Participación social en políticas de salud. ¿Por qué aún sigue siendo un desafío inconcluso para Chile?: sugerencias desde el Trabajo Social para una adecuada lectura del fenómeno a partir del caso de los Consejos de Desarrollo Local

Ximena Barros Rubio
Trabajadora Social Corporación de Salud Mental PROVISAM. Santiago, Chile
Victoria Rivera Ugarte
Trabajadora Social, Escuela de Trabajo Social, Universidad Santo Tomás, Santiago, Chile

Resumen[1]

El presente artículo tiene por objetivo aproximarse a una explicación en torno al por qué se evidencian resultados discretos frente a la ejecución de políticas referidas a la participación social en salud en Chile. A pesar de que, desde la década de los '90, los gobiernos chilenos han experimentado un giro positivo hacia el incremento de espacios de inclusión para la comunidad asociada a establecimientos de salud, a través de los llamados Consejos de Desarrollo Local, y que se ha visualizado la pertinencia y relevancia debido a los aportes que en potencia se pueden realizar en tanto gestión, control social, toma de decisiones en salud, entre otros, los resultados exhibidos son aun muy discretos. Para los trabajadores insertos en el ámbito salud sería de gran apoyo poder tener una lectura diferente en torno a este fenómeno, que realce la importancia de reconocer los elementos preconvencionales que operan a nivel de ejecución y ejecutores de políticas publicas de corte postconvencional. Desde allí, la disciplina tomará una importancia crucial en tanto el rol que se cumple como agente democratizadores y promotores del bienestar común.

Palabras Claves

Participación social, políticas de salud, Consejos de Desarrollo Local, normatividad en la política pública, rol del trabajador social en salud.

1 El presente artículo se enmarca dentro del proceso de investigación encabezado por el Proyecto Fondecyt N° 1110428. "Instituciones formales y redes informales en políticas públicas.

"Los procesos de intervención social no pueden ser vistos como simples formas de operacionalizar políticas, sino como los gestores de un espacio público peculiar (...) el potencial de intervenciones sociales innovadoras es su posibilidad de construir y transformar dicha esfera"[2]

La primera vez que en Chile se empezó a hablar de participación ciudadana en salud fue hacia finales de la década del '60 con el gobierno de Eduardo Frei Montalva. Eran otros tiempos, otras décadas, donde la promoción de la participación social en la vida pública era trascendental para la construcción de una nación más satisfecha con su quehacer y calidad de vida. Sin embargo, al sucederse la dictadura militar en la década de los '80, los intentos por democratizar los procesos que tenían influencia en los ciudadanos cesaron. Más bien, se intensificó el uso de los procesos técnicos por sobre los políticos, mermando los logros alcanzados años antes. Al retornar a la democracia, en la década de los '90, se vuelve la mirada hacia la re-apertura de espacios públicos para el involucramiento ciudadano en materias que influyen en su propia contingencia, como es el caso de la salud. Sobretodo, en los últimos gobiernos del bloque político Concertación de Partidos por la Democracia (es decir, gobiernos de Ricardo Lagos y Michelle Bachelet) la dedicación por políticas públicas al respecto se intensificó y consiguió ser parte central, a la vez, de los procesos de modernización del Estado chileno.

Y es que participar en salud en Chile ha ido dejando entrever dos ejes claves que reafirman la importancia de promoverlo para el Estado: "(..)1. Una participación para mejorar la gestión de los establecimientos, es decