se expresan particularmente en los espacios de interacción que tienen carácter vinculante como los Presupuestos y los diagnósticos participativos. Las decisiones refieren a la incidencia en proyectos de inversión, mejoramiento de infraestructura e iniciativas de colaboración en promoción de la salud y a la integración de las necesidades planteadas por las comunidades en los procesos de planificación. Un tipo de propuestas destacadas e integradas, refiere, por ejemplo a proyectos de prevención de cáncer de mujeres en nueve comunas del territorio del valle del Itata. Otros, al uso de hierbas medicinales, prevención de embarazo en adolescentes,

formación de monitores en primeros auxilios, etc. Sin embargo prima una lógica colaborativa, que evita el conflicto y marcada por una necesidad de aceptación.

Si bien la inclusión es una línea reafirmada sistemáticamente, particularmente en los presupuestos participativos, en varias comunas ello está sujeto a cuotas restringidas por los recursos disponibles. Así hay territorios en los que se involucra a un número limitado de participantes. Lo que determina el potencial inclusivo del mecanismo es el análisis agregado de los resultados obtenidos. Así, el tipo de adaptación local de los mecanismos inclusivos es clave. Por ejemplo, en algunas de las comunas son los dirigentes los que visitan a distintas agrupaciones y levantan los ejes de las necesidades y las propuestas. La duración de dos años del proceso es lo que permite involucrar un número amplio de participantes. Son los equipos de encargados los que consolidan las propuestas y convocan a elecciones. Este proceso puede llegar a involucrar desde 15 a 800 o 1000 personas, dependiendo de la comuna. Los proyectos priorizados son elaborados desde las comunas y enviados al Servicio para su consolidación final. Los equipos son conscientes de que es necesario ampliar las convocatorias y de que sus resultados, son incidentes para tomar decisiones en el Servicio, pero no en los establecimientos.

Valoraciones desde la Ciudadanía.

Este acápite recoge las percepciones y valoraciones desde los líderes de los Consejos de Desarrollo local y los representantes en el CIRA, que son las instancias más estables que realizan la interlocución con las comunas, establecimientos y el Servicio de Salud.

En general todos los dirigentes consideran que la reforma de salud, en su territorio, trajo cambios respecto de la apertura del SS para integrar la voz de los usuarios en los diversos establecimientos y en la representación ciudadana en los Consejos de Desarrollo (CD). Se percibe que el Servicio ha sido pionero en el desarrollo de procesos de participación a nivel nacional y que el compromiso del Director anterior al 2010 en la instalación de estos espacios tuvo el efecto de ampliar el interés por participar en la comunidad. Hace 10 años los Consejos de desarrollo eran dirigidos por profesionales y hoy, señalan, los representantes son mayoritariamente electos en las organizaciones de base, lo cual es fuente de legitimidad. Igualmente la instalación de los Consejos implicó una etapa de negociación sobre sus roles y las temáticas a abordar en su seno, tensionada por el tipo de materias que podían ser

opinables y las que no eran admisibles por los cuerpos directivos. Hoy han construido acuerdos básicos y sienten que han ampliado los marcos de confianza y discusión. A esa ampliación de los temas ha contribuido también la inclusión de comunidades no organizadas que participan de algunos de los mecanismos como diagnósticos y presupuestos participativos. Valorán también el funcionamiento regular mensual de los Consejos, aunque post terremoto, el funcionamiento de estos espacios se ha restringido.

Destaca en la percepción de los consejeros una apreciación amplia de las problemáticas que afectan el acceso a la salud, y una distinción de los aspectos que son de resolución local, los que competen al Servicio y los que trascienden al mismo y son materias ministeriales. Los problemas que observan son relativamente amplios y refieren al déficit de profesionales y especialidades en la red asistencial, las dificultades en el proceso de administración de la salud en las comunas, que se expresa en menores recursos, en ausencia de medicamentos, de coberturas de atención, trato, listas de espera y problemáticas de equidad. Tienen conocimientos sobre las poblaciones que se atienden en cada territorio, cuestionamientos sobre los criterios de vulnerabilidad de las comunas y la distribución de recursos entre ellas. La interacción con el Servicio de Salud y su participación en el CIRA ha contribuido a conformar una visión más amplia sobre la situación de la red asistencial.

Asocian los derechos en salud a la resolución de estas problemáticas, sin embargo ello no se constituye propiamente en una agenda de trabajo. Perciben más bien, que una relación de colaboración con el Servicio de Salud, un *“caminar de la mano, juntos, usuarios y profesionales”* podría redundar en resolver las brechas de equidad que afectan a los territorios. Ello los conduce a actuar con responsabilidad frente a los usuarios y a percibir que *“su labor hoy es clave para el Servicio por la contención de usuarios que ello significa”*.

Perciben que en los establecimientos sus roles son principalmente de colaboración en la solución de problemas o en el mejoramiento de recursos, de consulta y mediación de la información y la demanda entre el consultorio y la comunidad. Los asumen con propiedad desde el espacio de la vida cotidiana y los usan para transmitir necesidades y problemas concretos que se identifican en el diálogo y las interacciones, principalmente informales que mantienen con usuarios individuales y con comunidades organizadas. Son reconocidos en los centros por su disposición a colaborar y a allanar dificultades en la relación con los usuarios, y valoran la posibilidad de solucionar problemas

específicos y el acceso a información, así como a involucrarse en la colaboración de las tareas propias de los centros de salud o en la resolución de problemas concretos.

Valoran los Consejos por la participación de distintos estamentos de salud, usuarios (clubes de adultos mayores, uniones comunales de juntas de vecinos, club de huasos y clubes deportivos) y de otras instituciones como carabineros por ejemplo, y tener la posibilidad de formular peticiones y propuestas de los vecinos o dirigentes vecinales sobre situaciones problemáticas, así como el obtener en ellas respuesta inmediata o el procesamiento de las demandas en otros niveles. Valoran también las posibilidades de inclusión y decisión que generaron los presupuestos participativos del Servicio y con FONASA como un cambio respecto de los fondos concursables a los cuales pocos podían acceder. Igualmente, plantean las necesidades de mejorar los retrasos y dificultades de concreción de las propuestas hechas por los vecinos, aunque reconocen que se realizan esfuerzos por cumplir con los acuerdos y priorizaciones hechas por las personas.

Por otro lado, valoran también las OIRS, porque les permiten orientar a los usuarios sobre los flujos de los reclamos y donde acudir. Consideran importante la integración de consejeros a ellas para procesar sugerencias, reclamos y felicitaciones junto a los directivos y encargados, pero este procedimiento no existe en todos los centros de salud. Perciben que las OIRS han sido un dispositivo clave de reclamación, que ha contribuido a cambiar las relaciones con los funcionarios, restando arbitrariedades en la atención y mejorando el trato, además de resolver problemas de acceso a derechos y de trabajar también deberes ciudadanos: *“a los usuarios y los funcionarios, nos ha permitido mantener una pequeña alianza que en el balance ha sido un poco más positiva que negativa”*.

Perciben que el dialogo tanto en el CIRA, como con los establecimientos, ha contribuido a traer mejoras específicas y concretas en los territorios a los que pertenecen: atención de 24 horas, equipos de emergencia, disponibilidad de vehículos para paramédicos que atienden zonas alejadas, etc. Son propuestas que se van dialogando con directivos de salud, Alcaldes o con el propio Servicio de Salud. Se ha participado en proyectos, en los presupuestos participativos colaborando en llevar las consultas a postas rurales e integrando a las personas en las votaciones.

En el espacio, particularmente del CIRA, perciben que a pesar de votar, no participan realmente de la toma de decisiones, ya que actúan sobre marcos predefinidos que dejan un margen escaso de

decisión sobre temas específicos. Tampoco logran construir propuestas porque no existe un flujo de información que les permita tratar una agenda en forma previa en sus propios espacios de reunión, a diferencia de los otros integrantes que reciben la agenda con 15 días de anticipación. Además, la asimetría de conocimientos, sobre todo cuando eran menos consejeros ha dificultado su voz e incidencia. En este sentido, aun cuando saben que su voz tiene un peso menor, valoran los avances, sobre todo la resolución de contar con una cuota de 11 consejeros consolidada formalmente hace un año atrás.

Las relaciones de los Consejos con los profesionales y directivos son más bien cercanas, de tipo familiar, propias de los medios más rurales. Los consejeros señalan que los usuarios valoran la participación en la medida en que ésta de respuestas a necesidades concretas: *“a la gente otorgándole algo, o cuando se nos otorga algo, en realidad tenemos mayor interés, eso es un deporte nacional, o sea teniendo ciertos intereses que nos favorezcan en realidad vamos a participar”*.

El éxito que esta participación tenga depende también, según su percepción y dados los roles asumidos, de la capacidad de transferir información desde las organizaciones, para lo cual enfrentan limitaciones de recursos, a los cuales pocos han tenido acceso, ya que los municipios asignan subvenciones principalmente a las juntas de vecinos y no a otro tipo de organizaciones. Ello los obliga a autofinanciar mediante cuotas, sus actividades y eso limita la integración de más personas.

La coyuntura post –terremoto y el cambio de autoridades, genera una cierta incertidumbre y un riesgo respecto de la continuidad de los procesos y también del cumplimiento de los compromisos contraídos en forma previa con las propuestas comunitarias. La prioridad la sitúan en la continuidad de los espacios de interacción directa, ya que sienten la amenaza de que estos puedan ser reducidos al uso de sistemas informáticos y a la participación individual en las prácticas de reclamación. Respecto de ello, habría que observar, como influyen las nuevas formulaciones de los compromisos de gestión en la retracción de los establecimientos, particularmente los que cuentan con restricciones técnicas y presupuestarias para impulsar la participación y que tienen altos niveles de desgaste en su implementación. También, será necesario observar cuan conquistados están los espacios de participación en el CIRA y como se expresa ello, en la nueva realidad, en el marco de los bajos niveles de autonomía y de representación construidos por el activo social involucrado.

Algunas reflexiones conclusivas

A modo conclusivo se puede señalar que este Servicio ha impulsado durante una década un proceso de apertura de espacios de participación, asignándole una importancia estratégica a su desarrollo. Ello ha descansado en la voluntad política de sus directivos, basada en nociones de corresponsabilización de la gestión de salud con la ciudadanía, democratización de las decisiones y en la ampliación de los derechos de los usuarios. Estas nociones se tradujeron en una innovación, incorporación y ampliación de la agenda de participación ciudadana de salud, en la construcción a nivel del Servicio de soportes institucionales solventes capaces de planificar y llevar adelante la política y obtener resultados en su instalación en los establecimientos.

Sus logros refieren a la instalación de estrategias de participación y de planificación que aplican un enfoque territorial, de instancias de participación sistemáticas como los Consejos de Desarrollo y su integración al CIRA además de un conjunto de dispositivos mas puntuales pero inclusivos y deliberativos que han permitido capturar la voz y necesidades de los no organizados, recoger problemas y propuestas, resolver problemas de acceso a la atención y democratizar las decisiones de infraestructura, así como sistematizar las necesidades y demandas de usuarios de diversos centros de salud, procesarlas y dar cuenta, no sin dificultades de los compromisos establecidos.

También como logro se constata que cuentan con un activo ciudadano pequeño pero que ha sido involucrado bajo enfoques promocionales en los procesos de diagnóstico, planificación, ejecución y seguimiento de las decisiones de salud. Este se articula funcionalmente a los establecimientos y desarrolla una capacidad propositiva pero sin independencia de agenda, aunque ha adquirido una conciencia más amplia de las problemáticas de gestión que afectan la salud y los derechos en el territorio.

Sin embargo, destacan cuatro aspectos críticos que limitan la consistencia de los espacios abiertos con la construcción de ciudadanía y espacios públicos y su relación con el enfoque de derechos:

- Las nociones que inspiran la voluntad política de apertura de los espacios públicos tiene un débil correlato en las instituciones el territorio. Más bien la propuesta del Servicio de Salud tiene un relativo aislamiento, no tiene hegemonía en los otros estamentos de salud o de gestión comunal, lo que redundo en que si bien se va ganando en sensibilidad, legitimidad e

implementación de la participación a partir del aprovechamiento de su integración en los instrumentos de gestión, se vaya minimizando su importancia hasta llegar a una participación instrumental y esencialmente colaborativa.

- En ello incide de manera nítida un contexto poco favorable. La alta dispersión comunal, la vulnerabilidad, la ruralidad, el deterioro que perciben en las comunidades, unido a las relaciones clientelares que construyen otros estamentos que inviabilizan la generación de espacios públicos a pesar de los esfuerzos por abrir la participación.
- Si bien se instalan dispositivos en los establecimientos de salud para la gestión de la participación, estos tienen restricciones estratégicas y presupuestarias que limitan sus resultados y alcances hacia la comunidad y hacia las instituciones. Allí se maneja la oferta que viene del Servicio, mediada por cierto nivel de adaptación a las condiciones restrictivas de su aplicación. Ello tensiona a una red de encargados de participación más convencidos, pero tensionados y desgastados por la sobrecarga de tareas y las resistencias funcionarias.
- En los territorios, la densidad asociativa parece ser insuficiente y marcada por la demanda de servicios, lo cual es propio de una baja autonomía de las organizaciones.
- Estos procesos, además han sido afectados por la coyuntura post-terremoto y los cambios de autoridades. Se han creado niveles de incertidumbre respecto de su continuidad y las formas que ellas adopten. Lo cual se verifica en el cambio de eje de la propia política de participación y en la fragilidad de procesos asociados más exclusivamente a la voluntad directiva.

El caso del Servicio de Salud Talcahuano

Al igual que en el SS Ñuble, en Talcahuano durante la década también se impulsa una gestión participativa basada en los derechos y apoyada en la voluntad política y en los sentidos que le otorga la Dirección del Servicio de Salud. La noción que prima allí, refiere a la necesidad de vincular los derechos a la articulación de espacios colectivos de incidencia en los mismos. Desde allí se levanta una visión crítica respecto de lo que la reforma consagró en materia de derechos. Su percepción es que si bien ésta priorizó derechos individuales, dejó de lado las instancias colectivas y colegiadas dentro del sistema y espacios públicos ciudadanos que podrían haber tenido una mayor injerencia e incidencia en su ampliación: por ejemplo, un CIRA con atribuciones y participación ciudadana,

direcciones colegiadas al interior de los Servicios, un Comité AUGÉ en relación con asociaciones de usuarios, un FONASA donde pudiera existir derecho de voz y voto de comités mixtos, etc. Es decir, espacios que pudieran haber involucrado a los distintos actores del sistema en el tema de los derechos y desde lógicas más colectivas, que individuales que es donde se pusieron los estímulos.

La noción se acerca a la de gobernanza democrática para un enfoque de derechos. Al respecto el director del período 2000-2009 señala: *“hay una primera decisión que es política, de gobernanza, de cómo yo gobierno. Yo tomé esa decisión de gobernar participativamente, de que las decisiones las vamos a tomar en conjunto y ¿en que conjunto? en el conjunto de lo que constituye la red asistencial, incluidos los ciudadanos”*.

Es en esta visión en la que se apoya una política que busca implantar espacios amplios constituidos de actores diversos, públicos que integren a los actores institucionales y a la comunidad y espacios deliberativos e incidente en decisiones, no sólo en el servicio o los establecimientos, sino en una “verdadera” red de gestión de la salud.

Alrededor de esta visión y en servicio a ella, desde el Servicio, se instalan soportes institucionales que vayan actuando en su implementación.

Respecto de los mecanismos se reconocen en el servicio dos hitos relevantes. Uno es la construcción del CIRA, que tiene raíces previas a la reforma (2003) cuando se conforma una red con los directores de hospitales, de la salud municipal y con representantes de la comunidad. A esa red se le asignó ya en ese período, un carácter ejecutivo y atribuciones decisorias, reglamentando el derecho a voz, voto y la toma de decisiones por consenso. Ello permitió su integración funcional, generar relaciones de confianza y adscribir a directivos y a la comunidad. En el 2008, además se integran representaciones de los gremios. Cada tres meses además, se implementa un CIRA ampliado al que asisten los directores de cada uno de los CESFAM. Este espacio se orienta a decidir la priorización de inversiones, proceso para el cual se definieron mecanismos específicos.

El trabajo con la comunidad es parte en este Servicio, de un proceso más amplio de articulación. Este se inicia a comienzos del 2000, partir de una invitación del Servicio de Salud a instancias locales para realizar un trabajo conjunto. No existía el Consejo del Servicio, sino dirigentes de Consejos de hospitales y de consultorios, con los cuales se comienza a tejer un trabajo en red. De allí surge la propuesta de definir un representante por comuna y constituir un comité de trabajo con el director.

La reforma viene a validar estas instancias transformándolas en un Consejo, el que abordo diferentes acciones para ampliar el proceso en el territorio, el conocimiento entre los líderes y su formación.

Ello significó ir descubriendo otro tipo de espacios que podían ser impulsados para ampliar la participación. Una investigación hecha por el Servicio de Salud, que formula una radiografía social de la participación muestra que esta tenía cierto encierro en un activo muy pequeño de líderes que tenían relaciones de amistad. Ello, junto al intercambio con otras experiencias innovadoras, motiva la integración del presupuesto participativo el 2004, concebido principalmente para incluir a otros, lo cual podría contribuir a recoger la demanda de poblaciones más amplias y a un mayor empoderamiento ciudadano.

En esa misma investigación se descubren nueve nudos críticos que no permitían avanzar y que involucraban: las debilidades en la gestión de las instancias, de los soportes institucionales del Servicio y de las encargadas de participación; las cualidades y déficit de la dirigencia social; la resistencia de las autoridades locales y del personal técnico. Respecto de ello se plantea un plan destinado a la disolución de los nudos. A partir de allí surge un comité de gestión de la participación en el Servicio, que integra al Director, representantes de la comunidad y del área técnica, las que en este caso está constituida por la unidad de participación, satisfacción usuaria y comunicaciones, que luego es legitimada desde el ministerio.

Este Comité, juega roles rectores, reguladores, de planificación y gestión política de las definiciones adoptadas por el Servicio en relación a los procesos participativos. Desde este espacio surge la escuela de líderes que busca instalar competencias para la participación dialogando sobre nociones y conceptos de ciudadanía, derechos y sobre aspectos instrumentales y metodológicos de relación y organización de las comunidades locales, (cómo dirigir una reunión, tomar un acta, llegar a acuerdo). Se trabaja también espacios de capacitación conjunta entre funcionarios y usuarios.

En estos espacios, motivados por un compromiso de gestión, se integra como contenidos los que refieren a la reforma de salud, que incluye a las GES o los derechos ciudadanos que esta consagra y la promoción de la salud, la que es concebida por el comité técnico como más propia del quehacer local. Esta escuela se realiza primero desde el Servicio en dos versiones con la participación de alrededor de 80 dirigentes de las cuatro comunas que constituyen el territorio y luego se va replicando en las comunas integrando cerca de 30 líderes comunitarios. Este tipo de capacitación se

instala en forma permanente y se realiza de forma sistemática principalmente en la comuna de Talcahuano. A ello se van sumando los dispositivos señalados en el acápite anterior.

Valoración y percepciones del personal directivo y profesional sobre los espacios de participación.

Los encargados de participación que constituyen la red, valoran la proactividad de la dirección del Servicio de Salud y de los directivos que acompañaron su gestión en hospitales, municipios y CESFAM. En el proceso se constituyó un núcleo importante que otorgo importancia estratégica a la participación ciudadana para ajustar la gestión a las necesidades de los usuarios. Un núcleo más pequeño la relacionó con las dificultades de acceso, las inequidades y su importancia para levantar una agenda de derechos: *“la construcción del diálogo con la ciudadanía es vital. Nosotros ya lo hemos visto, si nosotros no nos movilizamos, nosotros no podemos obtener nada, entonces nosotros nos podemos quejar mucho en los pasillos, en la familia, en los barrios, pero si no hacemos nada por el cambio vamos a seguir teniendo inequidad, vamos a seguir teniendo la falencia en relación a exigir nuestro derecho, entonces tenemos que empezar primero por nosotros y después traspasarlos también a la gente con la que nosotros trabajamos”*.

Entre las estrategias se impulsa activamente, la difusión, capacitación a funcionarios y usuarios para la abogacía por los derechos. Igualmente dentro de ellas está la ampliación de redes, hacia los estamentos locales y hacia otros agentes e instituciones del territorio o que actúan en el. Buscan integrar a la SEREMI de salud, de Gobierno, DIDECOs, y otros actores. Los resultados son disímiles y parciales, pero las acciones adquieren legitimidad. En este sentido la noción de gobernanza democrática esta internalizada en la práctica de la red encargada de participación en el territorio.

En general, la evaluación es que la proactividad del Servicio y de la red de encargadas es mayor a la demanda de participación que tiene la ciudadanía. La trayectoria de 10 años de trabajo conjunto les indica que: *“ los espacios en el ministerio pueden cambiar de nombre, pueden cambiar de conceptos, ser redes de promoción, estrategias SILO, Vida Chile, Consejo de Desarrollo. Pero para nosotros constituyen espacios donde la comunidad participa e incide, y ello requiere un programa por establecimiento, un programa comunal y un programa del territorio que se articula. También su contenido es generar diagnósticos de necesidades, abordar las brechas entre lo que ellos quieren y las políticas de salud posibilitan, ya sea desde la política de salud, la reforma, el auge”*.

En cuanto a los soportes institucionales, el territorio en forma previa a la reforma contaba con una red de encargados de promoción de la salud, que se refuerza a comienzos del 2000 cuando el SS se adelanta a la sanción legal de la reforma para constituir el “CIRA” del territorio. El espacio da cuenta de tres características destacadas en las entrevistas: a) permite la programación anual y elaborar planes de trabajo conjunto; b) se transforma en un espacio de formación para el desarrollo de la ciudadanía materia en la cual son altamente proactivas, incluyendo en cada sesión espacios de formación con invitados del mundo académico (el programa de Gestión Pública y Ciudadanía de la Universidad del Bío-Bío) el que desarrolla un plan modular rotativo de formación que es financiado con recursos institucionales. El módulo básico sobre participación ha rotado en el conjunto de la red. A ello se suman iniciativas específicas de acercamiento a la participación hacia otros funcionarios del territorio.

A juicio de los entrevistados, eso permite un salto en la validación de la participación en los funcionarios de los establecimientos. La proactividad de los equipos, determina también que los pilotos de la agenda de participación ministerial, se prueben en el territorio.

A juicio de algunos de los encargados de participación, ha existido una preocupación por promover una conciencia de derechos en la población. Desde la noción de que la equidad es un tema pendiente y que existen diversas brechas de acceso y dificultades en la red que permitan que los derechos garantizados se cumplan, lo cual se expresa en la presencia de grandes listas de espera, se desarrollan el 2006 y 2007 iniciativas que apuntan a formar, y difundir los derechos en salud, de modo de favorecer su ejercicio. Para ello, se formuló un proyecto de capacitación de monitores GES en el territorio, que se ejecutó con 100 dirigentes sociales, comunitarios y de los centros de salud. En estos monitores se instalaron capacidades relacionadas con el manejo del régimen de garantía de salud, las patologías cubiertas en el momento, el tipo de derechos de los usuarios, como hacer uso de ellos, y como y donde podrían orientar a la población de sus entornos. Esta es relevada como una experiencia que buscó ser inclusiva, orientada principalmente hacia poblaciones que no acceden a la información por otros medios (Internet o por medio de campañas que son insuficientes y breves). Como resultados destacan que existen numerosas barreras para la generación de una conciencia de derechos y que estas son experiencias necesarias que requieren continuidad. Aun reconocen, *“nosotras mismas en la red no manejamos las GES y sus procedimientos”*. Esta formación fue luego implementada por FONASA en la región del Bío-Bío.

En todo caso, hay una reflexión en los equipos sobre las inequidades y las brechas territoriales y de género, las cuales sienten que responden principalmente a inequidades de país. En cuanto al territorio, si bien en la planificación las brechas están identificadas, los equipos de encargados de participación comparten una percepción sobre la inviabilidad de resolución. En este sentido, para ellos, la mayor conciencia de derechos que ganan las personas es un aporte a la equidad. Los ciudadanos han planteado temas de agenda como la lista de espera, la prioridad de ciertos tipos de cáncer que afectan a la población. Aun cuando evalúan que respecto de los deberes no existe la misma conciencia.

Igualmente consideran que la complejidad de la información es alta e inaccesible incluso para ellas como funcionarias: *“nosotras somos asistentes sociales de centros de atención primaria y todavía no nos manejamos en todas las patologías GES, en los medicamentos diferenciados; es más complicado aún en los hospitales, cuando se integran los tiempos de espera, la parte de la cirugía, lo que tiene que ver con pabellones, lo que tiene que ver con cosas mucho más caras”*.

Se percibe que en general hay incidencia ciudadana en los diferentes espacios. Destacan el presupuesto participativo que ha incidido en proyectos y políticas locales: el vaso de leche en las mañanas para las personas que concurren en ayunas a la toma de exámenes; programas de prevención de cáncer de estómago, el que tiene el merito de involucrar a profesionales médicos de especialidades en su desarrollo e incrementar sus nexos mejorando la visión sobre las comunidades y la participación; incorporar la mirada de la comunidad en la configuración de la infraestructura entre otros proyectos, los cuales son ejecutados respetando las decisiones que se expresan en estos casos, por medio de votaciones amplias. Ello de pronto genera tensiones con alcaldes que no colaboran en movilizar a las comunidades en este tipo de procesos

La percepción sobre los ciudadanos es diferenciada por condición social y por comuna. Las redes estables de dialogo con el servicio son pequeñas y densas. Reconocen sectores pobres donde hay alta pro-actividad, inclusión y participación que tienen identidad y conocen el valor de la organización para obtener beneficios y otros, de otros estamentos sociales, donde hay más apatía, más cerrados y menos participativos.

El consejo de participación, está constituido por organizaciones de usuarios de la salud pública y sus liderazgos tienen una baja rotación. Y en ese proceso variable, existen líderes desgastados e

inamovibles y otros emergentes muy proactivos, que tienen mayor protagonismo en determinadas comunas. En Tomé por ejemplo, la ciudadanía es altamente proactiva. Sin embargo, respecto de la representatividad y la pro-actividad ciudadana, enfrentan restricciones. Los grupos u organizaciones están conformados principalmente por adultos mayores que tienen un interés primordial en la sociabilidad y en la colaboración con los centros de atención y el hospital local. En Talcahuano, los diálogos son con las organizaciones establecidas, como juntas de vecinos, uniones comunales, que pasan por períodos en los cuales se interesan por participar activamente y otros no.

Ahora desde una percepción aún más general, la activación de la ciudadanía para participar se ve decreciente: *“Participan los que tienen tiempo, los que les gusta, o tienen intereses políticos: adultos mayores que han tenido experiencia en participación, mujeres dueñas de casa, cesantes y algunos dirigentes políticos”*. Destaca la ausencia de población más joven, lo que implica tener conciencia de la necesidad de renovación y de armar acciones que los integren, las cuales no han sido aún efectuadas.

Además, expresan una crítica a dirigentes pasivos, que participan de instancias como el CIRA y que conciben la participación más exclusivamente como opinar en los espacios abiertos, *“pero que no tienen otro aporte real y de co-responsabilidad cotidiana de fortalecer los activos ciudadanos, la crítica al sector, abrir la agenda y el quehacer”*. Ello, según su percepción está relacionado con el temor de perder los espacios ganados. También perciben de que a pesar de las fortalezas de la red asistencial, en cuanto a la participación, existen compartimentos estancos entre municipios y el sector salud, aunque hay momentos de articulación, por ejemplo en la ejecución de los presupuestos participativos.

En general se comparte una evaluación que da cuenta del crecimiento de los que participan y ejercen liderazgo, tanto en cantidad como en calidad de sus planteamientos, lo que ha significado también un crecimiento del equipo: *“antes, los equipos de salud veíamos como la comunidad tenía que ser muy servicial a nosotros, a nuestra pega, que nos ayudarán a nuestra pega, entonces en la medida que hemos ido conociendo y creciendo con ellos, también ya no están solo viniendo a ayudar a hacer la pega y ser servicial, sino que estamos trabajando en conjunto”*. En este sentido, se revela un proceso acumulativo pero lento, que apunta a la publicación de la participación pero inserta en espacios más amplios de articulación de los actores relacionados con salud en el territorio. La agenda de derechos ha sido encabezada por el propio director del servicio.

Entre los aspectos críticos se observa la necesidad de trabajar con los no organizados de manera continua y no solo en eventos, pero carecen de instrumentos, metodologías y recursos. Otro aspecto, profusamente mencionado, son las resistencias funcionarias, a participar de los Consejos abiertos y el recelo de la incidencia de los usuarios en decisiones. La política de construcción de la carta de derechos y de buen trato ha ayudado a construir iniciativas respecto de ello en determinadas comunas y establecimientos. Pero es aún insuficiente. La base de resistencia sería la percepción de que, si bien se promueven los derechos de los usuarios, no existe en el sector un reconocimiento de los derechos laborales, lo que los orienta a una relación menos colaborativa y más reivindicativa.

En cuanto al balance y sus proyecciones, los funcionarios de la red consideran los avances como importantes y sustantivos, sobre todo en la generación de espacios donde se escucha, dialoga, se acuerda y se tejen relaciones de confianza con los usuarios. Sin embargo expresan temor respecto de la continuidad de cara al cambio de autoridades. Por el momento existe un compás de espera, lo que también da cuenta de la importancia que adquiere la voluntad política como factor clave. En la actualidad y hasta que no haya definiciones claras, *“ha sido un período de “stand by” para usuarios y funcionarios”*. El diálogo con los usuarios para retomar instancias y políticas de participación, al momento de la entrevistas (primer semestre del 2010) estaba basado en *“no hay nada todavía, es así, no sabemos nada, no sabemos qué va a pasar, tenemos nuevo director, no sabemos qué va a decir el director sobre presupuestos participativos que es lo más emblemático que hemos tenido, entonces igual asusta que nos maten la participación”*

Los encargados señalan que es necesario reiniciar un ciclo: *“tuvimos la oportunidad y la suerte de siempre tener el mismo equipo directivo, una continuidad, ahora es como empezar de nuevo, ellos tienen que nuevamente conocer al director, generar las confianzas,lo que no es menor... , y tambiénentregar propuestas, y obviamente aceptar sus propuestas y también sus críticas a nuestro que hacer”* .

Se percibe hoy, que el tema de la participación se retrotraerá a los lineamientos ministeriales y a que cada Director haga lo que quiera en su establecimiento y que serán las OIRS, a través de una instancia formal y monitorizada la que tendrá preponderancia, pero también que ese cambio no será difícil. Sin embargo, la nueva dirección establecida el 2010, sin estar aún muy interiorizada de la experiencia al momento de la entrevista (acababa de asumir) valora las instancias de participación

abiertas, en particular el presupuesto participativo, principalmente por su capacidad inclusiva y de discriminar respecto del uso de recursos escasos.

Valoración Ciudadana

Las valoraciones de los líderes no difieren mucho de las expresadas por los encargados de participación y directivos. Respecto de los derechos que consagra la reforma, si bien no son desconocidos, les resultan engorrosos y difíciles de aprehender en su complejidad, pese a los procesos de capacitación. Si bien valoran la reforma, como un avance respecto de la situación de acceso a la atención existente en forma previa, consideran que esta es insuficiente e incapaz de integrar el conjunto de necesidades de la población. El AUGE, no llega a todas las personas que debiera llegar. Igualmente conocen de manera general, del déficit de la red en materia de especialidades médicas y de recursos y sus efectos en el estancamiento de los derechos.

Su definición de derechos, si bien varía levemente entre los dirigentes, refiere a una sociedad *“donde las personas tienen algunas garantías individuales, familiares y comunitarias, las cuales hay que conocer, trabajarlas y exigir las”*. El deber esta visto desde la perspectiva de la provisión de los servicios que a ellas se asocian y no desde la co-responsabilidad.

Por otra parte, valoran de modo favorable la participación ciudadana que se ha implementado en el Servicio de Salud por el reconocimiento del derecho a expresar opiniones y plantear necesidades. Observan también el riesgo actual de que estos espacios se cierren, particularmente por que ven a sus comunidades pasivas y poco interesadas en lo que ocurra con la salud. *“Los programas no llegan a todas partes, el sistema público, a pesar de que ha mejorado, tiene grandes déficits y los cambios de políticas se hacen, la mayor parte de las veces sin que la comunidad se dé cuenta”*

Los Consejeros valoran principalmente las mesas de trabajo en los territorios con el SS, integradas en el presupuesto participativo, como un mecanismo de diálogo directo relevante para ellos y para las distintas organizaciones. Ello porque, sitúa a un interlocutor con más poder, se resuelve una cierta falta de credibilidad de la comunidad en sus pares, los consejeros, y además, porque permiten tomar decisiones en terreno, sobre problemas concretos.

Si bien consideran que los Consejos juegan un rol y ocupan espacios, están conscientes de que de ellos se restan los gremios de trabajadores de la salud, con los cuales no logran constituir, principalmente en los hospitales, espacios de legitimidad, a pesar de que sienten que influyen en condiciones de desarrollo de la salud y de los establecimientos. Las relaciones no son “recíprocas” e incluso más, se generan disputas y tensiones por la prioridad asignada a la participación de usuarios y la no consideración de las demandas gremiales, aspecto que cruza a todo el sector.

Respecto de las organizaciones y de su representatividad, son conscientes de que constituyen un activo dirigenal pequeño, que asume roles de liderazgo en diversas organizaciones y de que hay poco recambio, se sienten representativos porque son electos por comunidades donde hay múltiples organizaciones pequeñas y fragmentadas, que les otorgan representación. En este sentido perciben a las comunidades poco interesadas y poco pro-activas en los temas de salud. Valoran también la red de Consejos y de Comités Vida Chile que agrupa a las cuatro comunas de la jurisdicción porque ha abierto una red que funciona sistemáticamente, y se hace visible en las comunas, lo cual incrementa la legitimidad de la dirigencia en estos espacios.

La discusión que han desarrollado con el Servicio ha sido amplia y transparente. Se ha centrado en las políticas públicas de salud, del Servicio y del territorio. Les ha permitido interiorizarse del presupuesto, de los avances, del tipo de patologías que afectan a la población, la infraestructura, las campañas y sus resultados, las relaciones con el mundo privado y sus tendencias. Es decir, de aspectos generales, políticos y técnicos. Valoran también su participación en el CIRA, porque les permite tener una visión no sólo de las problemáticas de la salud, sino también de las proyecciones de la salud hacia el futuro. Ello implica un proceso complejo y largo para ir comprendiendo el lenguaje y las problemáticas. A la par el Consejo del Servicio abre el espacio para dialogar sobre la situación de las personas en los territorios y en los establecimientos y proponer mejoras en la atención y en el acceso. Esta apertura, ha cambiado la dinámica entre usuarios y sistema. Esta se ha transformado desde “*el reclamo, llanto y pataleo*” hacia una dinámica propositiva que genera una mayor satisfacción. Sin embargo, no es esta agenda la que determina las relaciones con los establecimientos. Allí prima la dinámica colaborativa y la instrumentalización. Para ellos “*somos una meta*”

Algunos elementos conclusivos.

En este Servicio se impulsa una política de participación amplia que se inscribe en el enfoque de gobernanza democrática. Ello implica la generación de espacios de concertación deliberantes e incidentes que involucran a directivos de conjunto de la red asistencial y a los ciudadanos tras la idea de compartir un rol de corresponsabilidad en la gestión de salud. En consistencia con ello, el Servicio desarrolla una oferta participativa innovadora, que se despliega consistentemente y logra influenciar la agenda de participación ministerial.

El rasgo predominante de vinculación con la comunidad impulsado por la dirección del Servicio es cooperativo y horizontal, es decir, junto a los procesos de corresponsabilización, impulsa la autonomía, la actoría social y el empoderamiento de las organizaciones y líderes disponibles y genera condiciones para que estas determinen sus propias estrategias de acción estableciendo un diálogo de iguales y destinando recursos para su fortalecimiento.

Si bien se busca a la vez ampliar la inclusión, mediante mecanismos como los presupuestos participativos, en la práctica ello no redundará en renovación de liderazgos. Aunque los líderes que componen el activo ciudadano en salud, ganan en propositividad, existe una relativa debilidad del capital ciudadano en el territorio, en el sentido de que si bien el número de organizaciones parece ser alto y diverso, estas son fragmentarias y parece predominar una noción de participación que privilegia la sociabilidad o la funcionalidad de la participación.

El Servicio se preocupó de desarrollar espacios múltiples para un diálogo colectivo sobre salud y necesidades. Construyó para ello soportes institucionales asignando recursos a la formación de recursos humanos de toda la red asistencial y también de los líderes. A pesar de lo anterior, la agenda de derechos encuentra restricciones asociadas a la comprensión de las dificultades y nudos críticos que enfrenta el territorio en relación a problemas más generales de la gestión de salud y a una profunda conciencia y desconfianza, que por otro lado es real, de que estos factores puedan ser alterados “desde abajo”. Es decir, es una agenda de derechos que tiene “techo” en los espacios locales.

El contexto, si bien favorece una mayor aproximación a la publicación de la participación, en el sentido de ser un territorio más pequeño, principalmente urbano, con mayor trayectoria participativa y densidad de las organizaciones, no deriva en su transformación sino en espacios acotados. Pesa en ello, nuevamente el relativo aislamiento de la visión política de gobernanza y de la voluntad política

de las instituciones locales, así como el déficit del capital ciudadano, que opera con un perfil más exclusivamente colaborativo a lo largo de la red.

X. EL SENTIDO QUE LOS DIRECTIVOS OTORGAN A LA PARTICIPACION

Este acápite busca aportar a una comprensión mayor de los sentidos que los cuerpos directivos, de los Servicios de la muestra otorgan a la participación y a las relaciones con los ciudadanos y como ello influye en la disposición de una administración activa en pro de su despliegue. Ambos aspectos han sido tratados en el acápite anterior para los Servicios de Salud Ñuble y Talcahuano, los que mostraban una mayor amplitud de espacios de participación incidente y deliberante. Sin embargo en este acápite haremos nuevamente el recorrido, atendiendo fundamentalmente a la expresión de sentidos de los directores.

La lógica de sentido de los directivos de los SS puede ser ordenada en tres tipos de perspectivas, que se subdividen internamente por los matices que se expresan en los planteamientos.

La democracia, los derechos y la ciudadanía

Esta perspectiva de sentidos, se encuentra en tres de los cinco directores aunque con matices importantes respecto de su capacidad de movilizar las estructuras organizacionales para su desarrollo. En esta perspectiva si bien se valora la garantización de derechos que instala la reforma sanitaria, esta es vista, al menos en dos directores, con un conjunto de insuficiencias que no permiten realmente el logro de la equidad en salud. En ello inciden tanto los dilemas de las redes asistenciales de los territorios que muestran variadas insuficiencias, de recursos médicos, financiamiento, como la excesiva centralidad en la toma de decisiones o las dificultades de los instrumentos de gestión, cómo cuestiones más de fondo que normaron los cuerpos legales, los que desconocieron la relevancia de enfatizar las instancias colectivas para abordar los complejos problemas de la salud pública en los territorios, dejando que cada establecimiento se “*rascara con las propias uñas*”.

Esta situación, para estos directores, supone un abordaje desde actores preocupados y motivados por incidir en la equidad y en la mejor calidad de salud en los territorios concretos. Ello se asocia fuertemente a la articulación de redes, las asistenciales y ciudadanas, crear interfaces entre ellas, promoviendo un dialogo abierto y transparente. Esta visión, expresada por los Directores de los SS

Ñuble y Talcahuano, muestra consistencia con un conjunto de medidas político administrativas en pro de la participación y de su transformación en un espacio público local, aunque con distintas estrategias y situada en diversos contextos que limitan sus resultados.

En Talcahuano, prima el enfoque de gobernanza territorial, el que se traduce en el fortalecimiento de los CIRA principalmente y medidas para favorecer el desarrollo ciudadano y de sus líderes. La unidad de participación y la red de encargados como dispositivo institucional, el Consejo técnico para la participación, las escuelas de líderes y la formación en derechos, el impulso a la autonomía de las organizaciones, son parte de una propuesta que apunta a fortalecer principalmente el capital ciudadano. Este se integra como uno más, a la red del conjunto de actores que conforman el CIRA del territorio, eje fundamental del levantamiento de propuestas al nivel central. La lógica es esencialmente política, y de incidencia en la transformación de la reforma hacia una política de actores colectivos capaces de ampliar los derechos. Aquí se preserva lo público en términos de apertura y accesibilidad, lo público en tanto tratar de hacer de la política de salud una cuestión común, lo público en tanto espacios de interacción cara a cara donde se desarrollan procesos deliberativos que buscan consensos razonados.

Los resultados producidos son frágiles en ciertos aspectos, sobre todo los relacionados con el diseño institucional, los arreglos, que escapan a las normativas y que por lo tanto pueden ser revertidos si no están encarnados en los actores institucionales. Lo realizado con la ciudadanía, deja instalada capacidades, pero en un contexto de debilidad del activo participante y de su limitada representatividad.

La segunda lógica en este grupo, es la representada por el Director del Servicio de Salud Ñuble. Si bien este actor comparte el diagnóstico inicial sobre la reforma, y desde el servicio se desarrolla una intensa labor de redes institucionales de salud para gestionar las GES, hay un acento puesto en democratizar las relaciones entre servicios y usuarios en el propio territorio, fortaleciendo la responsabilización de los agentes de salud en el cumplimiento de los derechos. Paralelamente esta se expresa en la búsqueda de acuerdos con comunidades más amplias y dentro del CIRA para atender a déficits y necesidades, en el marco de las posibilidades reales, que plantean las comunidades. Se podría hablar aquí de una perspectiva democratizadora de la gestión y de su contracara en la

responsabilización con ella. Lo público está aquí planteado en la rendición de cuentas sustantiva, en la promoción de la salud y los derechos como un asunto común y en los procesos de democratización de las decisiones en el espacio posible de asumir. Esta perspectiva queda sin embargo afectada por las limitaciones del contexto en que se desarrollan los procesos: alta ruralidad, dispersión geográfica, restricciones político-presupuestarias en los establecimientos y municipalidades para una gestión pro-participación, resistencias funcionarias y la baja autonomía de los Consejos.

Una tercera perspectiva que puede ser incorporada en esta categoría, es declarativa respecto de la necesidad de impulsar la participación como medio para fortalecer la democracia en el país y la valoración que la participación ciudadana podría jugar en estos procesos. Sin embargo, esta no se traduce en estrategias consistentes y las prácticas parecen acercarse al ritualismo de los eventos de participación, congresos, nominación de representantes a las diversas instancias sin preocuparse efectivamente de su desarrollo, representatividad o autonomía. No se observa que las acciones redunden en la acumulación de contrapartes ciudadanas. En esta perspectiva, prima una suerte de desencanto del activo que participa, por su baja formación, capacidad de incidencia y las prácticas clientelares que tienden a predominar. En este sentido los usuarios, son considerados públicos débiles del sistema, *“no estarían preparados, para utilizar la oferta puesta a disposición en los niveles intermedios como el Servicio de Salud, donde el diálogo exige otras capacidades y formación”*. Además, se releva en este caso, *“el deterioro cada vez mayor de la ciudadanía en las zonas pobres”* que se vincula prioritariamente con los establecimientos de salud pública.

Dos perspectivas adicionales son divergentes de lo planteado anteriormente, una definitivamente tecnocrática de tipo liberal clásica y otra que más bien sitúa la participación en un esquema de tipo funcional o sistémica.

La perspectiva tecnocrática y la lógica sistémica

La visión tecnocrática en esencia, concibe jerárquicamente los roles directivos en el Estado, no asigna roles a la participación ni la considera como un componente necesario de la gestión pública para la toma de decisiones. Más bien, su incorporación lentifica decisiones, el quehacer y la productividad. En esta lógica, las soluciones a los problemas de la reforma son eminentemente

técnicas y deben ser generadas por los Servicios de Salud y profesionales que tienen la formación adecuada. Las políticas de participación, las unidades, los dispositivos institucionales que otorgan soporte a los procesos participativos, son vistas como imposiciones externas, al igual que las obligaciones que crean las metas sanitarias o los compromisos de gestión. Los espacios abiertos obedecen a una adscripción meramente instrumental a ellos, generando actividades que dejan de hacerse cuando estas dejan de estar asociados a ordenes imperativas, estímulos o beneficios. Una mínima apertura a la percepción de algún tipo de beneficio asociado a la participación, podría ser, desde esta óptica la de ayudar a mejorar los diagnósticos. Pero ello no requiere ni de instancias ni de complejos sistemas de integración de los usuarios, sino pueden ser hechos de diversas formas que no impliquen desgaste ni tantos recursos. Aquí además se privilegia la acción vertical, es decir, no se da cabida a espacios horizontales con otros actores. Incluso, la acción del CIRA, sin atribuciones ni recursos para poner en práctica recomendaciones que de allí surgen, es vista como un problema.

Una segunda perspectiva, es aquella que asigna una importancia funcional a la participación en la gestión de salud. Esta es parte del sistema y en ella se privilegia una comunicación que redunde en que la oferta del servicio sea más pertinente a la demanda y a las necesidades concretas de las personas. Ello supone prestar atención a la voz de los usuarios y abrir espacios para que estos se expresen, ya sea colectiva o individualmente. Los Servicios deben realizar un esfuerzo para que ello sea posible y en este sentido se valoran las unidades de participación, las oficinas de información y reclamos, y los espacios con los Consejos de usuarios. La oferta que se construye para la escucha es dependiente de la oferta externa, en este caso la nacional que se canaliza al territorio mediante los instrumentos de gestión: *“Se crean instancias para abordar problemas y esto reduce o elimina peleas y permite la generación de objetivos comunes”*. Sin embargo, ello no se asocia a la estructura de decisiones, la voz es un insumo que genera alertas concretas, no se procesa internamente, es decir, no tiene consecuencias más allá de ayudar a mejorar la oferta existente dentro de un campo de posibilidades reales.

Dentro de estas tres lógicas de sentido es posible analizar el tipo de instancias reconocidas como relevantes por los directivos, en los casos en que no han sido analizadas previamente, es decir, excluyendo los Servicios de Salud de Talcahuano y Ñuble.

En general, los directivos de los otros servicios, reconocen tanto las instancias de participación que se encuentran en su nivel, como también las instancias de los otros niveles, principalmente las de establecimientos y comunas. Pero tienen frente a ellas una disposición externa, es decir, no los involucra en su gestión.

Uno de los espacios de participación identificado –el más valorado– por los directivos son los diagnósticos participativos, ya que posibilitan definir las posibilidades y prioridades de acción sanitaria. Reconocen su importancia por el tipo de resultados que generan, es decir discutir y concluir cuestiones que son compartidas entre las personas y las entidades públicas, y por otro lado, por el valor del mismo proceso participativo que va abriendo comprensiones, acuerdos, generando confianzas. Un elemento interesante para ellos es la posibilidad que abren estos espacios para concursar proyectos, particularmente en el área prioritaria de promoción de la salud, donde si cabe un rol a las comunidades para fomentar la participación. Prima en ello una lógica técnico-instrumental de la participación.

Otro espacio relevado, son las cuentas públicas, valiosas tanto por el significado de su entrega como por el hecho que son discutidas y preparadas previamente en los Consejos de Desarrollo. Para ellos, la cuenta pública no es sólo del servicio o establecimiento de salud, sino que efectivamente puede incluir a la comunidad en su elaboración con consecuencias de una mayor claridad sobre los problemas de gestión frente a la comunidad. Aquí se aspira a una mayor legitimidad y comprensión de las dificultades de la gestión de salud en los territorios.

En dos de los Servicios, los ciudadanos no están integrados al CIRA. Pero esta es una instancia también valorada por directivos porque podría ser democratizadora, en el sentido de que puede permitir, en el nivel de Servicios de Salud, un diálogo e incluso negociación para alcanzar una síntesis entre los criterios técnicos y las aspiraciones de la comunidad. Esta cuestión es particularmente importante si se considera el nuevo rol del Servicio de salud como gestor de la red, por cuanto genera expectativas de superación de una modalidad de gestión de servicios y establecimientos centralizada, fundamentalmente jerárquica y cuyas decisiones se centran, exclusivamente, en criterios técnicos y económicos.

Como el CIRA, normalmente, puede incluir representantes de más de una comuna, ello resulta interesante, nuevamente por las posibilidades de comprensión que ofrece acerca de las decisiones del Servicio de Salud en los usuarios. Particularmente en el contexto de recursos escasos, que obligan a diferentes prioridades y a consecuentes asignaciones diferentes de recursos para cada cual. Además, este espacio, genera la posibilidad de negociar y por lo tanto, se asentaría una cierta apreciación de equidad en el trato de cada comuna que ayuda a una percepción de satisfacción, ya sea porque se ha recibido más o bien porque se sabe por qué los otros recibieron más. En resumen la integración al CIRA aparece valorada aunque la práctica no es consistente con ello.

De cualquier manera se percibe que es en las instancias locales como los Centros de Salud Familiar (CESFAM) y los consultorios o incluso los hospitales, donde las dinámicas participativas tienen que ver con resolución de cuestiones específicas. No así en el CIRA, que está más bien concentrado en delinear orientaciones para la implementación de las políticas en la red respectiva, así como un órgano para que estén representados los servicios y los municipios. Aquello marca otra posible conclusión cual es la percepción de la diferenciación de funciones, lo que implica las posibilidades de un espacio público diverso que lleva a diferentes tipos de participación, con diferentes tipos de actores y que actúan sobre distintas materias, con desiguales prácticas, pero de los cuales el Servicio de Salud no se siente responsable.

Otras instancias de importancia, que se juzga desde diversas perspectivas, política estratégica, social y sanitaria, es la mención que se hace a la participación a nivel de grupos específicos con intereses muy definidos, como por ejemplo, los pueblos originarios, u otros grupos vulnerables, lo cual permite desarrollar iniciativas concretas, particularmente cuando eso trae recursos al servicio.

Desde los Directores, que de algún modo comparten las tres últimas orientaciones de sentido respecto de la participación, no existe una consideración reflexiva sobre el diseño, la estrategia y la acción de las Unidades de Participación, a las que visualizan como cualquier otra unidad de trabajo. Estas más bien buscan continuamente una legitimidad interna de sus funciones y asumen con claridad las prioridades directivas definidas en los compromisos de gestión. El rol principal es dialogar con los Consejos, atender las OIRS y procesar y resolver los reclamos. En algunos servicios,

estas entregan una cuenta anual a los directivos, lo que contribuye a tomar acuerdos sobre situaciones que deben mejorar.

En general, como en muchas otras cuestiones existe una cierta insatisfacción respecto de los procesos participativos, de sus resultados, de su amplitud y profundidad. Muchos reconocen los avances, pero relevan cuestiones problemáticas claves. Una de las cuestiones mencionadas por los entrevistados es la certeza de que sin recursos negociables la participación pierde el sentido. No obstante también se pueden detectar algunos riesgos de la participación, tales como el clientelismo, o prácticas participativas reiterativas de personas que se encuentran en todas las instancias de participación y usan esa condición para fines personales o corporativos. De cualquier manera para ello deben existir los recursos negociables, los cuales no están disponibles y ello conduce a “*contener una potencial demanda*”, no abriendo los espacios o no enfatizando su apertura.

Otro ámbito visualizado como problemático, es la colisión de intereses para la participación, es decir la ausencia de publicación. Ello se expresa en el predominio en los actores sociales de aspiraciones de carácter individual versus la construcción y búsqueda de un proyecto o, al menos, un deseo colectivo. Algunas experiencias muestran que es posible y otras lo ven como una cuestión problemática, por cuanto los estímulos del medio están puestos en lo individual.

Otra cuestión crítica, que no es vista explícitamente como responsabilidad de salud, pero que es un elemento fundamental para el éxito de la participación, se refiere a la duda de sí los representantes de la comunidad son realmente representativos de la comunidad a la que dicen representar. Es decir si son dirigentes elegidos democráticamente, de manera periódica, legitimados por sus representados, y por lo tanto cuentan con el apoyo de sus comunidades. Este cuestionamiento, limita continuamente la legitimidad dirigencial en los distintos espacios.

Por otra parte, se detecta también un cierto fastidio o molestia con la forma en que se promueve la creación de instancia para la participación, mediante instrucciones que no dan cuenta realmente de procesos sino de instrucciones a cumplir. Un ejemplo de ello es la implementación de las Oficinas de Información y Reclamos. Aquello puede remitir a la resistencia de los funcionarios del sector:

Importa la participación de la comunidad, más no la participación de la gente que trabaja en salud, particularmente, del nivel más operacional.

En este ámbito, también la continuidad y la responsabilidad de los entes públicos y de las personas es otro elemento a considerar. Sobre el particular se plantea, por algunos directivos que se ven obligados a que los Consejos de Desarrollo local por posta o consultorio sean formados todos los años, partiendo de cero: *“La gente se aburre o se va o se cambia. El problema es que la participación es estimulada desde la institucionalidad más que desde la propia comunidad y así entonces nunca logra hacerse autónoma o independiente.”* Detrás de eso seguramente habrá una variedad importante de explicaciones.

Una de las cuestiones es la comparación entre las distintas instancias de participación. Al respecto resulta difícil apreciar la figura de un Sistema de Participación, entendiendo por tal un conjunto de instancias articuladas y con procedimientos prácticas, atribuciones y comunes, además de jerarquizadas y coordinadas. *“¿Cómo se coordinan las instancias? ¿jerárquicamente? ¿participativamente? ¿de otra forma?”* Para algunos de estos directores estos son aspectos a dilucidar.

XI. CONCLUSIONES

El enfoque de derechos en las políticas públicas releva su asociación a lo público y la participación de la ciudadanía como un derecho en sí mismo y un factor clave para la justicia y la legitimidad de la política. La reforma de salud implantada el 2004 en Chile aplicó un enfoque de derechos al garantizar y hacer exigibles un conjunto de garantías de atención a enfermedades graves, caras y frecuentes, lo que se traduce en un conjunto de cambios institucionales, políticos y organizativos del sector. Su diseño puede ser problematizado desde varias dimensiones que refuerzan la idea de una apertura necesaria para un procesamiento público de su implantación, dilemas y resultados tras la idea de reforzar la justicia de los derechos, la no discriminación y su progresividad. Más allá del examen específico de estos aspectos, la investigación se enmarca en la necesidad de atender al problema del desarrollo de una institucionalidad pública que, adscrita al enfoque de derechos, favorezca la construcción de ciudadanía, de manera tal que sea consistente con los atributos que en el debate internacional han sido definidos como claves para este tipo de políticas, entre ellos, su necesaria asociación a la categoría de lo público.

Su desarrollo buscó probar las hipótesis de que el desarrollo de una participación conducente a la creación de un espacio público, coherente con el enfoque de derechos que la reforma de salud implantó, está condicionada principalmente por la capacidad de la administración pública para promover nuevas relaciones con la sociedad, expresadas en arreglos institucionales de participación social que reforzaran la construcción de ciudadanía. También se postuló que ello estuvo influido por las orientaciones y sentidos favorables a la participación ciudadana de los directivos públicos y por su traducción en medidas político-administrativas en pro de su despliegue, factor que se vuelve clave, particularmente en el marco de normas y políticas, generales y de la propia reforma, que restringen la participación ciudadana.

Se recurre a estas tres dimensiones dado que los procesos de participación ciudadana, requieren considerar las instituciones, entendidas como las reglas del juego que circundan y constriñen a los actores en su potencialidad para contribuir a la participación ciudadana, (Gaventa, 2010). Además, en Chile particularmente, donde se ha carecido de reglas que la favorezcan, se cuenta con una

sociedad civil relativamente débil y fragmentaria, prima una democracia elitaria y los significados asignados a la participación son diversos (De la maza, 2010), una recursividad en las iniciativas destacadas de participación que devienen en ciudadanía, es que se apoyan –como factor clave– en la voluntad política de agentes directivos situados en posiciones de poder que detentan una racionalidad ético-política que valora sustantivamente la profundización de la democracia, la equidad y la inclusión (Delamaza, 2010, Cornwall y Shattan, 2007, Fernández y Ochsenius, 2005; Cornwall y Gaventa, 2000, Cunill, 1999).

Desde el punto de vista de sus resultados, la investigación arroja que la fase de diseño de la reforma (2001-2003) abrió espacios públicos de participación más amplios y diferentes de los que se venían desarrollando en la década del 90 en el país y en el sector. Estos involucraron a diversos tipos de actores en un proceso de debate y deliberación sobre las materias que contenía el proyecto de reforma postulado por el gobierno. Si bien, estos espacios representaron un hito democratizador, su despliegue puso en evidencia por una parte, las dificultades e inviabilidad de establecer acuerdos entre grupos de interés y grupos corporativos para derivar en una racionalidad pública colectivamente construida que procesara la diversidad de intereses en juego. Así, el espacio de participación implementado no logró alcanzar ni los consensos sociales y políticos, ni la amplitud y profundidad para definir concurrentemente con los diversos actores los cursos de acción aceptables de la reforma. Ello cuestionó *“la admisión de un mayor pluralismo de opciones técnicas, ciudadanas y políticas en el diseño de la reforma, distinguiéndolos de aquellos que se expresaron más exclusivamente como intereses corporativos, de los sectores más organizados y con mayor poder, capacidad de “lobby”, comunicación y movilización”* (Celedón y Orellana, *op.cit:13*). Adicionalmente, no se zanjaron las diferencias de apreciación respecto de la capacidad del sistema de salud público de hacerse cargo de los compromisos que el enfoque de derechos implica, lo que si bien condiciona la gradualidad de su implementación, no genera condiciones para abordar las problemáticas estructurales del sector (financiamiento, especialistas, médicos en regiones, entre otros) y tampoco acuerdos explícitos sobre el rol de los ciudadanos y el fomento de ciudadanía activa.

Ello afectó las bases de la propuesta gubernamental de la primera reforma social que cuestionó las políticas públicas subsidiarias y focalizadas en los más pobres que habían predominado en las

décadas previas, restringiendo principalmente la constitución de un sistema mixto de salud que contribuyera a resolver de mejor modo la segmentación del sistema dual de salud predominante y las brechas de acceso a que da origen. Por otra, su desarrollo evidenció también la concepción democrática elitaria y limitada predominante, que se expresó tanto en los mecanismos y procedimientos utilizados para implementar el espacio, lo que particularmente se reflejó en situar en una posición subalterna a los grupos más débiles o desaventajados, principales usuarios del sistema, a los cuales se restringió su validación como ciudadanos y su posibilidad de incidencia.

El saldo de este proceso no redundó en un pacto social por los derechos sociales. A partir de la experiencia hecha, la pregunta que surge es si la cuestión de los derechos basada en consensos razonados es posible en una sociedad donde el Estado tiene un menor peso relativo respecto de un mercado expandido en la provisión de los servicios y un déficit de instrumentos de regulación, a la par que un sistema político muy concentrado para la toma de decisiones.

El proyecto resultante, si bien tiene el mérito de ser la primera reforma social que avanza en la expresión de un enfoque garantista de derechos en las políticas públicas del país, traduciéndose en la consagración de umbrales fácticos exigibles que empoderan a la ciudadanía (Drago, 2006), entre sus limitaciones de diseño, contiene problemas de tipo institucional, social y de relación con la noción de ciudadanía, que determinan nuevas exclusiones y espacios de discriminación (Drago, 2006). En efecto, por una parte, su implantación en el marco de un sistema dual, segmentado y fragmentado de salud que genera graves desequilibrios en la distribución de beneficiarios y de los bienes de salud (recursos humanos, infraestructura, equipamiento, medios económicos) entre el sistema público y privado (OPS, 2008), no sólo afecta la realización de los derechos en las diferentes áreas territoriales, sino también influye en la postergación de la atención para las enfermedades no garantizadas o que están cubiertas por el régimen general de prestaciones del seguro público. Ello por un lado se traduce en ampliación de las listas de espera (Beaumont, 2007) y en el incremento de compra de servicios al sistema privado de salud que pueden resultar lesivos para el presupuesto público. También se ha demostrado que los procedimientos y mecanismos de exigibilidad crean diferencias sustantivas en las condiciones de acceso al reclamo y a las soluciones, entre la población más rica y la población más pobre (Cunill, 2011).

El desafío de tratamiento de estos dilemas y bajo condiciones de una mayor igualdad de los actores, parece quedar limitado desde la partida como un asunto público cuando estos asuntos son situados en contextos de una gran segmentación poblacional, como la que opera en el sector salud, donde los más pobres se concentran en el sistema público y el debate sobre derechos no involucra a las grandes mayorías.

Las normas, en un sentido estricto, entendida como el cuerpo legal que con posterioridad regula la reforma profundizan estos déficits. Estas no sólo no atienden a esta situación, sino restringieron aún más la participación de la sociedad, dando cuenta de una concepción que releva la cuestión de los derechos como un asunto exclusivamente jurídico y de Estado. La Ley AUGE afirma y restringe la participación a la conformación de un Consejo Consultivo que otorga preponderancia a ciudadanía experta. No se consideraron espacios colectivos de deliberación y gestión al interior del sistema de salud y no se delinearon mecanismos y procedimientos para propuestas de incorporación de nuevos derechos, ya sea desde las regiones, desde el propio sistema de salud, desde la ciudadanía o a través de sus representantes políticos.

La ley de Autoridad Sanitaria y de fortalecimiento de la participación, si bien, es más amplia en cuanto a las instancias que define, en ellas predomina la participación de los estamentos técnicos y de trabajadores. Los usuarios o ciudadanos que adhieren o usan el sistema público de salud, prácticamente no fueron considerados, salvo en los Consejos Consultivos de Hospitales Autogestionados, lo que podría asociarse a un intento del legislador de mediatizar el potencial riesgo de una autonomización excesiva de los hospitales de alta complejidad que deben funcionar como tales. La ley de Deberes y derechos en la atención de salud, que promovía la transformación de los usuarios en sujetos activos para la defensa de derechos individuales de trato, asistencia médica y reclamación, resultó el único proyecto de ley no aprobado hasta la fecha. En definitiva, el marco legal sólo avanza en formalizar los variados Consejos Consultivos integrados por expertos y generados por invitación, diseñados profusamente durante los 90 en diversas áreas de las políticas públicas (De La Maza, 2010:11). En este sentido la agenda de derechos no modifica la agenda de participación, que apunta a colectivos sociales definidos funcionalmente en torno a necesidades de la política pública.

Desde una perspectiva general, el marco legal aprobado difiere sustantivamente de una noción de participación ciudadana vinculada con la gobernabilidad democrática, espacios públicos, deliberación, ciudadanía activa o del rol que le cabe a esta en las políticas públicas con enfoque de derechos. Por el contrario, a pesar de las promesas gubernamentales de la época, las normas más bien clausuran la posibilidad de reeditar el proceso de participación desplegado durante el diseño de la reforma, sin contemplar espacios que pudieran reafirmar el carácter público de una de las reformas relevantes emprendidas en la década. Esta quedó así, normativamente zanjada con una serie de limitaciones que afectan su viabilidad en el sector público (Cunill y Fernández, 2011), con escasas posibilidades de participación en su redefinición desde la sociedad.

En este sentido, la hipótesis construida en torno al tratamiento restrictivo o limitado de la participación en las normas de la reforma, si bien parcialmente se verifica, también se matiza en dos direcciones. En un concepto restringido de la norma, efectivamente el cuerpo legal de la reforma, no integró referencias a la condición de ciudadanía que el propio cuerpo legal estaba instalando en la sociedad ni sobre la necesidad de espacios públicos de procesamiento democrático sobre sus componentes. Es el Estado, el que jurídicamente garantiza los derechos y el mismo que puede recurrir a instancias consultivas, que priorizan a expertos y trabajadores del sistema. Los usuarios son integrados a instancias muy específicas y con roles difíciles de cumplir, particularmente en el control de los hospitales autogestionados y de alta complejidad.

Sin embargo, es el rol de la política, expresada en la voluntad de gobernantes concretos, así como la existencia de Consejos de Desarrollo instalados en el sector durante los 90, los elementos que mediatizan la voluntad restrictiva que se expresa en la legislación. En un sentido más amplio de la norma, entendida como la política, las resoluciones de las autoridades y los instrumentos de gestión, aunque en forma esquematizada y ciertamente rígida, se promovieron espacios consultivos de participación principalmente de usuarios, ampliando las esferas consideradas en el cuerpo legal. En ello influye, por una parte, y con posterioridad a la aprobación del marco legal, el planteamiento presidencial de Gobierno Ciudadano en el 2006, y su traducción en una Agenda Pro-Participación. Estos aspectos redundan en una política más amplia de participación en el sector que se nutre al menos tres fuentes: la agenda de modernización del estado, la agenda pro participación gubernamental y los arreglos institucionales innovadores de participación que surgen “desde abajo”

en algunos Servicios de Salud y que son integrados formalmente en la política, particularmente hacia el final del período gubernamental 2008-2009.

Esta política estableció como propósito el “Promover el ejercicio de la ciudadanía activa en la protección de sus derechos en salud, en el control social sobre la gestión pública, en el diseño, implementación y evaluación de las políticas públicas, contribuyendo a la equidad en salud y elevando su calidad de vida” (Minsal, 2009). Así también, se propuso facilitar los procesos de empoderamiento de la ciudadanía para el ejercicio de sus derechos en salud y lograr la instalación de estrategias exitosas de Participación Ciudadana en Salud. Los dispositivos, instrumentos y mecanismos que integra se relacionan con la agenda de Modernización del Estado y responsabilización de agentes institucionales (Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias y Cuentas Públicas), así como con el desarrollo de instancias que apuntan a una gestión participativa en los Servicios de Salud y establecimientos del sector, y con el fortalecimiento del capital ciudadano en los territorios.

Estas dimensiones se plasmaron en el período analizado en metas concretas a alcanzar por el sector definidas en los instrumentos de gestión (Metas Sanitarias y Compromisos de Gestión) que median entre la política y la definición normativa de prioridades para el quehacer del sector público. En el período 2005-2008, si bien en estos instrumentos se redujeron los objetivos de la política de participación, estos contribuyeron a establecer una base mínima de acciones a cumplir por las instituciones del sector que se relacionó principalmente con el derecho a la información y la queja integrando a los usuarios en la gestión de reclamos y las cuentas públicas, además de un componente de gestión participativa que consideró la formalización de Consejos Consultivos en los establecimientos y el desarrollo de sus planes de acción.

El 2008 y 2009, se integró además, en estos instrumentos, el presupuesto participativo como medio de priorización de ciertas acciones y parte de la inversión en los Servicios de Salud, además de la incorporación de usuarios al Consejo Integrador de la Red Asistencial, espacio normado en la reforma que aunque sin atribuciones, reúne al conjunto de directivos de las organizaciones de salud de un territorio bajo la dirección del Director del Servicio de Salud, para abordar los problemas de acceso, inversiones y cumplimiento de derechos.

Podría concluirse que la agenda amplía los diferentes mecanismos e instrumentos de participación y que su integración a los instrumentos de gestión tiene el mérito de situar un piso mínimo que los establecimientos del sector deben cumplir, lo cual está generalmente asociado a incentivos económicos de desempeño para el cuerpo administrativo y profesional. Ello, si bien, tiene el mérito de situar en el horizonte de los directivos la participación, de colocar recursos a disposición para su desarrollo y obligaciones para su cumplimiento, presenta por otra parte, el dilema de su sobre-institucionalización, es decir, de limitación de la flexibilidad, de obviar las condiciones que estos procesos requieren: redes sociales, capital ciudadano, representatividad, autonomía, capacidades propositivas, para cumplir con las metas definidas en estos instrumentos de modo instrumental y a partir de una racionalidad anclada a los beneficios que esto comporta.

Por otra parte, los contenidos propuestos para estas instancias, aparecen centrados en la colaboración en la gestión. En efecto, la política y la agenda, aparece relativamente desvinculada de la información y comunicación para la exigibilidad de los derechos, de los deberes ciudadanos y de su promoción. Probablemente ello se asocia a la consideración de una necesaria “contención de la demanda” en un sector que enfrenta en los territorios, serias dificultades de recursos humanos de especialidades médicas para garantizarlos bajo las condiciones definidas en los marcos legales (Cunill y Fernández, 2011, Minsal, 2009). Por otro lado, también la política reproduce las fracturas organizacionales del sector, escindiendo las dimensiones de asistencia individual y salud colectiva que consagra la reforma. La cultura medicalizada del sector, es sin duda, reforzada por este énfasis en lo asistencial y la consiguiente invisibilización de la dimensión social de lo sanitario.

El balance de estos procesos al 2009, indica un mayor logro en el proceso de instalación de las Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS), que cubren al 96% de los establecimientos de salud; las Cuentas Públicas se efectúan ese año en el 100% de los Servicios de Salud y en el 68% de los hospitales estimuladas por su integración a los Compromisos de Gestión, aunque convertidas mayoritariamente en hito comunicacional al que no se le da continuidad en el año 2010.

Este proceso no sólo revela una limitada instalación de la agenda de transparencia y de una noción sustantiva de rendición de cuentas a la ciudadanía, también pone en evidencia una carencia de

comprensión de la cuestión de la ciudadanía y la participación. La OIRS, es una instancia de expresión que facilita el ejercicio ciudadano de pedir, a tal o cual entidad pública, que se corrija una cuestión que le afecta. En otras palabras, es un mecanismo de gestión y no un mecanismo de participación, aunque sin duda un mecanismo valioso por cuanto contribuye a que la autoridad esté obligada a responder a la queja de un usuario insatisfecho o molesto. Cómo símil de participación ha contribuido evidentemente a la confusión.

El análisis de los logros en la instalación de la gestión participativa muestra resultados relativamente débiles. Si bien, los Consejos Consultivos estaban instalados en el 60% de los establecimientos hospitalarios y de AP el 2006, lo cual es un efecto de políticas previas, el 2009, se produjo un salto que involucra al 81% de los establecimientos y en el 100% de los Servicios de Salud. Ello se explica principalmente por la integración de la instalación de los Consejos a las metas sanitarias ese año y la racionalidad instrumental de los actores que adhieren motivados por el incentivo económico que conlleva su cumplimiento. Si bien la proporción de Consejos es alta, la participación en la mayoría de los casos, se restringe a acciones colaborativas principalmente con el cumplimiento de otras metas de salud sin involucrar a los participantes en procesos de toma de decisiones y sin la preocupación, por parte del actor público, de instalar procesos, procedimientos y valores que fortalezcan el desarrollo de la ciudadanía.

En los pocos casos, en que se ha integrado a los usuarios a participar en el Consejo de Integración de la Red Asistencial, esta incorporación se desarrolla desde la posición de grupos subalternos. En ellos se produce un choque de lógicas de racionalidad. Por un lado, desde las expectativas de los técnicos, se espera que la dirigencia sea portadora de una racionalidad analítica estructural de los problemas de salud en los territorios. Por otro, los líderes sociales son portadores de una racionalidad anclada al “mundo de la vida”, asociada a las diversas problemáticas que viven en sus barrios y a las relaciones que estos tejen con los establecimientos de atención primaria, que generalmente es el espacio de donde estos provienen y en los cuales gestionan diversas necesidades de la comunidad. El diálogo en las instancias del CIRA, se centra entonces en una agenda más propia de esta instancia, los líderes deben apropiarse de un lenguaje técnico y su participación, pierde en este sentido potencialidad de incidencia, incluso en los casos donde se ha hecho un esfuerzo sustantivo por lograr incidencia. En los espacios en que estos desarrollan una interacción directa con

los Directores de los Servicios, particularmente donde existe una mayor proclividad a la participación, se expresan relaciones de mayor confianza y se constituyen diálogos más horizontales, que van ampliando horizontes comunes y permitiendo una incidencia mayor en decisiones.

El año 2008 y 2009, también se da cuenta de la instalación de los presupuestos participativos que involucran a usuarios de 140 comunas impulsados por el 100% de los SS del país. Sólo en cuatro Servicios de Salud, las alianzas institucionales para estos procesos se amplían a las SEREMIS para priorizar áreas del Plan de Salud Pública y con el seguro público de salud, FONASA, para disminuir las listas de espera de atenciones excluidas de los derechos. El mecanismo en general más inclusivo en la medida en que amplía la participación a sectores no organizados y también es incidente en las decisiones del sector. Sin embargo, en los casos estudiados, la agenda ha sido determinada de modo más unilateral por las instituciones.

Por otra parte, la política de participación, consideraba también un conjunto de acciones de fortalecimiento de la sociedad civil, los cuales no se traducen en acciones ni políticas generales durante el período analizado. En pocos casos este tipo de acciones se verifica.

En otro plano, tampoco se contemplaron alianzas con actores más amplios de la sociedad civil, ni instrumentos, para promover el fortalecimiento de la asociatividad, capacitación y comunicación sobre derechos a los usuarios. Las acciones prioritarias en esta línea se destinaron a acciones sustantivas de formación de agentes directivos y encargados de participación en los servicios de salud, lo cual fue un paso positivo de avance, pero que no garantiza la sustentabilidad y expansión de la política.

El proceso tuvo entonces importantes limitaciones. Entre ellas, la restricción de atribuciones de las instancias y los límites para la integración de usuarios, que asentaron una perspectiva excluyente de los más pobres o públicos débiles, sobre los cuales no se definieron caminos para el empoderamiento. Tampoco promovió alianzas más amplias con otros actores favorables a esta apuesta de desarrollo, factor clave en la promoción de una conciencia de derechos y de agenciamiento de los mismos. Su alcance y desarrollo quedó más bien en manos de un cuerpo directivo heterogéneo, potenciando la dependencia de la voluntad política, las ideologías y la cultura predominante en el sector.

La política y las normativas de gestión, si bien, tiene el mérito de situar en el horizonte de los directivos la participación, de colocar recursos a disposición para su desarrollo y obligaciones para su cumplimiento, no resuelve por cierto, los dilemas asociados a la flexibilidad y las condiciones que estos procesos requieren: redes sociales, capital ciudadano, representatividad, autonomía, capacidades propositivas. Así, la calidad de los procesos participativos dependerá más de los arreglos institucionales locales, de la voluntad política y de los sentidos que los directivos otorguen a su desarrollo y su traducción en dispositivos institucionales (equipos de trabajo, grado de profesionalización y recursos disponibles), como de las estrategias que estos diseñen y del capital ciudadano disponible en los territorios.

En este sentido, un particular foco de interés en esta investigación, fue la potencialidad de los arreglos institucionales de participación en salud de incidir en la construcción de ciudadanía y espacio público. Ello implicó atender a como se expresaron en ellos la deliberación ciudadana, la autonomía de las organizaciones, la inclusión, la incidencia en decisiones y la agenda de derechos, todos aspectos, que desplegados sobre las instancias y procesos de formación de las políticas y decisiones públicas, pueden contribuir a crear y ampliar una esfera pública que fortalezca la ciudadanía activa en su dimensión de deberes y derechos y por ende, contribuir a la democratización de la propia administración pública (Gaventa y Ashatis, 2010; Cunill, 1999).

Su énfasis atendió a los arreglos institucionales de participación y al diálogo que se desarrolla entre los actores de la reforma en los territorios y la ciudadanía, donde factores claves como, los sentidos que le otorgan los directivos públicos y la naturaleza de las reglas que regulan su acción, son dimensiones que tienen una incidencia decisiva. En un sentido más general se buscó analizar la existencia de esferas públicas participativas, concebidas como espacios depositarios de la acción comunicativa y teleológica entre los agentes, potenciada políticamente desde este campo de las políticas públicas, dado que su desarrollo podría tener potencialidad para fortalecer el enfoque de derechos y la democracia (Habermas, 1991; Rabonikoff 1997:3). La hipótesis de trabajo postula que son los sentidos directivos favorables a la participación y al desarrollo de ciudadanía activa y su asociación a los derechos, los que determinan una administración proactiva en el desarrollo de espacios públicos.

Sus resultados muestran que los arreglos de participación en los Servicios de Salud difieren sustantivamente en amplitud de las estrategias de participación empleadas y en la calidad de las mismas. Una síntesis general y comparativa del potencial de los espacios de participación impulsados da cuenta de que existe una realidad heterogénea, en la cual los Servicios han puesto acento en el desarrollo de uno u otro mecanismos de participación con mayor o menor grado de deliberación, inclusión, generando espacios para la incidencia en decisiones, con mayor o menor grado de restricciones respecto de la agenda institucional. Sin embargo destacan dos Servicios, Talcahuano y Ñuble, que muestran una mayor amplitud de los espacios abiertos, y donde las prácticas resultan en una mayor incidencia en decisiones, deliberativas e inclusivas. La autonomía de los actores sociales, sin embargo, parece ser una dificultad en todas las experiencias.

En concreto, en el conjunto de los Servicios estudiados se identificaron un total de 25 iniciativas. De estas, poco menos de un tercio proviene del Servicio de Salud Ñuble y un 28% del Servicio de Salud Talcahuano. En cuanto a los mecanismos, todos los Servicios de la muestra, instalan como piso mínimo los Consejos Consultivos a nivel del Servicio de Salud y también implementan procesos relacionados con el presupuesto participativo, ya sea en comunas, territorios agregados o en toda la jurisdicción. Las diferencias refieren a los períodos de instalación de estos mecanismos, la calidad democratizadora de las iniciativas y los ciclos por los cuales estos han atravesado durante el período analizado.

Ahora, de los 5 servicios estudiados, sólo 2 muestran la existencia de estrategias pro-participación que se despliegan a través de la utilización de diversos mecanismos que se complementan entre sí: Consejos de Usuarios, diálogos ciudadanos, presupuestos participativos, cartas de derechos, comités de solicitudes ciudadanas, integración de los usuarios al CIRA. Estos son el Servicio de salud Ñuble y Talcahuano. Al analizar la potencialidad de estos espacios, para avanzar hacia la construcción de ciudadanía y espacios públicos consistentes con el enfoque de derechos de la política de salud, se observan aciertos, límites y diferencias de resultados que refieren al contexto en el cual se desarrollan como un elemento clave.

Entre los aciertos destaca la constitución de soportes institucionales a nivel de los Servicios con mayor desarrollo de la participación, que dan cuenta de la disponibilidad de recursos profesionales y estrategias adaptadas al medio. Estos soportes funcionan mas cohesionadamente a través de la red de encargados de participación en Talcahuano donde el territorio es pequeño (4 comunas), principalmente urbano y con redes sociales mas densas y con mas trayectoria. En Ñuble, la red de encargados de participación, situada en los establecimientos de 21 comunas principalmente rurales, de las cuales 15 son vulnerables, enfrenta mayores restricciones estratégicas, presupuestarias y resistencias en sus propios contextos institucionales para el desarrollo de la política, además de un capital ciudadano menos organizado y en el que tiende a predominar vínculos clientelares.

La perspectiva de derechos, si bien es parte del fundamento de los procesos de participación impulsados en estos arreglos, se reduce en la relación con los usuarios participantes al reconocimiento de los propios derechos de participación. Ello se explica, porque si bien, tanto los ciudadanos como los agentes institucionales, perciben con claridad los nudos críticos de los derechos en salud y de su implementación, ello no forma parte del diálogo continuo que se desarrolla entre los agentes. Sólo se constatan iniciativas de formación en derechos a las comunidades en Talcahuano, pero aún así, estos no son parte de una agenda de los líderes y tampoco se incentiva por los directivos y encargados de participación. Ambos tipos de actores “contienen” su tematización en los espacios creados y en la vinculación con la ciudadanía. Ello se explica por la fuerte percepción de que esta agenda tiene “techo” en el espacio local, tanto por las limitaciones estructurales de recursos que afecta a los territorios lo que limita su impulso, la centralidad de las decisiones en el sector, pero también porque la dirigencia, conscientemente, colabora en la contención. Además, desde la percepción de que los problemas de salud no se constituyen en un asunto de interés común en los ciudadanos. A ello se suma la baja representatividad de los líderes y su extraordinaria baja rotación

Ahora, desde la perspectiva de la potencialidad de la participación de traducirse en espacios públicos, más allá de la pro-actividad directiva, las estrategias tienen numerosos límites. Desde una perspectiva general, destacan cuatro aspectos críticos que limitan la consistencia de los espacios abiertos con la construcción de ciudadanía y espacios públicos y su relación con el enfoque de derechos:

- Las nociones que inspiran la voluntad política de apertura de los espacios públicos tiene un débil correlato en las instituciones el territorio. Más bien la acción de los directivos de los Servicios de Salud proclives a la participación prima un relativo aislamiento, no tiene hegemonía en los otros estamentos de salud o de gestión comunal, lo que redundo en que si bien se va ganando en sensibilidad, legitimidad e implementación de la participación a partir del aprovechamiento de su integración en los instrumentos de gestión, se vaya minimizando su importancia hasta llegar a una participación instrumental y esencialmente colaborativa.
- En ello incide de manera nítida los diferentes contextos. Ello es más marcado en territorios configurados con una alta dispersión geográfica y donde predomina la composición rural. Además donde los agentes institucionales perciben un deterioro en las comunidades y priman resistencias y relaciones clientelares que limitan el fomento de ciudadanía activa, a pesar de los esfuerzos por abrir la participación.
- También influyen las restricciones estratégicas y presupuestarias que limitan la acción de los escasos agentes encargados de participación en las instituciones locales. Estos manejan la oferta que viene del Servicio, mediada por cierto nivel de adaptación a las condiciones restrictivas de su aplicación. Ello tensiona a una red de encargados de participación que están permanentemente tensionados y desgastados por la sobrecarga de tareas y las resistencias funcionarias.
- En otros casos, donde estos factores tienen un mayor desarrollo, legitimidad y trayectoria, influye en la constitución de espacios públicos y de ciudadanía en salud, una relativa indiferencia ciudadana por los temas de salud, una densidad asociativa que parece ser insuficiente y marcada por la demanda de servicios, lo cual es propio de una baja autonomía de las organizaciones y una limitada representatividad.

Estos procesos, además han sido afectados por la coyuntura post-terremoto y los cambios de autoridades. Se han creado niveles de incertidumbre respecto de su continuidad y las formas que ellas adopten. Lo cual se verifica en el cambio de eje de la propia política de participación y en la fragilidad de procesos asociados más exclusivamente a la voluntad directiva. Los resultados producidos, en este marco, son relativamente frágiles en ciertos aspectos, sobre todo los relacionados con el diseño institucional de los arreglos que escapan a las normativas y que por lo tanto pueden ser revertidos si no están encarnados en actores concretos, institucionales y ciudadanos.

En todo caso, uno de los hallazgos más importantes es que los arreglos institucionales de participación, son influidos significativamente por los sentidos que los directivos otorgan a la participación. Los resultados de la investigación muestran tres tipos de perspectivas, que se subdividen internamente por matices que le dan especificidad a los arreglos o que definen también su inexistencia.

Una perspectiva, valora la garantización de derechos que instala la reforma sanitaria, la democracia y el desarrollo de la ciudadanía. En dos de los casos, en los directivos la promoción de la participación ciudadana se asocia a la necesidad de resolver las insuficiencias de la reforma que cuestionan el logro de la equidad en salud. En esta mirada, son considerados tanto los dilemas de las redes asistenciales de los territorios que muestran variadas insuficiencias, de recursos médicos, financiamiento, como la excesiva centralidad en la toma de decisiones o las dificultades de los instrumentos de gestión, cómo cuestiones más de fondo que requieren ser abordadas desde instancias colectivas, constituidas por las instituciones de salud y los ciudadanos, cuestionando la primacía del enfoque que dejó zanjado la reforma de que en los territorios, cada establecimiento se “*rascara con las propias uñas*”.

Desde un sentido democratizador de la gestión pública destacan tres visiones: a) de *gobernanza democrática* que privilegia la construcción de redes amplias con integración de los ciudadanos y en pro de la construcción de instancias colectivas que influyan en los derechos; b) de *democratización de las decisiones* de salud, asignando a la participación una importancia estratégica en la construcción de equidad. Ambas visiones se plasman en arreglos institucionales amplios de participación ya sea a través de innovaciones o adaptaciones de la oferta central. Dentro de este mismo campo sin embargo, es posible reconocer una perspectiva que si bien otorga importancia de la participación ciudadana como un factor de democratización del país, muestra un *desencanto* con las comunidades usuarias del sistema de salud público en los territorios urbanos pobres, tanto por su baja formación, capacidad de propuesta e incidencia, el deterioro de las relaciones sociales y el clientelismo que tiende a predominar en las relaciones con el sector. En este caso, no se observan estrategias de participación consistentes con el enfoque de derechos y adaptadas al medio.

Otras dos perspectivas directivas pueden ser asociadas tanto a un enfoque más tecnocrático como funcional. En la primera no se asignan roles a la participación ni a su incidencia en decisiones. Más bien, los supuestos beneficios que esta aporta, de diagnóstico y pertinencia de la acción por ejemplo, podrían ser resueltos por otros medios, sin las distracciones que genera la política del sistema de salud, considerada impositiva, sin fines ni instrumentos claros para satisfacer demandas. En la perspectiva de enfoque más sistémico y funcional, en cambio, si bien se asigna importancia a la participación, porque supone prestar atención a la voz de los usuarios y abrir espacios para que estos se expresen, ya sea colectiva o individualmente y en este sentido se valoran las unidades de participación, las oficinas de información y reclamos, y los espacios con los Consejos de usuarios, ello no se asocia a la estructura de decisiones. La “voz de los usuarios” es un insumo que genera alertas concretas, pero no tiene consecuencias más allá de ayudar a mejorar la oferta existente dentro de un campo de posibilidades reales.

Los principales problemas percibidos por los directivos de lógicas de sentido menos favorables a la participación se refieren a: a) la puesta en marcha relativamente estandarizada de consejos consultivos y de los mecanismos en prácticamente todos los establecimientos, lo que resulta impositivo y no da cuenta de una necesaria flexibilidad; b) la composición de los participantes, principalmente integrada por usuarios de mayor edad y familiares de pacientes crónicos que requieren permanentemente de los servicios de la red asistencial, lo cual redundaría en una tendencia al clientelismo, c) la asimetría de información y conocimientos que caracteriza a los usuarios que participan en las instancias formales lo cual demanda un intenso trabajo de capacitación, cuyos resultados no se traducen en un diálogo horizontal ni en propuestas para la agenda sectorial en los territorios; d) la falta de representatividad de los actores que asisten a los consejos, lo cual redundaría en que las instancias no son útiles para una interrelación de los servicios con la población; e) los aportes reducidos que provienen del sector y que contribuyen principalmente a la resolución de pequeños problemas concretos que se relacionan con mejoras de los servicios (iniciativas de los participantes que permiten resolver de modo sencillo un “cuello de botella” o soluciones que mejoran la calidad del servicio y su accesibilidad, como baños, transporte). Ello es valorado por todos los directivos como una dimensión subalterna en el marco de los problemas que enfrenta el sector y la consagración de derechos.

En este sentido la valoración otorgada a la participación es limitada. Desde el punto de vista del balance general, se puede concluir que los espacios de participación dependen aún fuertemente de la voluntad política de las autoridades y que su transformación en espacios públicos está condicionada por los contextos institucionales y de capital ciudadano en los territorios, así como por el relativo aislamiento de la política impulsada en la escala territorial en la que se desempeña el Servicio de Salud.

Si bien, la calidad democrática de estos procesos, dependen de estos factores y de las formas de hacer de agentes de poder situados en contextos concretos, así como de la capacidad de movilización y propuesta de los actores ciudadanos, la política de derechos supone un avance en la democratización de las relaciones del Estado con la sociedad que fue débil y parcialmente asumida en el período analizado, lo que redundó en una mayor fragilidad a la implantación del enfoque de derechos en las políticas públicas. Probablemente, ello también se relacione con la limitada masa de derechos que se consagran para los chilenos, en el sentido de que ello está limitado a salud, a un racionamiento concreto en ese mismo campo y a una extrema complejidad para su aprehensión por las comunidades. Es decir, los derechos consagrados parecen insuficientes para promover ciudadanía y también ciudadanía activa, ya que no alcanzan a ser percibidos como tales.

Pero además de ello, podría señalarse que la mirada más gerencial y funcional de los actores del sistema público de salud y del proyecto político de los actores que impulsan la reforma, deja a la política de derechos del sector desprovista también de una perspectiva transformadora de la sociedad orientada a un cambio necesario para una mayor igualdad social, lo cual ha limitado la disputa por su desarrollo y la construcción de espacios públicos democratizadores. La cuestión de la consagración de derechos sigue siendo vista más exclusivamente desde el rol del Estado y del ordenamiento jurídico de las políticas públicas lo que desconoce que su construcción ocurre también desde los espacios extrainstitucionales y desde la acción colectiva. Por último, la debilidad del impulso de estos procesos, permite también su adecuación a nuevos fines, más centrados en la perspectiva de la satisfacción de los “clientes” del Estado. Habrá que observar y registrar estos nuevos cambios y cómo ello se resuelve en los territorios donde la participación en el ámbito del sistema de salud, se impulsó con una vocación más democrática

BIBLIOGRAFIA

1. Abramovich V (2006) “una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. En Revista de la CEPAL , N°88. Santiago, Chile, CEPAL, Abril.
2. Abramovich, V (2005), Acceso a la justicia y nuevas formas de participación en la esfera política.
3. Abramovich V, Pautassi, L (2010) La medición de derechos en las políticas sociales. Editores del Puerto SRL, Buenos aires, Argentina.
4. Abramovich, V, Pautassi, L (2009) “El enfoque de derechos y la institucionalidad de las políticas sociales”. En Abramovich, V, Pautassi, L (comps) *La revisión judicial de las políticas Sociales. Estudio de casos*. Bueno Aires, Editores del Puerto. Argentina.
5. Aguilera, C. (2007). Participación ciudadana en el Gobierno de Michelle Bachelet: Consejos Asesores Presidenciales. *América Latina Hoy*, Agosto año/ vol.46, Universidad de Salamanca, España pp.119-143. Consultado el 10 de abril de 2011 en <http://www.plataformademocratica.org/Publicaciones.aspx?IdRegistro=8120>
6. Arendt, H., (1998) *La condición humana*, Barcelona, Paidós,
7. Artigas, C. (2003) La incorporación del concepto de derechos económicos, sociales y culturales al trabajo de la CEPAL. Reseña de algunas lecturas pertinentes. División de Desarrollo Social, Unidad de Derechos Humanos, CEPAL, Santiago de Chile, septiembre de 2003.
8. Arvritzer, L (2002) pp:81-82. *Democracy and the Public Space in Latin America*, Princeton University Press.
9. Arrau, F (2002) “Conceptualización del plan de acceso universal con garantías explícitas (AUGE) eje de la actual reforma de salud”. Serie de Estudios de Anticipación, Año I, (I), Abril, Santiago. Biblioteca del Congreso nacional de Chile. Recuperado el 20 de agosto de 2010 en http://www.ben.cl/pags/home_page/muestra_documentos.php?id=30.
10. Ayala, J., (2001) “Políticas de Estado y Arreglos Institucionales para el Desarrollo en México” revista *Planeación y desarrollo*, <ed. <especial N° 8/9 Mayo 2001, Barcelona, España.
11. _____ 1999, *Instituciones y economía. Una introducción al neoinstitucionalismo económico*. EF Fondo de Cultura Económica, México, pp 55-81.
12. Barnes, M. (1999), “Researching Public Participation”, en *Local Government Studies*, Vol.25 N° 4, London, pp 60-75.
13. Beaumont, H, (2007), Lista de espera AUGE –No AUGE. Exámenes y procedimientos en servicios de Salud Chilenos. Ponencia presentada ante la Comisión Especial Investigadora destinada a establecer las causas que han motivado los incumplimientos de las garantías de oportunidad y acceso al Plan AUGE. Cámara de Diputados. Valparaíso Chile
14. Bekkers V, Disjkstra G, Edwards A; Fengers M, Ed. (2007) *Governance and the democratic deficit. Assesing the democratic legitimacy of governance practices*. Ashgate Publishing Limited. Great Britain

15. Bekkers V, Edwards A, (2007) “Legitimacy and democracy: a conceptual frame work for assessing governance practices”. In *Governance and the democratic deficit. Assessing the democratic legitimacy of governance practices*. Ashgate Publishing Limited. Great Britain, pp 36-57
16. Bernhard, P. (2008). *Public Deliberation and Public Culture: The Writings of Bernhard Peters, 1993 – 2005*. Foreword by Jürgen Habermas, edited by Wessler, Hartmut. Basingstoke (Hampshire): Palgrave.
17. Beteta E, Cabezas, M., Ferreccio C, Larrañaga O, Oyarzo C, Sanhueza R (1998) Evaluación del proceso de reforma del sector público de salud chileno: una experiencia de 20 años. Instituto de Economía- PIAS. Universidad de Chile. Santiago, Mayo
18. Bericat, E, (1999) La integración de los métodos cuantitativos y cualitativos en la investigación social. Significado y Medida. Ed. Ariel, S.A. Barcelona.
19. Berrones R (2008) “El fortalecimiento de la gestión deliberativa” XIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del estado y la Administración Pública, Buenos Aires, Argentina, 4-7 nov
20. Bertoni, N., Herrera, G., Weinstein, M.: (1995)“La Participación Social en Salud. Respondiendo a los desafíos”, CORSAPS, Santiago., Marzo .
21. Bobbio, N (1991) *El tiempo de los derechos*, Madrid. Sistema
22. _____ (1987) Estado, Gobierno y Sociedad, FEC. México
23. Boeninger, E (2007) Políticas Públicas en Democracia: Institucionalidad y Experiencia Chilena 1990 -2006. Uqbar Editores, Santiago de Chile, Noviembre de 2007.
24. Bravo, E. (2009) Vinculación de la Ciudadanía y el Estado en la Política Social Chilena *Presupuestos Participativos del Servicio Salud Talcahuano*, Tesis para postular al grado de Magíster en Política y Gobierno, FLACSO – Universidad de Concepción. Profesor Guía Pablo Bravo .
25. Bresser P.C y Cunill N (ed) (1999) Lo publico no estatal en la reforma del estado. Ediciones Latinoamérica
26. Canto, M (Ed.) (2005), *Derechos de ciudadanía. Responsabilidad del Estado*, México, Icaria.
27. Celedón C; Noé M (1998). Participación y Gestión en Salud. XII Concurso de Ensayos del CLAD “Hacia la Implantación de Modelos de Administración Gerencial en Salud Pública”. Caracas, 1998
28. Celedón C, Orellana R. (2003) Gobernancia y participación ciudadana en salud. <http://www.> Consultado el 10 de enero de 2011
29. CEPAL (2008). Objetivos de Desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile,“
30. CEPAL. (2007) “Cohesión social. Inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe. Enero de 2007. CEPAL y Agencia española de cooperación Internacional, Secretaría General Iberoamericana.
31. CEPAL (1997a). Las reformas sociales en acción: vivienda. Serie Políticas Sociales N°20. Santiago, Chile, Octubre, pp 57
32. CEPAL (1997b) Las reformas sociales en acción: educación. Serie Políticas Sociales N°16. Santiago, Chile, febrero pp 52
33. CEPAL (1996) Las reformas sociales en acción: salud. Serie Políticas Sociales N° 17. Santiago, Chile, Noviembre. pp 62
34. Cereceda, L. Herrera M.(s/f) “Experiencias Participativas en Política Social, estudio de casos”, MIDEPLAN,

35. Cohen y Arato (2001), *Sociedad Civil y Teoría política*. Fondo de Cultura Económica, pp. 556 -635. México.
36. Cortina, A. (1999) *Ciudadanos del mundo. Hacia una teoría de la Ciudadanía*. Alianza Editorial. Madrid España.
37. Craig, C. (2001) "Civil/Public Sphere: History of the Concept(s)." In *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*. Amsterdam: Elsevier. Pp. 1897-1903.
38. Correa, E; Noe, M. (1998) : Nociones de una ciudadanía que crece. FLACSO, Chile, pp. 177 – 195.
39. Cornwall A, Schattan, V. (2007) *Spaces for change? The politics of citizen participation in new democratic arenas*. Zed Books. London-New York
40. Cornwall, A, Gaventa, J. (2000), "From Users and Choosers to Makers and Shapers: Repositioning Participation in Social Policy", *IDS Bulletin*, vol 31 N° 4:50-62, University of Sussex, Brighton, England
41. Cornwall, A. (2000), *Beneficiary, Consumer, Citizen: perspectives on Participation for Poverty Reduction*. Novum Grafiska AB, Gothenburg, 2000.
42. Cunill, N; Fernández, M. (2011). "Gobernanza sistémica para un enfoque de derechos en salud. Un análisis a partir del caso chileno. *Salud colectiva* 2011; 7(1):21-33. Enero-Abril. Buenos Aires, Argentina
43. Cunill N (2011) "La cuestión de la accountability y la exigibilidad de los derechos en salud ¿Qué se puede aprender de la reforma sanitaria chilena?" Versión mimeo. Enero.
44. _____ (2010). Las políticas con enfoque de derechos y su incidencia en la institucionalidad pública. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. N°46. Caracas, Venezuela, Febrero, Pag. 41-72
45. _____ (2004), "La democratización de la administración pública: los mitos a vencer", en *Política y gestión pública*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, CLAD
46. _____ (1999), "La reinención de los servicios sociales en América Latina. Algunas lecciones de la experiencia", en *Revista del CLAD Reforma y Democracia* N° 13, Caracas
47. _____ (1997), "*Repensando lo público a través de la sociedad: nuevas formas de gestión pública y representación social*", Caracas, CLAD, Editorial Nueva Sociedad.
48. _____ (1995), "La rearticulación de las relaciones Estado-sociedad: en búsqueda de nuevos sentidos", en *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, N° 4, Caracas.
49. _____ (1991) *Participación ciudadana, dilemas y perspectivas para la democratización de los Estados latinoamericanos*, Caracas, CLAD, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, 262 Págs.
50. De la Maza, G (2010) "Espacio Público y Participación Ciudadana en la Gestión Pública en Chile: límites y posibilidades. Ponencia presentada para el XV Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Santo Domingo, República Dominicana 9 - 12 de noviembre.
51. _____ (2010) *Construcción democrática, participación ciudadana y políticas públicas en Chile*. Tesis para optar al grado de Doctorado
52. _____ (2005) *Tan Lejos tan cerca. Políticas Públicas y sociedad Civil en Chile*. Lom Editores 2005, Santiago de Chile

53. _____(2004). Políticas públicas y sociedad civil en Chile: el caso de las políticas sociales (1990-2004). En: Política N° 43, Primavera, pp 105-148
54. De la Maza G, Fernández, M. (2006) “Cuando el Viento sopla desde abajo: innovaciones locales y democratización. En “*Nuevos Espacios para la Ciudadanía*. Ed. Varas A. Ediciones. Catalonia. Santiago, Chile, noviembre.
55. División de Organizaciones Sociales (2008) Agenda Pro-Participación Ciudadana. Ministerio Secretaría General de Gobierno. Santiago, Chile. Agosto.
56. _____(2007) Guía Metodológica. Cuentas Públicas Participativas. Ministerio Secretaría General de Gobierno. Santiago, Chile
57. Donoso N, (2006) “Reforma de Salud. ¿Oportunidad u obstáculo para la gestión participativa? en Fernández, M (Ed), Innovaciones en la gestión participativa de la salud. Lecciones y Aprendizajes, Chile: Universidad de los Lagos-Ministerio de Salud. Santiago de Chile.
58. Drago, V. (2006), “La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos”, *Serie Políticas Sociales, N° 121, Junio de 2006 CEPAL, Santiago de Chile..*
59. Dryzek, J (1990) “Discursive democracy: policy, politics and political science, Cambridge University Press. Cambridge
60. Echeverry, M, E (2009). “*Las Organizaciones de usuarios: incidiendo en la construcción del derecho a la salud*”. *Rev. Gerenc.polit.salud*, Bogotá Colombia, 8 (17:80-105. Junio-Diciembre)
61. Escobar, D (2001) La participación ciudadana en los programas de promoción de la salud. Documento preparado en el marco del seminario de grado "Modernización y Desigualdad Social" para optar al grado de Lic. en Sociología. Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile.
62. Espinoza, G (2007) La estrategia del gobierno de Bachelet respecto de la participación ciudadana y la sociedad civil. Su relación con el fortalecimiento de la sociedad civil. Tesis para optar al título profesional de Socióloga. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Sociología, Noviembre de 2007.
63. Fernández, M, Donoso N (2010). Ciudadanía y Participación en Salud. Factores Críticos para una relación virtuosa entre las reformas sectoriales y las innovaciones locales. En: Innovación Local en América Latina. Un recorrido por diversas experiencias latinoamericanas, estudios e investigaciones. Observatorio de la Innovación pública local en América Latina. LOM. Santiago, Chile, pp 149-193
64. Fernández, M, De la Maza, G (2009) “Articulación de actores: claves y límites en las experiencias de desarrollo de los territorios”. Corporación Innovación y Ciudadanía-Subsecretaría de Desarrollo Regional: Santiago, Chile.
65. Fernández M (2008) “Buenas Prácticas de Promoción de la Salud”. Ministerio de Salud-Universidad de Los Lagos. Santiago, Chile
66. Fernández (Ed) (2006) Innovaciones en la Gestión Participativa de la Salud. Lecciones y Aprendizaje, Universidad de Los Lagos - Ministerio de Salud, Santiago de Chile, abril.
67. Fernández, M (1999). Límites y potencialidades de políticas innovativas en la participación local (La experiencia del IRAL). En revista de Economía y Trabajo en Chile N°9. Programa de Economía del Trabajo. Santiago, Chile. Pp 173-198

68. Fernández M, Ochsenius C (2005): Innovaciones, arreglos institucionales y participación: Contribuciones a la reforma de salud. Universidad de Los Lagos-MINSAL, Santiago, Chile pp 150
69. FONASA (2011) Listas de espera AUGE en <http://www.fonasa.cl/wps/wcm/connect/648fad5a-f235-410d-9cb2-de0060133cb8/Gr%C3%A1fico+Litsa+de+Epera+Auge+Septiembre.pdf?MOD=AJPERES&ContentCache=NONE>, Septiembre 2011.
70. FONASA (2008) ¿Qué ha pasado con las reformas sanitarias en América Latina? Tercer Seminario internacional. Una contribución a la agenda del bicentenario. Fondo nacional de Salud. Chile, Noviembre.
71. FONASA (2006) Protección y Seguridad Social en Salud. Segundo Seminario internacional. Una contribución a la agenda del bicentenario. Fondo nacional de Salud. Chile Septiembre 2006.
72. Franco, R.; Morales J.A. y Marfán M. (1998) Las reformas Sociales en Acción: la Perspectiva Macro. Serie Políticas Sociales N° 26, CEPAL Santiago de Chile
73. Fung A; Wright E Olin (2001) Deepening democracy: Innovations in empowered participatory governance. *Politics & Society*, vol.7:315-344
74. Garretón M.A. y Cumsille G. (2002) Las percepciones de la desigualdad en Chile. *Revista Proposiciones* Vol. N° 34, Santiago, Octubre 2002. Ediciones Sur. Obtenido desde <http://www.sitiosur.cl/r.php?id=458>.
75. Garretón, M A (2000) , *La sociedad en que vivi(re)mos. Introducción sociológica al cambio de siglo*. LOM Ediciones, Santiago de Chile.
76. Garretón, MA (2001) Cambios sociales, actores y acción colectiva en América Latina. Serie Políticas Sociales N° 56. División de Desarrollo Social, Santiago, Chile, Octubre, pp 45
77. Gaventa, J. y Ashati, S (2010) Literature Review on Active Participation and Human Rights Research and Advocacy, Institute of Development Studies, May 2010, University of Sussex, Brighton, UK.
78. Gaventa J, McGee,R, 2010. "Introduction: making change happen –citizen action and national policy reform, pp 1-43, en *Citizen Action and National Policy Reform*. Zed Books, London, England
79. Gaventa, J. (2006) *New Public Spaces*. Ed. Michael Baezley. Cable Space, Great Britain.
80. Gaventa J. (2006), *Triumph, deficit or contestation? Deepening the "deepening" democracy debate.*, Institute of development studies, Julio 2006, University of Sussex, Brighton, UK.
81. _____ (1997) "Bridging the gap between state and citizen". Institute of Development Studies, University of Sussex Brighton, England. .
82. Gentes, I (2006) "Modernización del Estado y Gestión Pública Participativa en Chile: alcances, obstáculos y perspectivas. *América Latina Hoy*, vol.42:61-91, abril
83. Giddens, A (1991), Capítulo 15, *Las comunicaciones y los medios de Masas*, pp 573 – 617 *Teorías sobre los medios de comunicación: Primeras teorías* p 585. Alianza Editorial, cuarta edición 2010.
84. Guendel, L (2002) *Políticas públicas y derechos humanos*". *Revista de Ciencias Sociales* (XLIII), No. 97
85. _____ (2000) "La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los derechos humanos: La búsqueda de una nueva utopía". En Ed. Soto, Sergio "*Política*

- Social. Vinculo entre Estado y Sociedad* Ed. San José-CR, Editorial de la Universidad de Costa Rica. Pp 169-217
86. Habermas J (1999) *La inclusión del otro: estudios de teoría política*. Ed. Paidós. Buenos Aires.
 87. _____(1991) *The structures transformation of Public Sphere*. The MIT Press. Cambridge. Massachusetts.
 88. _____(1987). *Teoría de la Acción Comunicativa*. Editorial Taurus. Madrid. España.
 89. _____(1981) *Historia y Crítica de la opinión pública*. Gustavo Gilli. Barcelona.1994.
 90. Hardy, C (1997). *La reforma social pendiente*.Las Ediciones de Chile 21,1997, Santiago de Chile.
 91. Jiménez, J. (1994), *Reforma de los sistemas de salud en América Latina: El Caso de Chile*. Seminario Banco Mundial-EDI; OPS y Ministerio de Bienestar Social de Argentina. Buenos Aires, Argentina
 92. Kymlicka, W (2004) “Igualitarismo liberal y republicanismo cívico: ¿amigos o enemigos?”, en: F. Ovejero, J.L. Martí y R. Gargarella (Ed), *Nuevas Ideas Republicanas. Autogobierno y libertad*, Barcelona, Editorial Paidós,
 93. Kymlicka, N (1996) “El retorno del ciudadano, Cuadernos CLAEH N° 75, Montevideo. pp. 83
 94. Lechner, N (1993) “Modernización y modernidad. La búsqueda de la ciudadanía”. En *Modernización económica, democracia política y democracia social*. Serie estudios sociológicos. Colegio de México, Centro de estudios Sociológicos. México, pp 63-75.
 95. _____(1991) “El ciudadano y la noción de lo público” En *Leviatán*, N° 43 -44., primavera-verano, Fundación Pablo Iglesias Madrid, España. Pp 107-116.
 96. Luhmann, N (1993) *Teoría política del Estado de Bienestar*. Ed. Alianza.
 97. Maceira, D (2007) *Actores y reformas de salud en América Latina*. Nota Técnica de Saúde N° 1/2007. Departamento de Desarrollo Sostenible. División de Programas de Desarrollo Social. Banco Interamericano de Desarrollo, Buenos Aires, Argentina, Marzo
 98. Marshall: (1998,) “Ciudadanía y clase social”; en Marshall y Bottomore: *Ciudadanía y Clase Social*, Alianza Editorial, Madrid, 1998, pp. 22 y 23.
 99. *Más Voces*, (2003–2005)Corporación Participa, Promoviendo una ciudadanía informada y participativa
 100. Massad, C (1995) *Acercar la Salud a la Gente*. Selección de Discursos, Ministerio de Salud, Stgo., 1995, p. 84 Méndez, C , Vanegas, J (2010) “La participación social en salud: el desafío de Chile. *Rev. Panam Salud Pública* 27(2), 144-148.
 101. MIDEPLAN (2001), *Estado y Generación de Espacios democráticos en el Campo de las Políticas Sociales*, Unidad de Estudios Prospectivos, Mideplan, Santiago de Chile, Marzo de 2001
 102. MINSAL (2010a). Documento de trabajo para la definición de los Objetivos Sanitarios 2010 – 2020 Subsecretaría de Redes Asistenciales. Departamento de Participación Social y Trato al Usuario. Santiago, Chile
 103. _____ (2010b). *Medición Nacional de Satisfacción Usuaría en la Red Pública de Salud de Chile*, aplicación 2009. Departamento de Participación Social y Trato al Usuario, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Santiago, Chile.
 104. _____(2009) *Participación Social en Salud: Reflexiones y Herramientas para la Acción desde Chile*.

105. _____ (2008) . Fija conformación del consejo consultivo a que se refiere la ley n° 19.966. Resolución Exenta N° 610. Subsecretaría de Salud Pública. Publicada en el Diario Oficial de 22.10.08 Santiago, 17 de septiembre
106. _____ (2007), Documento Orientaciones Metodológicas para la constitución de Consejos de Desarrollo y otras Instancias de Participación Social en la red Pública de Salud., Santiago de Chile
107. _____ (2006)“Orientaciones metodológicas para la constitución y/o fortalecimiento de instancias de participación en establecimientos de atención primaria” Unidad Participación Social. Julio.
108. _____ (2005) Participación en Salud. Santiago de Chile
109. _____ (2004) “Aportes al desarrollo de la participación social en la gestión de salud”, Unidad de participación social
110. _____ (2002) Objetivos sanitarios 2000 – 2010, El Vigía, Boletín de Vigilancia en Salud Pública en Chile, disponible en <http://epi.minsal.cl/epidemiologia>
111. _____ (1999). Promoción de la Salud Para Chile. División de Atención Primaria; Unidad de Promoción de la Salud: Santiago
112. _____ (1997) “Marco de referencia para la acción regional en Promoción de Salud”, Documento de Trabajo, Mayo.
113. _____ (1993) Políticas de Salud y Organismos No Gubernamentales en Chile. Balance de Gestión 1990–1993. División de Programas de Salud, Departamento de Atención Primaria. Programa
114. Múnrrera L (2001) “La tragedia de lo público. Lo público y lo privado. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, pp 226-43
115. Noé M. (1996) “Participación ciudadana en evaluación de Políticas Públicas”, Conferencia FLACSO-Chile, Comisión de Salud; Santiago. Septiembre.
116. OMS- OPS- MINSAL –FLACSO. (2005) Construyendo la nueva Agenda Social desde la mirada de los Determinantes Sociales de la Salud. Documento Síntesis del Ciclo de Diálogos Democráticos. Santiago, Chile Diciembre pp 39-40
117. ONU (2002) Office of the United Nations Commissioner for Human Rights. Draft guidelines: A Human Rights approach to Poverty Reduction strategies.
118. OPS (2008) Redes Integrales de Servicios de Salud, conceptos y opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie La Innovación de la administración de la Salud en las Américas. Washington DC, 20 de octubre de 200
119. _____ (2006), Una visión del sistema de salud chileno: orientaciones y oportunidades para alianzas internacionales.
120. _____ (1995): La participación social en el desarrollo de la salud: experiencias latinoamericanas, HSP/SILOS-35, 1995, pp. 2 y3.
121. _____ (1993) : Sistemas Locales de Salud. Temas de discusión, HSS/SILOS-17, 1993.
122. _____ (1994) “Evaluación y apoyo a procesos de participación Social en la Promoción y el Desarrollo de la Salud desde los Sistemas Locales de Salud”, Washington D.C., 1994
123. Ordoñez,J.(2000)Los Derechos Fundamentales como referente del Paradigma de ciudadanía civil y de la definición de la frontera de exclusión social” , en Exclusión social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe. Gacitúa, Sojo y Davis (Eds) FLACSO – Banco Mundial, Costa Rica, 2000.

124. Palma, S. (2008). Cambios de Ciclo Político en Chile y los desafíos de un Gobierno Ciudadano, tesis para optar al grado de Magíster en Política y Gobierno. Prof Jefe Paulo Hidalgo. FLACSO Chile, Universidad de Concepción.
125. Pautassi, L (2010). “El enfoque de derechos y la inclusión social. Una oportunidad para las políticas públicas” En Pautassi L (Organizadora). Perspectiva de derechos, políticas públicas e inclusión social. Debates actuales en La Argentina. Editorial Biblos. Investigaciones y ensayos. Buenos Aires, Argentina, septiembre. pp 27-66
126. _____ (2007), “El ciudadano como cuestión social: una aproximación desde el enfoque de derechos”, Serie Mujer y Desarrollo N° 87, Santiago de Chile, CEPAL.
127. PNUD (2004) La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos. Buenos Aires. Argentina.PNUD
128. _____ (2000a). Desarrollo Humano en Chile. Más sociedad para gobernar el futuro.. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Santiago, marzo
129. _____ (2000b) Informe Sobre Desarrollo Humano. Programa de las naciones Unidas para el Desarrollo. Ediciones Mundi-Prensa Libros SA. Madrid, Barcelona, México.
130. _____ (2004) La democracia en América Latina. Hacia una democracia de ciudadanas y ciudadanos. Buenos Aires. Argentina.
131. Programa Ciudadanía y Gestión Pública (2009) Gestión municipal participativa. Construyendo democracia cotidiana. Delamaza y Flores (Eds.) Corporación para la Innovación en Ciudadanía, Universidad de Los Lagos, Santiago de Chile. Marzo, pp353
132. _____ (2005). Nuevas experiencias de gestión pública ciudadana. Las 20 destacadas del Premio 2004. Corporación para la Innovación en Ciudadanía, Universidad de Los Lagos, Santiago de Chile. Diciembre pp 407
133. _____ (2003a) Ampliando la ciudadanía, promoviendo la participación: 30 innovaciones locales, Fundación nacional para la superación de la pobreza _ Instituto de Asuntos Públicos Universidad de Chile, Lom Ediciones, Santiago de Chile Noviembre p.911
134. _____ (2003b) Iniciativas sociales locales y ciudadanía hacia un Chile democrático, Fundación nacional para la superación de la pobreza- Instituto de Asuntos Públicos Universidad de Chile, Lom Ediciones , Santiago de Chile, Abril pp 358
135. Quiero, K (2005). “Los Imaginarios sociales de la reforma de salud en Chile”. Revista Mad.N°12, Departamento de Antropología, Universidad de Chile, Mayo. Consultada en :<http://www.revistamad.uchile.cl/12/paper05.pdf> el 30 de septiembre de 2010
136. Rabonikof, N (2010). Discutiendo lo público en México. En Merino M Coordinador. ¿Qué tan publico es el espacio público en México? FCE. México pp 25-56
137. _____ (2008) Concepciones del Espacio Público y formas de pensar la política (pp. 41-57)
138. _____ (1997) El espacio público y la democracia. Colección tesis de la democracia. Serie Ensayos N°1. Instituto Federal Electoral, abril, México
139. Ramirez, (2008) El espacio público como potencia. Controversias sociológicas desde la experiencia participativa de Medellín. Iconos 32 (pp 61-73)
140. _____ (2002), Modernización de la gestión publica, participación ciudadana y generación de capital social : lecciones y aprendizajes de la experiencia del plan de desarrollo comunal en Chile. Panel: “Gestão Pública: O Desafio da Democracia no Modelo Participativo. Ponencia en el VII Congreso Internacional del CLAD sobre la

Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002

141. Rawls, J, (1978) Teoría de la justicia, México, Fondo de cultura Económica.
142. Rifkin, S (1986) “Lessons from community participation in health programmes. Health Policy Planning; 1:240-249
143. Salinas et al (2007), “Vida Chile 1998-2006: Resultados y desafíos de la política de promoción de la salud en Chile”, Revista Panamericana de la Salud. Vol. 21 N° 2 – 3.
144. Sampieri,R; Fernández, C; Baptista P (1998) Metodología de la Investigación. Con aplicaciones interdisciplinarias. Tercera edición. Ed. Mc Graw Hill
145. Sojo, A.(1996), “Reformas de gestión en la salud Pública en Chile”, en Serie de Políticas y Reformas Sociales N° 13, Santiago de Chile, CEPAL
146. Stivers, C (2001), “Citizenship Ethics in Public Administration”, en Handbook of Administrative Ethics, Terry L, Cooper (ed.), New York, M. Dekker (Public Administration and Public Policy; N° 86).
147. Strauss, A; Corbin, J (2002). Bases de la Investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Ed. Universidad de Antioquia. Colombia pp 326
148. Subdere, (2010) Buenas Prácticas para el desarrollo de los territorios. Experiencias destacadas 2009. División de políticas y estudios. Departamento de estudios y evaluación. Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo-Corporación para la Innovación en Ciudadanía. Santiago. Chile. pp 188.
149. _____(2009). Buenas Prácticas para el desarrollo de los territorios. Experiencias destacadas. División de políticas y estudios. Departamento de estudios y evaluación. Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo-Corporación para la Innovación en Ciudadanía. Santiago. Chile. pp 188
150. Superintendencia de Salud (2005), Monitoreo y Seguimiento de la reforma: Determinación de Línea Basal de Equidad en el Financiamiento y Protección Financiera. Departamento de Estudios y Desarrollo (C. Cid; A. Muñoz; X. Riesco; E Salazar; R. Tegmeier y M. Inostroza). Santiago de Chile.
151. _____(2003), evaluación de los procesos e impactos de la reforma sanitaria al sistema de salud de Chile. Documento de Trabajo. Serie Estadísticas. Santiago de Chile.
152. Superintendencia de Salud y Adimark, (2008), Evaluación del acceso, equidad en el acceso e impacto en la implementación del régimen de garantías explícitas de Salud. Informe integrado de los tres servicios de Salud. Informe Final. Estudio 1879/08, Santiago de Chile
153. Sulbrandt, J., (1997) “La gerencia de políticas y programas sociales”, en Cambio Social y Políticas públicas; Centro de Análisis de Políticas Públicas Cátedra UNESCO, Universidad de Chile y programa <latinoamericano de Políticas Sociales (Ed) R Urzúa 1997
154. Valdés, J, Ochsenius, C, Fernández M, De la Maza G,, Escobar D (2003) De Pacientes a Ciudadanos. Instituto de Asuntos Públicos. Universidad de Chile. Marzo, 2003
155. Vargas H, J (2004) Impacto de los cambios en la cultura política en el aprendizaje para la transformación institucional y organizacional en el diseño de nuevos arreglos institucionales en el escenario de la globalización. Nómadas N° 10 Julio-diciembre 2004. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas. España. ISSN 1578-6730. www.ucm.es/info/nomadas/10.

156. Villarán, S (S/f) Políticas Públicas con enfoque de derechos humanos. Presentación power point.
157. Weber, M (1994) Economía y Sociedad. Ed, Winckelman J y Medina, J. Fondo de Cultura Económica. México
158. Weinstein, M. (1997): “Participación Social en Salud. Acciones en curso”; FLACSO, Santiago.

XII. ANEXOS

Anexo 1

FICHA DE REGISTRO EXPERIENCIAS DE PARTICIPACION

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1.1. Nombre experiencia:

1.2. Institución, asociación, red que la impulsa:

1.3. Contraparte institucional:

1.4. Comuna y región donde se ubica la experiencia :

1.5. Año de inicio de la experiencia:

1.6. ¿Sigue vigente?:

2. COBERTURA Y ALCANCE

2.1. Escala Institucional/ Político Administrativa (barrial,/comunal,/provincial,/regional,/nacional) Señale los lugares específicos que cubre la experiencia:

2.2. Población a la que se orienta (Infancia, jóvenes, mujeres, hombres, adultos mayores, población general)

2.3. Estime el número de participantes activos de la experiencia y de personas que se benefician de la acción

2.4. Carácter del espacio que cubre la experiencia. Indique si es Urbano /Rural/ Mixto y cualquier otro dato que ayude a caracterizar el espacio en que se ubica la experiencia:

3. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

3.1. ¿Está la experiencia inserta en alguna norma? ¿Cuál? ¿La norma es específica del sector salud?

3.2. Si es que no responde a una norma ¿cuál es el marco que la sustenta?

3.3. ¿Quién le da vida a la experiencia?

3.4. ¿Cuáles son los objetivos? (enumere los tres mas importantes)

1.
2.
3.

3.5. ¿Hay alguna vinculación entre la aparición de la experiencia y la promoción, defensa o garantías de derechos en salud?

3.6. Tipo de las principales actividades que realiza o han sido :

4. ACTORES

4.1 ¿Cuáles instituciones u organizaciones están involucrados en la experiencia y que roles juegan? (decisión, apoyo logístico, difusión o información , financiamiento). Si juega más de un rol, señálelo

Actores Públicos		Actores Privados		Actores Sociedad Civil	
Nombre	Rol/es	Nombre	Rol/es	Nombre	Rol/es

4.2. ¿Por quiénes están representadas las instituciones u organizaciones que participan en la experiencia?
 Señale el cargo que ocupan dentro de la institución

4.3. ¿Quiénes influyeron en la composición de la instancia de participación?

4.4. ¿Cómo fueron designados los participantes?

4.5. ¿Están presentes todos los tipos de actores interesados? ¿Quedan algunos excluidos? ¿Porqué?

4.6. ¿Hay renovación de los participantes? ¿Con que periodicidad?

5. FUNCIONAMIENTO DE LAS INSTANCIAS DE PARTICIPACION

5.1. ¿Quién y cada cuánto tiempo se convoca?

5.2. ¿Hay procesos de acompañamiento o capacitación?

5.3. ¿Qué cambios ha experimentado la experiencia a lo largo del tiempo?. Describa los principales hitos o etapas de desarrollo

5.4. ¿Hay mecanismos de seguimiento de los acuerdos?

6. EFECTOS

6.1. ¿Cuáles son los principales resultados y logros obtenidos hasta ahora?

6.2 Se logra o ha logrado injerencia en decisiones? ¿Cuáles? ¿Cómo?

6.3 .Principales cambios en la gestión pública inducidos por la experiencia

6.3. Cambios que se han producido en los participantes como resultado de la experiencia.

6.4. Efectos de la experiencia en la promoción, defensa o garantía de los derechos de la salud

ANEXO N°2

Metodología y Criterios de Jerarquización de Experiencias de Participación en los Servicios de Salud

La jerarquización toma como foco del análisis los siguientes criterios, puntos de referencia y escalas de jerarquización:

Criterios	Algunos puntos descriptivos
<p>Perspectiva de derechos</p>	<p>Objetivo: busca identificar aquellas experiencias que enfatizan su preocupación por los derechos en salud. Para ello desarrollan un esfuerzo por promocionarlos y garantizar su ejercicio.</p> <p>Puntos de Atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Información sobre derechos - Reivindicaciones en torno a derechos reconocidos - Propuestas en relación a derechos reconocidos - Construcción de agendas sobre nuevos derechos. <p>Escala de referencia: Los puntajes oscilan del 0 al 5. El cero se asigna cuando no está presente la perspectiva de derechos. El punto más bajo puede asociarse a una acción limitada del Estado o de las comunidades respecto del traspaso de información acerca de derechos y de la oferta pública de programas sociales que permiten su ejercicio. El punto más alto puede asociarse a la construcción de agendas sobre nuevos derechos..</p> <p>Argumentación: En este indicador debe argumentarse cómo y de que forma las experiencias colocan el tema de los derechos, indicar brevemente los atributos que consideró para colocar esa puntuación, así como las fortalezas y debilidades de la experiencia en este punto.</p> <p>Escala de referencia:</p> <ul style="list-style-type: none"> -No está presente el atributo:0 puntos -Información sobre derechos:.....1 punto - Reivindicaciones en torno a derechos reconocidos: 2 puntos - Propuestas en relación a derechos reconocidos: 3 puntos - Construcción de agendas sobre nuevos derechos: 5 puntos

<p>Deliberación</p>	<p>Objetivo: Orientado a identificar la características del espacio en que se producen los <i>vínculos entre la sociedad civil y la gestión pública</i>. Este criterio apunta a identificar las iniciativas que presentan un espacio de dialogo sostenido entre actores de la sociedad civil sobre sus distintas perspectiva e intereses que devengan en visiones compartidas, en la articulación de los saberes y en modos democráticos de zanjar las diferencias mediante acuerdos que incidan en la decisiones.</p> <p>Los puntajes oscilan del 0 al 5</p> <p>Puntos de atención: El punto mas bajo se asocia a un vínculo que atiende a la obtención o transmisión de información o diagnósticos, y en su punto mas alto, a aquellos espacios en que se observan interacciones sistemáticas que van permitiendo construir visiones compartidas o agendas comunes y de carácter vinculante</p> <p>Escala de referencia: -Espacios de tipo informativo y no vinculante:0 puntos -Construcción de visiones comunes y/o agendas compartidas: 3 puntos -El espacio es vinculante sobre una agenda común:.....5 puntos</p>
<p>Inclusión</p>	<p>Objetivo: Orientado a establecer aquellas experiencias que, mediante formas diversas, amplían la representación integrando la voz de las comunidades organizadas y las no organizadas, los afectados y la ciudadanía en general al tomar las decisiones públicas. La visión es que mientras más amplia es la representación menos posibilidad de captura de la agenda por intereses de grupo o sólo institucionales</p> <p>Los puntajes oscilan del 1 al 5</p> <p>Puntos de Atención: El puntaje mas bajo se asocia a aquellas experiencias donde los participantes son un numero reducido y sin desarrollo de acciones para ampliar la representación y el mas alto aquellas donde hay mecanismos para incluir la voz de comunidades organizadas y no organizadas</p> <p>Escala de referencia: -Participan grupos reducidos de afectados:.....1 Punto -Participan comunidades organizadas:..... 3 Puntos -Participan comunidades organizadas y no organizadas:... 5 Puntos</p>

<p>Autonomía</p>	<p>Objetivo: Este criterio está orientado a medir el grado en que se publica el espacio de participación construido considerando cómo y quiénes deciden la agenda y la representación.</p> <p>El puntaje oscila de 0 a 5</p> <p>Puntos de Atención: El puntaje más bajo corresponde a aquellas experiencias donde el contenido de la agenda es definido por la institucionalidad pública en función de sus propios intereses y/o la representación de las comunidades es nominada por el estado, no tiene rotación y/o no se observan mecanismos de renovación de líderes en la instancia. El puntaje más alto corresponde a aquellas que dan cuenta de mecanismos democráticos de representación y la agenda o los temas de decisión son concordados entre los actores institucionales y sociales.</p> <p>Escala de referencia: -La decisión sobre participantes y de agenda corresponde al Estado: 0 puntos -Las comunidades tienen mecanismo democráticos de representación pero la agenda es propia del estado: 3 puntos -Existen mecanismos democráticos de generación de agenda y representación: 5 puntos</p>
<p>Incidencia en la Gestión</p>	<p>Objetivo: Está orientado a establecer la medida en que los procesos de participación generan cambios en la gestión pública que dan cuenta de la atención a las agendas o problemáticas que afectan a las comunidades.</p> <p>El puntaje oscila del 0 al 5</p> <p>Puntos de atención: El puntaje más bajo se asocia a aquellas experiencias que no trasuntan cambios en la gestión que den cuenta de las necesidades o las agendas construidas en el espacio de participación. Y el más alto a aquellas que si han efectuado modificaciones en la gestión, las que pueden observarse en la organización, la política, la agenda de trabajo o en la cultura de los agentes.</p> <p>Escala de referencia: -No se observan cambios:..... 0 puntos -Se observan cambios en proceso:... 3 puntos -Se observan cambios en la gestión: .5 puntos</p>

4. Método de jerarquización

El proceso de jerarquización corresponde a:

- a) La aplicación de la pauta asignando un puntaje a cada una de las dimensiones establecidas por cada experiencia, los cuales son vaciados en el Formulario de Jerarquización (ver Anexo). En él se debe fundamentar la asignación de puntaje y observar aquellos aspectos a los cuales requiera prestarse atención en una eventual documentación en terreno. Además se debe identificar la experiencia e incluir sus tres principales objetivos y resultados.
- b) Entregar un listado jerarquizado de las experiencias que consigne los puntajes obtenidos en cada dimensión más el total, ordenadas de mayor a menor.

5. Material Disponible

Para desarrollar el proceso se contará con:

- Una copia del cuestionario de profundización, la ficha de registro inicial y la documentación en terreno o publicación del caso si este estuviera disponible; o la ficha de registro llenada por informantes claves. .
- El presente documento metodológico.
- Los instrumentos anexos

Todo el material proporcionado por el proyecto debe ser devuelto una vez finalizado el proceso.

6 Puntajes Máximos y Mínimos

La realización de una jerarquización comparativa de las distintas iniciativas busca cotejar las experiencias de acuerdo a una dimensión que las asemeja y que en algún sentido las constituye, asignándole un puntaje a cada criterio y del total ordenadas de mayor a menor indicando además las observaciones que se consideren pertinentes.

Cada indicador se evaluará con puntajes que varían entre uno (insuficiente) y cinco puntos (destacado). Finalmente, sumando los puntajes por criterios según actor tenemos los siguientes puntajes totales posibles:

PUNTAJES TOTALES POSIBLES

Criterios	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo
Perspectiva de derechos	0	5
Deliberación	0	5
Inclusión	1	5
Autonomía	0	5
Incidencia en la gestión	0	5
Total	1	25

ANEXO N° 3

Síntesis descriptiva de Experiencias de Participación por Servicio de Salud

1.- Región del Bío-Bío

1.1 Servicio de Salud Talcahuano

Nombre de la Experiencia	Cuenta Pública Participativa
Servicio de Salud	Talcahuano
Síntesis Descriptiva	<p>Instancia de Participación Ciudadana en salud que nace el 2006. Está integrada por directivos del SS, funcionarios de salud, usuarias y usuarios. Potencia el control de la ciudadanía sobre la toma de decisiones, transformándose en una iniciativa de diálogo y discusión.</p> <p>Se desarrolla en tres etapas: Preparación y presentación de la Cuenta, Proceso de respuesta a consultas y comentarios, Publicación de la cuenta en el portal institucional del Servicio, lo que amplía aún más la capacidad del instrumentos de incluir a la comunidad en la publicación de los logros de su gestión.</p>
Actores Involucrados	<p>Actores Públicos Dirección del Servicio de Salud Funcionarios de los distintos establecimientos del Servicio.</p> <p>Actores de la Sociedad Civil Usuarias y usuarios del Servicio.</p>
Principales Objetivos	Contribuir a mejorar la calidad de vida de los usuarios del servicio, satisfaciendo sus necesidades de salud con énfasis en equidad y participación
Principales Logros	<p>Es un mecanismo que permite instalar la participación ciudadana en forma transversal en los establecimientos de salud.</p> <p>Favorece la participación activa de los integrantes del equipo de salud y la comunidad en el proceso de rendición de cuenta.</p> <p>Permite realizar un análisis de la gestión y las decisiones desde el punto de vista de la ciudadanía.</p>

Nombre de la Experiencia	Consejo Integrado de la Red Asistencial
Servicio de Salud	Talcahuano
Síntesis Descriptiva	<p>Instancia de Participación Ciudadana en salud, integrada por directivos del SS, directivos hospitalarios y municipales, además de representantes de la comunidad habitante del territorio del Servicio de Salud. Ha permitido la inclusión de la ciudadanía en la toma de decisiones, transformándose en una iniciativa pionera en materia de integración de la red asistencial.</p> <p>Actúa como órgano asesor de la dirección del Servicio de Salud en materias de gestión de la Red, potenciando acciones para que la administración sea más eficiente y eficaz.</p> <p>Al CIRA le corresponde, la definición de estrategias de articulación y coordinación de la red con el fin de resolver problemas de gestión, satisfacción usuaria, programación en red, fomento y difusión del mejor uso de la red pública de salud.</p>
Actores Involucrados	<p>Actores Públicos Director del Servicio de Salud Talcahuano. Directores de DAS Municipales Jefes de Unidades de gestión del SS Directores de Hospitales de la Provincia</p> <p>Actores de la Sociedad Civil - Dos Representantes del Consejo de Participación Social.</p>
Principales Objetivos	Articular la red asistencial de la provincia en forma eficaz y eficiente, y proponer iniciativas para disminuir las brechas de atención, mejorando la calidad y oportunidad de las acciones de salud de la población.

	Lograr la integración real y funcional de la red para garantizar el cumplimiento de la resolución de los problemas de salud de las personas Ejercer funciones de control, evaluación, monitoreo y corrección de los distintos procesos de la Red Asistencial.
Principales Logros	

Nombre de la Experiencia	Comités de Solicitudes Ciudadanas
Servicio de Salud	Talcahuano
Síntesis Descriptiva	Los Comités de Solicitudes Ciudadanas son una instancia de participación creada en 2006 por el Servicio de Salud Talcahuano como respuesta a la orientación ministerial que establece que los reclamos fuesen de conocimiento de la comunidad organizada. Estos comités funcionan autónomamente en cada establecimiento de salud de la red y cuentan, para el ejercicio de su función, con la participación de representantes sociales, los que junto a los funcionarios de salud pertinentes, generan propuestas de mejora de la calidad de servicio.
Actores Involucrados	Actores Públicos -Directora/a del Establecimiento -Encargado/a OIRS -Jefaturas de servicios pertinentes Actores de la Sociedad Civil -Representante/s gremial/es. -Representante/s de la instancia de participación social (Consejo de Desarrollo, Consejo Consultivo o Comité Vida Chile).
Principales Objetivos	Analizar periódicamente las solicitudes ciudadanas con el propósito de realizar propuestas de mejoras, la dirección y cumplimiento de ellas.
Principales Logros	Cogestión de solicitudes y reclamos para la mejora de la calidad de la atención, logrando avances en la oportunidad que tiene la comunidad de recibir atención de calidad.

Nombre de la Experiencia	Consejo de Participación Social en Salud
Servicio de Salud	Talcahuano
Síntesis Descriptiva	Iniciativa de participación social que se origina en el año 2003 y en la que representantes de la comunidad beneficiaria del Servicio de Salud, cumplen un rol asesor voluntario, colaborando con la gestión del Servicio y asegurando un mecanismo real que garantice la participación de todos los sectores sociales involucrados y beneficiados por la gestión del mismo. Los logros del consejo de participación contemplan, la incorporación de algunas enfermedades para ser abordadas coordinadamente en la red asistencial, el diseño de un sistema amigable para el seguimiento a las indicaciones médicas, entre otras.
Actores Involucrados	Actores Públicos Director del SS Talcahuano Unidad de Participación Social de la dirección del SS MINSAL Municipalidades de Talcahuano, Tomé y Penco Departamentos de Salud Municipal de Talcahuano, Tomé y Penco Actores de la Sociedad Civil Directorios de las Uniones Comunales de Juntas de Vecinos de Talcahuano, Tomé y Penco. Representantes de la Unión Comunal Agrupaciones de Salud de Tomé Consejos de Desarrollo Hospitalario de Talcahuano, Tomé y Penco/Lirquén Consejo de Desarrollo Consultorio Bellavista de Tomé Comités Locales de Atención Primaria de Salud "Vida Chile": Hualpencillo, San Vicente, Higuera, Los Cerros y Talcahuano Sur Comité Local de Atención Primaria de Penco
Principales Objetivos	Garantizar la participación comunitaria en la gestión del Servicio de Salud. Ser un espacio de intercambio de información entre los gestores de la red de atención en

	<p>salud y la ciudadanía. Aportar a la definición de estrategias de desarrollo, articulación y evaluación de la calidad del funcionamiento de la Red Asistencial.</p>
Principales Logros	<p>Plan estratégico del Servicio de Salud con acciones y metas en la participación de la gestión social en salud desde el año 2003-2006. Composición inclusiva y carácter resolutivo del Consejo Integrador de Red Asistencial, al que le toca sancionar líneas de coordinación internivel en las áreas de salud mental, enfermedades respiratorias, prevención y tratamiento de cáncer y enfermedades cardiovasculares. También estudia la factibilidad de adquisición conjunta de fármacos, ante su permanente déficit en los establecimientos de la red asistencial local. Diseño, bases y selección de Proyectos del Primer Fondo Concursable para el fortalecimiento de organizaciones sociales en salud.</p>

Nombre de la Experiencia	Dispensarios de Salud Comunitaria
Servicio de Salud	Talcahuano
Síntesis Descriptiva	<p>Instancia de participación que surge por las necesidades de salud de la comuna y la aspiración de llegar a tener una población que participe activamente en el autocuidado de su salud y la de los demás. Para ello el año 1992, se desarrolla un proyecto de capacitación de voluntarias o monitoras, las que aportan a la identificación y reconocimiento de los principales problemas y necesidades de salud de la comunidad usando como base su contacto con la realidad de la población de la comuna, también intervienen en actividades de prevención, de promoción y de autocuidado familiar y comunitario.</p>
Actores Involucrados	<p>Actores Públicos Dispensarios de Salud Comunitaria Actores Privados Agrupación de monitoras Actores Sociedad Civil Comunidad CESFAM</p>
Principales Objetivos	<p>Desarrollar un modelo de salud comunitaria, que permita responder de manera adecuada y eficiente a las necesidades de la comunidad local. Desarrollar procesos de capacitación que permitan educar a voluntarias del territorio, en temas de prevención, promoción y autocuidado.</p>
Principales Logros	<p>Aumento en la satisfacción de los vecinos con la atención. Conformación y consolidación de una red de apoyo en salud.</p>

Nombre de la Experiencia	Política de Buen Trato
Servicio de Salud	Talcahuano
Síntesis Descriptiva	<p>Experiencia que surge amparada por lo establecido en las orientaciones ministeriales para la mejor calidad de atención en salud. La experiencia en el Servicio de Talcahuano se desarrolló a través de una serie de actividades comunicacionales, de capacitación, y de trabajo colaborativo entre funcionarios y usuarios para la definición de derechos y deberes, que dieran origen a una política de buen trato, que marcara la ruta para concretar la humanización del trato como un sello distintivo del servicio, y que pudiera ser conocida y aplicada por todos los funcionarios y usuarios de la red.</p>
Actores Involucrados	<p>Actores Públicos Unidad de Satisfacción Ciudadana Unidad de Comunicaciones Unidad de Participación Social Departamento de desarrollo Organizacional. Unidad de capacitación Direcciones de cada establecimiento OIRS de cada establecimiento</p>

	Equipos de Programa Hospital Amigo Actores de la Sociedad Civil Gremios (FENAT, APRUS Capitulo Médico) Consejo de Participación Social y Consejos de Usuarios
Principales Objetivos	Respetar los derechos ciudadanos de los usuarios internos y externos de la Red Asistencial. Lograr la humanización del trato como un sello distintivo del Servicio de Salud Talcahuano. Elaborar y difundir una política, en cuya elaboración participaron todos los funcionarios y usuarios de nuestra red.
Principales Logros	Garantizar el derecho de los Usuarios y Usuaris del SS Talcahuano, a recibir una atención digna y de calidad, donde prime el buen trato, potenciando los derechos establecidos por la Reforma en términos de atención.

Nombre de la Experiencia	Presupuestos Participativos en Salud
Servicio de Salud	Talcahuano
Síntesis Descriptiva	Los presupuestos participativos en Salud llevados a cabo por el SS de Talcahuano, son una instancia pionera 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. Buscan impulsar y desarrollar un modelo de salud centrado en las potencialidades de las personas a partir de la implementación de iniciativas locales de la comunidad. Participan en ellos, la comunidad organizada y no organizada que reside en el territorio seleccionado por el Servicio de Salud, los funcionarios de los establecimientos que realizan los PP y los directivos del Servicio de Salud, permitiendo que la iniciativa se desarrolle de manera más inclusiva y con mayor diversidad, lo que genera también, mayores grados de legitimidad del proceso de PP y por tanto una gestión de salud más democrática.
Actores Involucrados	Actores Públicos - Servicio de Salud Talcahuano. - Consultorios y Hospitales de las comunas de Talcahuano, Tomé, Hualpén y Penco. - Encargados de Participación Social de la Dirección SST, Consultorios y Hospitales. Actores Privados - Fundación de Educación para la Salud, EPES, Hualpén. - UBB, Universidad del Biobío. Actores de la Sociedad Civil - Consejo de Participación Social en Salud. - Agrupaciones de salud comunitarias (diabéticos, hipertensos, monitoras de salud, grupos juveniles, Centros de alumnos). - Comités Locales de Salud VIDA CHILE. - Juntas de vecinos (Uniones Comunales de las 4 comunas).
Principales Objetivos	Potenciar la participación social en salud, generando instancias de decisión sobre parte del presupuesto de inversión del Servicio de Salud. Fomentar la fiscalización social sobre la actividad del Servicio de Salud Talcahuano, especialmente, sobre los acuerdos establecidos mediante el proceso participativo. Promover la concepción de la salud entendida como un derecho y un bien compartido.
Principales Logros	La prevención de la salud ha bajado la demanda en consultorios y hospitales. Se cumplen los derechos de las personas en los hospitales. Aumentó la calidad de la prestación de salud.

1.1.2 Servicio de Salud Ñuble

Nombre de la Experiencia	Cartas de Derechos
Servicio de Salud	Ñuble
Síntesis Descriptiva	<p>Experiencia que se origina en Julio de 2008 y que tiene como instancia creadora el Consejo Integrado de la Red Asistencial (CIRA).</p> <p>Surge a partir del compromiso adquirido por la Dirección del Servicio de Salud, en materia de participación ciudadana y busca integrar, mediante la realización de reuniones deliberativas y reflexivas, las visiones de los integrantes del CIRA, en lo que respecta a derechos y deberes, teniendo en consideración que un documento como éste debe constituirse como un compromiso real, de fácil comprensión, verificable y exigible por los usuarios.</p> <p>La experiencia culmina con la redacción de una carta de acuerdos, que refleja los aspectos más valorados por los actores participantes, en temáticas como buen trato en la atención, gestión y calidad de servicio.</p>
Actores Involucrados	<p>Actores Públicos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Directiva del Servicio de Salud Ñuble. -Representantes de los equipos de funcionarios de Servicio de Salud Ñuble. <p>Actores de la Sociedad Civil</p> <ul style="list-style-type: none"> -Representantes de los/as usuarios/as de los establecimientos del territorio del Servicio de Salud Ñuble.
Principales Objetivos	<p>Informar sobre las funciones que tiene encomendadas el Servicio de Salud de manera simple, fácilmente verificable y exigible por los usuarios/as.</p> <p>Establecer de manera conjunta con los representantes de los funcionarios y dirigentes sociales, compromisos de calidad en la prestación de salud, así como de los derechos de los ciudadanos y usuarios en relación con estos servicios.</p> <p>Informar y comprometer a los usuarios/as sobre sus derechos y deberes en materia de salud.</p>
Principales Logros	<p>Potenciar la participación ciudadana y la deliberación de la comunidad en decisiones de salud, a la vez de informar y comprometer a la ciudadanía usuaria del Servicio, sobre sus derechos y deberes en esta materia.</p>

Nombre de la Experiencia	Cuenta Pública Participativa
Servicio de Salud	Ñuble
Síntesis Descriptiva	<p>Instancia de Participación Ciudadana en salud que se origina el 2008. Está integrada por directivos del SS, funcionarios de salud, representantes sociales y la comunidad en general. Ha permitido el control de la ciudadanía sobre la toma de decisiones, transformándose en una iniciativa de diálogo y discusión entre la población y el Servicio de Salud.</p> <p>Se desarrolla en tres etapas: información del quehacer del Servicio, Diálogo y planteamientos de la ciudadanía, Respuesta Pública del director del Servicio a los planteamientos de la ciudadanía.</p>
Actores Involucrados	<p>Actores Públicos</p> <ul style="list-style-type: none"> Dirección del Servicio de Salud Funcionarios de los distintos establecimientos del Servicio. <p>Actores de la Sociedad Civil</p> <ul style="list-style-type: none"> Representantes sociales Comunidad en general
Principales Objetivos	<p>Crear un espacio de diálogo entre la ciudadanía y la autoridad, que fomente la transparencia de la gestión del Servicio de Salud.</p> <p>Recoger y responder, opiniones, dudas, comentarios y sugerencias que la comunidad quiera realizar a la autoridad, sobre la gestión realizada</p>
Principales Logros	<p>Es un mecanismo que permite instalar la participación ciudadana en forma transversal en</p>

	<p>los establecimientos de salud .Favorece la participación activa de todos los integrantes del equipo de salud en todo el proceso de rendición de cuenta ya que se comparten responsabilidades. Permite realizar un análisis crítico de la gestión desde el punto de vista de la ciudadanía.</p>
--	---

Nombre de la Experiencia	Consejo Integrado de la Red Asistencial
Servicio de Salud	Ñuble
Síntesis Descriptiva	<p>Instancia de Participación Ciudadana en salud que se origina el 2007. Está integrada por directivos del SS, directivos hospitalarios y municipales, además de representantes de la comunidad. Ha permitido la inclusión de representantes de la ciudadanía en la toma de decisiones, transformándose en una iniciativa pionera en materia de integración de actores comunitarios en el Consejo de la Red asistencial.</p> <p>La función del CIRA es actuar como órgano asesor de la Dirección del Servicio de Salud en materias de gestión de la Red, potenciando acciones para que la administración de la red sea más eficiente, eficaz y efectiva.</p> <p>Al CIRA le corresponde, proponer iniciativas y políticas que contribuyan a mejorar la calidad y oportunidad de las acciones de salud mejorando la referencia, derivación y contraderivación de los usuarios/as del Servicio.</p>
Actores Involucrados	<p>Actores Públicos</p> <ul style="list-style-type: none"> -12 consejeros sectoriales que corresponden a jefes de salud municipal, directores de consultorios y hospitales, elegidos participativamente. -8 representantes del servicio de salud. <p>Actores de la Sociedad Civil</p> <ul style="list-style-type: none"> -11 consejeros comunitarios elegidos democráticamente de entre representantes de los consejos de desarrollo.
Principales Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Articular la Red Asistencial de la provincia en forma eficiente y eficaz, y proponer iniciativas para disminuir las brechas de atención existentes en los establecimientos del Servicio de Salud. - Proponer políticas que contribuyan a mejorar la calidad y oportunidad de las acciones que se realizan en las atenciones de salud. - Asesorar al Director del Servicio en relación a los mecanismos de referencia, derivación y contra-derivación de los usuarios del sistema, tanto dentro como fuera de la Red del Servicio.
Principales Logros	<ul style="list-style-type: none"> - Generar un espacio de encuentro y dialogo entre directivos médicos de diversos establecimientos y representantes de la comunidad - Aporta a la comprensión de líderes comunitarios sobre las problemáticas de salud y gestión de salud en el territorio - Introduce un conjunto de medidas de mejoramiento que son percibidas como problemas por los usuarios del sistema en el territorio

Nombre de la Experiencia	Consejos de Desarrollo
Servicio de Salud	Ñuble
Síntesis Descriptiva	<p>Iniciativa generada a partir del Decreto N°140 de 2004 del Ministerio de Salud, que establece la conformación de un grupo en el que interactúan tanto funcionarios y directivos del establecimiento de salud en cuestión, como representantes de organizaciones sociales del territorio.</p> <p>El Consejo recoge opiniones y requerimientos de sus integrantes con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y la participación en la formulación, implementación y evaluación de los planes de mejora del establecimiento de salud.</p>
Actores Involucrados	<p>Actores Públicos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Representantes de los funcionarios -Equipo directivo del centro de salud respectivo. <p>Actores de la Sociedad Civil</p>

	-Representantes de organizaciones sociales como juntas de vecinos, grupos de salud, agrupaciones de mujeres, grupos juveniles, grupos de adultos mayores, ONGs de Salud, etc.
Principales Objetivos	Ser una instancia de información sobre el funcionamiento de los centros de salud para los usuarios/as. Recoger propuestas y sugerencias de los integrantes del consejo para el mejoramiento de la atención de los establecimientos de salud. Colaborar en el diagnóstico y posterior elaboración de propuestas, en el ámbito de la salud de la población que habita el territorio que abarca el establecimiento de salud.
Principales Logros	Acciones de trabajo conjunto sobre diagnóstico participativo de las necesidades de la comunidad del centro de salud. Ejercicio del derecho a la información y a participaren las decisiones, mediante la elaboración de propuestas. Análisis permanente de los reclamos de la población usuaria y aporte a los planes de mejora del trato.

Nombre de la Experiencia	Diálogos Ciudadanos para la implementación y puesta en marcha de nuevos Centros de Salud
Servicio de Salud	Ñuble
Síntesis Descriptiva	Experiencia participativa incorporada por la Agenda Pro-Participación Ciudadana de la presidenta Michelle Bachelet en el año 2006 y recogida por las orientaciones sobre participación social del Ministerio de Salud. Su desarrollo contempla la realización de una reunión en la que participa de manera inclusiva, toda la comunidad usuaria del centro de salud respectivo, además de los representantes de la comunidad organizada y el equipo técnico que le da vida a la experiencia. Busca potenciar la incidencia de la comunidad en la toma de decisiones de salud, sobre asuntos relacionados con la puesta en marcha de nuevos centros, propuestas de acción e intervención en las áreas de promoción y prevención de salud; generar compromisos con el equipo de salud respecto del cuidado, mantenimiento y ayuda que requiere el nuevo establecimiento y definición participativa del nombre de nuevos Centros de Salud Familiar (CESFAM).
Actores Involucrados	Actores Públicos -Director Servicio de Salud Ñuble. -Jefa Depto. Promoción, Participación Social y Satisfacción Usuaria. -Profesionales del Servicio de Salud Ñuble. -Alcaldes Quillón, Bulnes, Chillán y Chillán Viejo. -Director Departamento de Salud Municipal. -Directora Centro de Salud. -Equipo de Salud. Actores de la Sociedad Civil -Integrantes Consejo de Desarrollo Local. -Presidentes Juntas de Vecinos. -Usuarios y usuarias del Centro de Salud.
Principales Objetivos	Aumentar la participación ciudadana en la toma de decisiones y el control social en salud. Detectar necesidades y expectativas de los usuarios/as respecto de las prestaciones en promoción y prevención de salud. Generar compromiso y empoderamiento en los usuarios respecto del cuidado y mantenimiento de su Centro de Salud.
Principales Logros	La comunidad genera un vínculo de identidad con el equipo del nuevo Centro de Salud, se compromete en el cuidado y mantenimiento del espacio físico, a su vez conoce las

	prestaciones que este brinda y las socializa en su medio más cercano. La comunidad ha logrado decidir los nombres de los nuevos Centros de Salud, la incorporación de prestaciones preventivas y promocionales, y algunos aspectos relacionados con la infraestructura del establecimiento de salud.
--	---

Nombre de la Experiencia	Presupuestos Participativos en Salud
Servicio de Salud	Ñuble
Síntesis Descriptiva	Iniciativa que surge el año 2008, que busca promover la participación ciudadana a nivel local. Instalando en el Territorio Punilla, es un proceso deliberativo en el que la ciudadanía decide sobre el uso de los recursos públicos en salud. Se desarrolla como ciclo en el que la comunidad puede actuar a nivel de diagnóstico, deliberación, decisión y control. Así, los recursos son invertidos de acuerdo a las necesidades detectadas y priorizadas por la comunidad, lo que hace más eficientes y equitativas las inversiones del Servicio de Salud. En el proceso pueden participar todos los vecinos del territorio interesados en hacerlo, lo que le otorga mayor legitimidad al proceso, profundizando el carácter inclusivo y democrático de la iniciativa. Su objetivo final es generar capital social territorial, en un espacio en que todos los ciudadanos tienen derecho a participar y argumentar en condiciones de igualdad.
Actores Involucrados	Actores Públicos Servicio de Salud Ñuble Actores de la Sociedad Civil Vecinos del territorio de Punilla Organizaciones Sociales del territorio del SS Ñuble.
Principales Objetivos	Fomentar la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones para definir en qué invertir una parte del presupuesto de salud. Incrementar el empoderamiento ciudadano del territorio de Punilla, sobre la gestión de salud. Aumentar los niveles de participación de la ciudadanía en la toma de decisiones y control social.
Principales Logros	Mayor injerencia en las decisiones por parte de la comunidad. Más proactividad e involucramiento de los Consejos de Desarrollo en la toma de decisiones. Cambio en la forma de gestión de los equipos de salud.

Nombre de la Experiencia	Presupuestos Participativos para atención en Salud FONASA
Servicio de Salud	Ñuble
Síntesis Descriptiva	Experiencia originada en 2009, a partir de la voluntad de la Dirección Regional Centro Sur de FONASA, que responde a los lineamientos establecidos por la Agenda Pro-Participación Ciudadana y la Norma de Participación de FONASA, en lo que respecta a incluir a la comunidad en la gestión del Estado. La iniciativa consiste en incluir a la ciudadanía en las decisiones respecto de la destinación del presupuesto que FONASA entrega al Servicio de Salud, pudiendo así financiar aquellas prestaciones priorizadas por los propios representantes de organizaciones sociales, como las más relevantes y necesarias de llevar a cabo en el territorio.
Actores Involucrados	Actores Públicos - FONASA -SS Ñuble -Jefes SOME -Encargados de Participación Social Actores de la Sociedad Civil - Dirigentes Sociales Actores Privados

	-Médicos Especialistas.
Principales Objetivos	Definir en conjunto con los representantes de las organizaciones sociales una parte de su presupuesto que FONASA entrega al SSÑ para financiar prestaciones de salud que son priorizadas por representantes de organizaciones sociales como las más relevantes y necesarias de implementar. Impulsar y fomentar el control social sobre el uso de los recursos destinados a salud en el territorio. Fomentar, a nivel de las organizaciones sociales del territorio del Servicio Ñuble, mayor empoderamiento en la gestión asistencial de salud.
Principales Logros	Cumplimiento de un alto porcentaje de las prestaciones comprometidas, quedando aún por realizar las ecotomografías que se comprometieron ejecutar durante el año 2010.

Nombre de la Experiencia	Clínica Dental Municipal El Carmen
Servicio de Salud	Ñuble
Síntesis Descriptiva	Iniciativa comunal que surge el año 1994, como respuesta a una alta prevalencia y magnitud del daño bucal de la población de la comuna El Carmen. Tiene por objetivo principal mejorar los índices de salud bucal de la población en edad escolar, otorgándoles a los niños y jóvenes un estado de salud dental satisfactoria y compatible con el desarrollo de su vida laboral. La iniciativa tiene como factor de éxito, la existencia de un bus destinado a recoger y derivar a los niños de los diferentes establecimientos educacionales a la clínica dental a recibir atención, además de la incorporación de medidas que han permitido disminuir el tiempo de atención por alumno, lo que ha permitido aumentar la cantidad de población tratada.
Actores Involucrados	Actores Públicos - JUNAEB -Municipalidad de El Carmen -Hospital El Carmen -Universidad de Concepción -Escuelas y liceos de la comuna Actores de la Sociedad Civil - Grupo de Amigos de Clínica Dental El Carmen Actores Privados -JICA (cooperación internacional japonesa)
Principales Objetivos	Mejorar la calidad de vida de los carmelinos a través del logro del egreso de los escolares con un estado de salud bucal satisfactorio compatible con la continuación de sus estudios y vida laboral.
Principales Logros	Indicadores odontológicos han evidenciado una mejora progresiva, similar sucede con los indicadores de salud bucal de los escolares de la comuna.

2. Región del Libertador Bernardo O'Higgins. Servicio de Salud O'Higgins

Nombre de la Experiencia	Comités Territoriales en Salud
Servicio de Salud	O'Higgins
Síntesis Descriptiva	<p>Iniciativa que nace en 2004 y se enmarca en el proceso de reforma de salud. Tiene como foco el desarrollo de un modelo de salud familiar, que respeta la identidad del territorio. Los comités están regulados por las normas que rigen a las juntas de vecinos, poseen personalidad jurídica y en ellos participan representantes de todas las demás organizaciones comunitarias del sector.</p> <p>Se estructura como una instancia amplia, que permite la inclusión de toda la comunidad, lo que posibilita que en cada comité se realicen capacitaciones de formación de monitores y promotores de salud, los que posteriormente y en conjunto con los equipos de salud respectivos, realizan una planificación estratégica que permite diagnosticar los problemas específicos que afectan a cada sector y desarrollar planes y programas para darles solución.</p>
Actores Involucrados	<p>Actores Públicos Departamento de Salud Municipal de Pichidegua Equipo Sanitario</p> <p>Actores de la Sociedad Civil Organizaciones Sociales de la comuna de Pichidegua</p>
Principales Objetivos	<p>Potenciar el desarrollo de un modelo de Salud Familiar basado en las necesidades específicas de cada territorio, que permita responder de manera efectiva y eficiente a los requerimientos de salud de la comunidad en cuestión.</p> <p>Desarrollar, respetando la identidad de la comunidad del territorio en cuestión, capacitaciones y cursos de formación de monitores y promotores de salud.</p> <p>Desarrollar de manera conjunta entre equipos de salud y promotores, un proceso de planificación estratégica que permita diagnosticar los nudos críticos de la atención de salud de cada sector y la elaboración de planes y programas que ataquen dichos nudos críticos.</p>
Principales Logros	<p>Inclusión de la comunidad, como actor estratégico para el desarrollo de un modelo comunitario de salud, que se basa en la premisa de que la comunidad es la vía para obtener mejoras en los indicadores de salud.</p> <p>promoción de los derechos en salud, a través del trabajo unido de la comunidad con la institución de salud, lo que genera una sinergia inusual, basada en el respeto mutuo y en la valoración del otro como actor relevante para el logro de un objetivo común.</p> <p>La comunidad forma parte de las decisiones sobre el funcionamiento, planes y programas que se implementan en el mini-centro de salud, lo que cambia radicalmente el concepto de que las decisiones son centralizadas y la comunidad debe obedecer.</p>

Nombre de la Experiencia	Consejo de Desarrollo
Servicio de Salud	O'Higgins
Síntesis Descriptiva	<p>Iniciativa participativa generada a partir de lo estipulado en el artículo 25 D de la Ley de Autoridad Sanitaria 19.937, que en Servicio de Salud O'Higgins funciona desde el año 2008.</p> <p>Surge de la conformación de un grupo en el que interactúan tanto funcionarios y directivos del centro de salud en cuestión, como representantes de organizaciones sociales del territorio.</p> <p>Su función es recoger las opiniones y requerimientos de los distintos integrantes que lo conforman, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y potenciar la participación de la comunidad en la formulación, implementación y evaluación de los programas y planes del establecimiento de salud.</p>
Actores Involucrados	<p>Actores Públicos Directores de Establecimientos Hospitalarios Funcionarios de los Establecimientos del SS</p>

	Actores de la Sociedad Civil Usuarios /as
Principales Objetivos	<p>Informar a los usuarios/as y a la comunidad en general, sobre el funcionamiento de los establecimientos de salud de su sector.</p> <p>Colaborar participativamente, con el diagnóstico de las condiciones y necesidades de salud de la población del territorio del establecimiento.</p> <p>Fomentar la participación de los funcionarios y la comunidad en la formulación, implementación y evaluación de los planes de mejora del Servicio.</p>
Principales Logros	<p>Espacio de participación que permite el diálogo e intercambio de información entre los directivos del Servicio de Salud O'Higgins y los representantes de los usuarios a través de los representantes de los Consejos de Desarrollo y/o Consultivo y/o Participativos de los 15 Hospitales de la Región y representantes de organizaciones sociales representativas.</p> <p>Este espacio permite la necesaria retroalimentación ciudadana que se produce gracias a sus aportes en la orientación crítica y positiva de la institución.</p>

Nombre de la Experiencia	Consejo Regional Asesor de Participación Ciudadana
Servicio de Salud	O'Higgins
Síntesis Descriptiva	<p>Iniciativa innovadora en el marco de la participación ciudadana en Salud. Surge en el año 2008 y tiene por función actuar como entidad asesora de las autoridades regionales en temas de gestión de la red asistencial.</p> <p>El consejo sesiona de manera periódica, tomando acuerdos que incluyen las peticiones de las partes integrantes, acuerdos a los que la Unidad de Participación Ciudadana del servicio les realiza seguimiento para asegurar su concreción.</p> <p>Integran el Consejo, directivos del SS y representantes, elegidos democráticamente, de consejos de desarrollo hospitalario y de la federación nacional de profesionales universitarios de servicios de salud (FENPRUSS), los que reciben capacitaciones en materias específicas a fin de mejorar su actuación como organismo asesor.</p>
Actores Involucrados	<p>Actores Públicos</p> <p>Director SS O'Higgins</p> <p>Subdirectora SS O'Higgins</p> <p>Encargada de Participación Ciudadana</p> <p>Actores de la Sociedad Civil</p> <p>Representas de consejos de desarrollo de 15 hospitales de la región</p> <p>Representantes de la FENPRUSS regional</p>
Principales Objetivos	<p>Dar a conocer la realidad local desde la visión de los usuarios/as de los establecimientos.</p> <p>Generar un proceso de retroalimentación desde y hacia las autoridades regionales de Salud, sobre la situación de la Red Asistencial.</p> <p>Desarrollar acciones de difusión y capacitación en los procesos de la salud.</p>
Principales Logros	<p>Afianzamiento del grupo y la instancia de participación regional.</p> <p>otorgar validación y representatividad a los consejeros de desarrollo locales.</p> <p>Incorporar a la visión de la Dirección la retroalimentación con la comunidad.</p>

Nombre de la Experiencia	Presupuesto Participativo en Salud
Servicio de Salud	O'Higgins
Síntesis Descriptiva	<p>Experiencia de Participación Ciudadana en materia presupuestaria, que contempla la capacidad de la comunidad para decidir, de acuerdo a sus necesidades y de manera informada, las prioridades de inversión en salud.</p> <p>En la provincia de O'Higgins se desarrolla desde el año 2007 y se estructura como un proceso de participación amplia, que involucra tanto a la comunidad organizada, como a la no organizada.</p> <p>Durante todo el ciclo de la iniciativa, existe un equipo directivo, que la orienta y realiza las capacitaciones en los territorios y un grupo motor comunal, que está encargado de</p>

	llevar adelante la experiencia. En términos de mejoras en la gestión, la experiencia ha logrado introducir la noción de cogestión ciudadana y de responsabilización por el proceso, lo que ha derivado en mayor control social respecto de la gestión territorial de salud.
Actores Involucrados	Actores Públicos Profesionales del Equipo de Salud Directores Establecimientos de Salud Actores de la Sociedad Civil Consejos de desarrollo de Salud Juntas de Vecinos Uniones Comunales
Principales Objetivos	Ampliar, canalizar y otorgar un rol protagónico a la participación ciudadana en la elaboración de propuestas y la definición de prioridades para el uso de los recursos públicos. Contribuir a la integración de la visión sectorial y territorial, a través de la implementación del mecanismo de participación en el territorio. Integrar el proceso de participación a nivel local en la gestión de salud, con la definición participativa de parte de la inversión del Servicio de Salud.
Principales Logros	Mayor injerencia en las decisiones por parte de la comunidad. Cambio en la forma de gestionar de los Equipos de Salud. Mayor capacidad de la ciudadanía para coger con el equipo de salud.

Nombre de la Experiencia	Programa de Bienestar Psicológico
Servicio de Salud	O'Higgins
Síntesis Descriptiva	Iniciativa que tiene por finalidad satisfacer las demandas de salud mental de la comuna de Peumo, en lo que respecta a violencia intrafamiliar, sexualidad, autoestima, manejo conductual en aulas, pautas de relajación, estrés educativo, etc. Constituye un modelo integrado, que pretende responder a las amplias necesidades expresadas por la comunidad, a través del trabajo de profesionales y estudiantes de psicología de la Universidad de Santiago de Chile. Sus áreas de acción son colegios municipales de la zona urbana y rural y la atención personalizada en las oficinas del Programa, lo que en total considera 6.000 horas de atención anuales (entre atenciones personalizadas y talleres promocionales y preventivos). En lo que respecta a ciudadanía, la iniciativa es de gran importancia porque ha contribuido a solucionar problemas de salud mental, en una comunidad caracterizada por altos índices de alcoholismo, depresiones y violencia intrafamiliar.
Actores Involucrados	Actores Públicos Municipalidad de Peumo Universidad de Santiago de Chile Centros Asistenciales de Salud. Establecimientos Educativos Municipales de la Comuna. Actores de la Sociedad Civil Actores de la Comunidad
Principales Objetivos	Recopilar, a nivel de diagnóstico, las principales necesidades de la comuna en el tema de salud mental. Satisfacer la mayor parte de las demandas de atención psicológica en los sectores de escasos recursos de la comuna, a nivel clínico y educacional. Crear a largo plazo un soporte comunitario en salud mental, en términos de trabajo en red (multidisciplinario).
Principales Logros	Creación de un soporte en Salud Mental, lo suficientemente estable como para asegurar la continuidad de Atención Psicológica y la prevención. Satisfacer a las demandas de salud mental, tanto de localidades urbanas como rurales, a través de distintas modalidades de atención y prevención. Peumo por primera vez cuenta con estadísticas objetivas de los principales trastornos de

	salud mental.
--	---------------

Nombre de la Experiencia	Salud Mental en la Comunidad (Graneros)
Servicio de Salud	O'Higgins
Síntesis Descriptiva	Experiencia originada en 2008, orientada a acercar la atención mental a las personas de la comuna de Graneros, por medio del trabajo en las JJ.VV. Surge a partir de una experiencia de Presupuestos Participativos realizada por el Servicio de Salud, en la que toda la comunidad beneficiada pudo participar y decidir el tema mental como un área de inversión prioritaria, debido a las insuficiencias existentes en el hospital regional en esta materia. Participan de la experiencia directivos del SS y del hospital de la comuna, más los dirigentes sociales del territorio de la Villa Las Américas y la población Capricornio, quienes son los beneficiarios directos de la iniciativa.
Actores Involucrados	Actores Públicos Dirección Servicio de Salud Dirección Hospital de Graneros Actores de la Sociedad Civil Dirigentes de Juntas de Vecinos Dirigentes Unión Comunal
Principales Objetivos	Acercar la atención Psicológica a la comunidad de Graneros, desarrollando intervenciones en las JJVV. Mejorar la comunicación en la Familia. Educar en cuanto a la etapa Evolutiva de la Adolescencia.
Principales Logros	

3. Región Metropolitana

3.1 Servicio de Salud Metropolitano Occidente

Nombre de la Experiencia	Consejo Consultivos de Usuarios
Servicio de Salud	Occidente
Síntesis Descriptiva	<p>Instancia de participación ciudadana que surge al amparo del artículo 25 D de la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria.</p> <p>Cumple una función asesora de la dirección de los establecimientos, debiendo informar, proponer, promover, evaluar y decidir sobre la fijación de políticas y planes institucionales.</p> <p>Se caracteriza por estar integrado por representantes del personal de salud de los recintos hospitalarios (gremios y estamentos) y la comunidad (juntas de vecinos, organizaciones comunitarias de salud, voluntariados, organizaciones de trabajadores, ONG, iglesias, instituciones públicas y privadas, comercio u otras de carácter local), además de la directiva del establecimiento de salud.</p>
Actores Involucrados	<p>Actores Públicos Miembros del Equipo de Salud de los establecimientos del territorio. Directiva del Centro de Salud</p> <p>Actores de la Sociedad Civil Representantes de cada unidad vecinal o junta de vecinos. Dirigentes de organizaciones sociales territoriales y funcionales del territorio del establecimiento.</p>
Principales Objetivos	<p>Representar las visiones de la comunidad ante las autoridades de salud, proponiendo y desarrollando en conjunto con el personal de salud y la directiva del establecimiento que los ampara, acciones de mejora en los servicios.</p> <p>Fomentar el ejercicio participativo de la comunidad del territorio del Servicio de Salud y potenciar el control y la inclusión social sobre las decisiones de los establecimientos.</p>
Principales Logros	Inclusión de la visión de los usuarios/as y funcionarios/as del servicio, en las decisiones de los establecimientos de salud.

Nombre de la Experiencia	Modelo Integral de Salud Mapuche
Servicio de Salud	Occidente
Síntesis Descriptiva	<p>Experiencia que nace en el año 2000 como iniciativa del Servicio de Salud Metropolitano Occidente. Busca promover, defender y garantizar el reconocimiento del derecho al ejercicio de las prácticas de medicina tradicional y del respeto a los saberes y la cultura de los pacientes mapuches residentes en las comunas de Cerro Navia, Pudahuel y Lo Prado.</p> <p>Es una instancia que permite la participación de la comunidad mapuche en la prestación de servicios de salud. Se basa en socialización e inclusión del modelo de medicina tradicional; en el rescate y promoción de la práctica de la Machi y en su adaptación en la atención primaria de salud.</p> <p>Producto de la deliberación generada en torno a necesidades de salud y a la participación social, la comunidad incide directamente en las decisiones sobre localización, uso de recursos públicos y organización de sistemas complementarios de salud para su territorio.</p>
Actores Involucrados	<p>Actores Públicos -Encargado Programa Salud y Pueblos Originarios SS -Director SS Occidente</p> <p>Actores de la Sociedad Civil -Dirigentes Indígenas</p>

	-Comunidad Indígena -Facilitadores Interculturales
Principales Objetivos	Socializar la cultura y práctica de la medicina mapuche en los territorios de las comunas del Servicio de Salud Occidente que cuentan con presencia de población indígena. Rescatar y promover la práctica de salud de machi en centros los centros de Atención Primaria de las comunas del Servicio de Salud Metropolitano Occidente que tienen población indígena. Trabajar en la adaptación de los modelos de atención de salud de los establecimientos, orientándolos hacia un enfoque holístico, que genere beneficios para la población indígena del territorio del Servicio Occidente.
Principales Logros	Recuperación de espacios en establecimientos de salud (ruka), que resguardan las prácticas de salud de la cultura mapuche. Formación de personal (jóvenes paramédicos mapuches) como facilitadores interculturales. Generación de determinadas acciones de discriminación positiva en las atenciones de salud, hacia la comunidad indígena del Servicio Occidente.

Nombre de la Experiencia	Participación Social; Consejeros de Salud, un ejercicio de Presupuestos Participativos
Servicio de Salud	Occidente
Síntesis Descriptiva	Experiencia promotora de salud, que surge el año 2003, como una iniciativa comunal, que realiza proyectos transversales, territoriales y Psicosociales, tales como kioscos saludables, cerro saludable y programa de endodoncia femenina, respectivamente. Está orientada a toda la población de la comuna de Cerro Navia y funciona como una instancia participativa en la que la comunidad beneficiada, organizada y no organizada, decide a través de diálogos territoriales, discusión de grupos y encuentros temáticos, las materias de salud que serán objeto de intervención.
Actores Involucrados	Actores Públicos - Equipos de promoción de salud, dirección de salud municipal -Consejeros de salud de presupuesto participativo -Municipalidad de Cerro Navia Actores de la Sociedad Civil -Juntas de vecinos -Consejo Mapuche de Cerro Navia -Representantes de las redes amigables de salud de los consultorios ‘Steeger’, ‘Albertz’ y ‘Cerro Navia’.
Principales Objetivos	Avanzar en los procesos y mecanismos de participación social en salud pública, desde un nivel colaborativo no vinculante hacia la deliberación y control social de las prácticas e inversiones institucionales en el nivel local. Avanzar en el diseño e implementación de políticas Sociales comunales bajo el prisma de los determinantes sociales de salud pública. Incluir el enfoque de trabajo intersectorial y la participación ciudadana, a la evaluación de metas y compromisos de gestión sectoriales en el nivel local.
Principales Logros	Participación social y comunitaria con efecto vinculante. Gestión internivel e intersectorial. Desarrollo de capacidades para la implementación de estrategias de promoción de salud.

Nombre de la Experiencia	Presupuestos Participativos en Salud, Cerro Navia
Servicio de Salud	Occidente
Síntesis Descriptiva	Experiencia de participación ciudadana que surge el 2004 y que contempla la inclusión de la comunidad en las decisiones de una parte del presupuesto municipal de salud. Es un proceso cíclico que contempla 9 etapas, entre ellas, constitución de la Secretaría Técnica Municipal, mesas territoriales, diálogos ciudadanos, capacitación a delegados, Consejo Comunal de Presupuestos Participativos, Presentación del presupuesto al

	<p>Consejo Comunal y a la comunidad, entre otras. Participan en él, la comunidad organizada a través de Representantes Sociales de juntas de vecinos y de otras organizaciones funcionales, además del Municipio, la Corporación de Cerro Navia, Liceos Municipales y la Fundación EBERTH, quien ha orientado el proceso.</p>
Actores Involucrados	<p>Actores Públicos Municipio de Cerro Navia Corporación Municipal de Cerro Navia Liceos Municipales Corporación de Cerro Navia Actores de la Sociedad Civil Fundación EBERTH Juntas de Vecinos y 200 organizaciones funcionales de la comuna.</p>
Principales Objetivos	<p>Permitir y potenciar la participación de la comunidad en el proceso de toma de decisión sobre la destinación de recursos de una parte del Presupuesto Municipal. Mejorar y fortalecer la relación Municipio-Ciudadanía, a través del ejercicio de Dialogo Ciudadano y la transparencia de la gestión y el uso de los recursos municipales. Fomentar el surgimiento de nuevos liderazgos sociales a nivel comunal, que permitan hacer más inclusivo y diverso el proceso.</p>
Principales Logros	<p>Se abrió la discusión del presupuesto municipal a la comunidad, buscando transparentar ese instrumento de planificación anual. Se generaron nuevos liderazgos sociales, incluyendo a personas que no son dirigentes sociales. Mejoras en la relación del Municipio con la comunidad.</p>

Nombre de la Experiencia	Presupuestos Participativos en Salud, Melipilla
Servicio de Salud	Occidente
Síntesis Descriptiva	<p>Experiencia de participación ciudadana que surge el año 2007 y que contempla la inclusión de la comunidad en las decisiones de una parte del presupuesto del Servicio de Salud, de manera deliberativa. Está compuesto por las siguientes etapas: preparación e instalación, capacitación, levantamiento de propuestas y priorización, ejecución de los proyectos, evaluación y sistematización de la experiencia. Participan del proceso los directivos del SS y los representantes sociales elegidos democráticamente por cada organización involucrada.</p>
Actores Involucrados	<p>Actores Públicos Director del SS Subdirectora del SS Encargados de Departamentos Actores de la Sociedad Civil Dirigentes Sociales que forman parte de los consejos de los establecimientos de la comuna</p>
Principales Objetivos	<p>Desarrollar la participación social a través de la incidencia de la comunidad en la toma de decisiones sobre el uso de los recursos públicos. Generar espacios para la co-gestión en la búsqueda de soluciones integrales a los problemas ambientales y de salud de las comunidades del territorio de la Provincia de Melipilla. Potenciar la deliberación, la inclusión y la diversidad en asuntos de interés colectivo, permitiendo a la ciudadanía priorizar, formular propuestas y decidir sobre el uso de los recursos para la inversión en salud.</p>
Principales Logros	Ampliar la base social de participación en la provincia, incorporando a nuevos actores a la vez que democratizando las instancias existentes.

	Regularización del Consejo Consultivo de Usuarios, del hospital, a través de la elección de un representante de las comunas que integran el Consejo de Desarrollo. Consolidación de los mecanismos de participación y de la autonomía en la toma de decisiones en salud. Ampliación de la mirada de la salud individual, familiar y comunitaria.
--	---

Nombre de la Experiencia	Reconociendo Derechos de Usuarios
Servicio de Salud	Occidente
Síntesis Descriptiva	Experiencia que se origina en el año 2002. Busca fomentar el buen trato entre pacientes y funcionarios del Consultorio de Isla de Maipo. Consiste en una instancia de reunión entre los actores del consultorio, que tiene por finalidad la elaboración de manera conjunta, de un instrumento de evaluación que refleje la calidad de la atención y las condiciones de trato existentes en el establecimiento. Este instrumento de evaluación ha sido aplicado, evaluado y reformulado, atendiendo a las necesidades del consultorio, con lo que se pretende mejorar aquellos aspectos que el instrumento detecta como carentes o débiles. Participan de la experiencia, el personal del Consultorio de Isla de Maipo, la Municipalidad y los representantes sociales de juntas de vecinos, unión comunal y del Consejo Local de Salud.
Actores Involucrados	Actores Públicos Consultorio Municipalidad de Isla de Maipo Actores de la Sociedad Civil Dirigentes de la Juntas de Vecinos Unión comunal Adultos mayores (12 grupos) Consejo Local de Salud (16 organizaciones)
Principales Objetivos	Orientar las acciones para mejorar la calidad de atención, de acuerdo a la evaluación que realiza la comunidad, teniendo en consideración aquellos aspectos mejor ponderados por la comunidad. Mantener y asegurar el funcionamiento del comité de Calidad de Atención del establecimiento, en su función de órgano asesor. Promover acciones que estimulen el buen clima laboral.
Principales Logros	Elaboración y aplicación de dos encuestas de satisfacción de usuarios. Elaboración y aplicación de un sistema de evaluación de fichas clínicas y recetas que cuentan con sistematización cuantitativa del plan de salud comunal. Existencia y funcionamiento del comité de calidad de atención, con participación de funcionarios de salud y representantes del consejo local de salud.

3.2. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

Nombre de la Experiencia	Consejo Integrador de la Red Asistencial
Servicio de Salud	Sur Oriente
Síntesis Descriptiva	<p>Iniciativa vigente desde el año 2006, conformada por directivos del SSMSO, jefes comunales de atención primaria y representantes de la comunidad usuaria del Servicio de Salud (2 representantes por cada subred), en la que se discuten materias relevantes para el correcto funcionamiento de la red asistencial, tales como, organización de la red, capacidad de respuesta frente a las demandas de la comunidad usuaria, análisis de la oferta de servicio que se realiza y posibles mejoras de la misma, análisis de brechas existentes, etc.</p> <p>La iniciativa se caracteriza por ser una instancia de participación e inclusión de la comunidad en las decisiones de salud pública y por contar con representantes elegidos de manera democrática.</p>
Actores Involucrados	<p>Actores Públicos -Directivos SS</p> <p>Actores de la Sociedad Civil -Representantes de los usuarios</p>
Principales Objetivos	<p>Mejorar en forma continua la oferta de servicios en la Red Sur Oriente.</p> <p>Tratar las materias de interés de la Red Asistencial, en especial las referidas a su funcionamiento, organización, respuestas a la demanda, análisis de la oferta, de las brechas, entre otros.</p> <p>Compartir entre los diferentes actores visiones, análisis y demandas necesarias para mejorar la atención y la gestión del Servicio de Salud y los establecimientos que lo integran.</p>
Principales Logros	<p>Participación de usuarios en la identificación de problemas de resolutiveidad y articulación de la red.</p> <p>Instancia que convoca a los directivos del servicio de Salud, a los jefes comunales de Atención Primaria de Salud y a representantes de usuarios elegidos por sus pares, presidido por el Director del SSMSO.</p>

Nombre de la Experiencia	Consejo de Desarrollo Local
Servicio de Salud	Sur Oriente
Síntesis Descriptiva	<p>Iniciativa que surge en 1997, según lo contemplado en el proceso de reforma de salud, el que establece la necesidad de formalizar las instancias de participación ciudadana existentes y el cambio de enfoque, hacia uno de derechos, en el que la ciudadanía juega un rol central.</p> <p>La función del Consejo es recoger opiniones y requerimientos de sus integrantes con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y la participación en la formulación, implementación y evaluación de los planes y programas de los establecimientos de salud del territorio.</p> <p>Está integrado por directivos del servicio de salud, representantes de organizaciones sociales de la provincia, usuarios del sistema de salud no pertenecientes a organizaciones sociales y usuarios del sistema de salud, no pertenecientes a las organizaciones sociales de la provincia.</p>
Actores Involucrados	<p>Actores Públicos Directivos SS</p> <p>Actores de la Sociedad Civil Representantes de organizaciones sociales Usuarios no organizados</p>
Principales Objetivos	<p>Potenciar el ejercicio de los derechos ciudadanos y del control social sobre la gestión pública de salud, a través de la participación de los representantes de la comunidad en el consejo.</p> <p>Contribuir con la mejora de la calidad de la atención y el aumento del grado de</p>

	Satisfacción Usuaría, mediante la incorporación de las visiones de los diferentes actores en las decisiones del Servicio. Generar espacio para compartir visiones, percepciones, expectativas, y, elaboración de propuestas en función de la calidad de la atención.
Principales Logros	Fortalecimiento de los Consejos de Desarrollo de la Red Asistencial. Identificación de necesidades de la población usuaria. Generación de propuestas desde la propia comunidad usuaria.

Nombre de la Experiencia	Presupuesto Participativo en Salud
Servicio de Salud	Sur Oriente
Síntesis Descriptiva	Experiencia que surge el año 2009 como iniciativa del Servicio de Salud. Trata de fomentar la participación ciudadana en la gestión de la red asistencial del territorio, a través de la decisión de la comunidad respecto de un porcentaje del presupuesto del SSMSO y de la priorización de iniciativas para resolver las necesidades existentes. El proceso de la experiencia en la comuna ha estado marcado por las siguientes etapas: decisión política de impulsarlos, difusión de la iniciativa, diseño metodológico, trabajo en terreno, control social y retroalimentación, ejecución y acompañamiento de proyectos, evaluación participativa del ciclo de PP. Participan de la experiencia usuarios/as organizados y no organizados, funcionarios encargados de los comités de PP por establecimiento, funcionarios y directivos del SSMSO. La iniciativa está aún en ejecución, por lo que no es posible tener resultados finales, pero sí principales logros, entre los que destacan el fortalecimiento de los consejos de desarrollo, la incorporación de la comunidad en la identificación de necesidades y la inclusión de la misma en la generación de propuestas de inversión.
Actores Involucrados	Actores Públicos Equipo de gestión central Comité de gestión local Comité de PP por centro de salud Actores de la Sociedad Civil Representantes de organizaciones sociales
Principales Objetivos	Generar mayor ejercicio de derechos, control social y empoderamiento de los usuarios a través de las organizaciones existentes o creando aquellas que se estimen pertinentes Prevenir problemas de salud o a minimizar efectos secundarios. Mejorar el buen trato, acortar los tiempos de espera y fortalecer la comunicación e información entre la población y los establecimientos de salud a través de acciones e Iniciativas que favorezcan el trabajo entre usuarios y funcionarios.
Principales Logros	Fortalecimiento de los Consejos de Desarrollo de la Red Asistencial. Identificación de necesidades de la población usuaria. Generación de propuestas desde la propia comunidad usuaria.

Nombre de la Experiencia	Cuentas Públicas Participativas
Servicio de Salud	Sur Oriente
Síntesis Descriptiva	Experiencia de participación que adquiere gran relevancia con la promulgación de la Agenda Pro-Participación Ciudadana, del gobierno de Michelle Bachelet. Se estructura como un mecanismo que fomenta la rendición de cuentas y la transparencia de la gestión, por parte del servicio, y la responsabilización por el ejercicio del control social, por parte de la comunidad. La cuenta pública del SSMSO contempla 3 etapas: a) Preparación de la información del quehacer de la institución; b) Diálogo y planteamientos de la ciudadanía y c) Respuestas públicas de la autoridad a los planteamientos de la ciudadanía. Su última versión es la 2008-2009, en la que se da a conocer a la comunidad los avances y logros del servicio de salud.

Actores Involucrados	Actores Públicos Funcionario y directivos SS Actores de la Sociedad Civil Representantes de los usuarios
Principales Objetivos	Transparentar la gestión del Servicio de Salud para el periodo 2008-2009, incluyendo a la ciudadanía en el proceso de manera participativa. Responder a todas las interrogantes que surjan desde la comunidad beneficiada por la gestión del SSMSO, hacia la autoridad sanitaria del servicio.
Principales Logros	Respuesta a convocatoria en forma amplia. Entrega de información en forma transparente. Compromisos de cumplimiento de objetivos a partir de la sugerencia de la comunidad usuaria.

Nombre de la Experiencia	Villa Solidaria ALSINO
Servicio de Salud	Sur Oriente
Síntesis Descriptiva	Iniciativa innovadora que surge en el año 2002 como respuesta a la deficiencia existente en el Servicio de Salud Sur Oriente en lo que respecta a la estabilización de los pacientes con problemas psiquiátricos, los que, una vez compensados de sus episodios de crisis, son dados de alta y quedan a la deriva en sus tratamientos. Es una experiencia de autogestión, que ha fomentado la responsabilización de los pacientes por el desarrollo de la villa y del proceso de recuperación, logrando que enfermos dados de alta, hoy participen de la gestión y articulación del centro de integración social y cultural y de la Empresa Social Resistiré, iniciativas que generan fondos para el funcionamiento de la Villa Solidaria.
Actores Involucrados	Actores Públicos Dr. Cristián Silva Jefe/a de la Unidad de Salud Mental del SS Sur Oriente Jefa/e del área de salud de la COMUDEF Secretaria general de la COMUDEF Actores de la Sociedad Civil Centro de Integración Social y Cultural ALSINO Asociación de grupos comunitarios multifamiliares del SSMSO
Principales Objetivos	Promover un tratamiento ambulatorio que le permite al usuario estar en contacto con su enfermedad, con su entorno, y con sus derechos, otorgándole la posibilidad de asumir la enfermedad y de no ser excluido. Generar una red real y concreta de reinserción educacional, laboral, cultural, deportiva, social y de vivienda de los y las personas que vienen derivados de la red de salud mental y red de CONACE de las instituciones de atención primaria, secundaria y terciaria del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Enfatizar los procesos de desinstitutionalización y desestigmatización de las personas con transtorno dual.
Principales Logros	La iniciativa ha logrado llevar a cabo las siguientes instancias: Casa Comunitaria Hospital de Día para patología dual Centro de Integración social y cultural Empresa Social Resistiré Talleres Protegidos.

Nombre de la Experiencia	Re-Vivir, Una Respuesta a los desafíos que plantea el VIH/SIDA
Servicio de Salud	Sur Oriente
Síntesis Descriptiva	Experiencia que surge el año 1998, como una alternativa de solución para las personas vivo positivo de La Pintana, que necesitan adquirir tratamiento antirretroviral. Es una instancia comunal que trata de fomentar la participación de toda la población

	<p>afectada por el VIH, potenciando especialmente la participación de nuevas generaciones en el proyecto. Busca sensibilizar y concientizar a las familias, autoridades y comunidad en general, sobre la problemática del VIH, los derechos de las personas vivo positivo, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, entre otros temas.</p> <p>La iniciativa ha logrado establecer alianzas estratégicas y fomentar el trabajo conjunto de organismos públicos y privados frente al tema del VIH.</p>
Actores Involucrados	<p>Actores Públicos Municipalidad SS Sur Oriente Secretaría Ministerial de Salud</p> <p>Actores Privados Print Marquet</p> <p>Actores de la Sociedad Civil Vivo Positivo Grupo de Madres Alondra Mesa Intersectorial</p>
Principales Objetivos	<p>Dar respuesta a la problemática del VIH/SIDA en la comuna, desde las propias personas viviendo con VIH, en lo que se refiere a: acceso a atención en salud integral y acceso a TARV; discriminación laboral y desempleo; discriminación social y vulneración a los derechos de las PVVIH; desinformación y prejuicios sobre la temática del VIH/SIDA y temas asociados entre los habitantes de la comuna; aislamiento y desvinculación de las PVVIH con la iniciativa y municipalidad.</p>
Principales Logros	<p>Involucramiento de las familias de las PVVIH, donde coinciden madres, padres, hermanos/as, amigos/as, etc., de estas, quienes comparten y participan de cada una de las acciones desarrolladas en el marco de la iniciativa.</p> <p>Implementación del Programa de Apoyo Integral a Personas Vivo Positivo, del cual se participa en su diseño, implementación y evaluación desde el año de su creación.</p> <p>Establecimiento de alianzas estratégicas y trabajo conjunto con organismos públicos y sociales a nivel local, intersectorial y regional.</p>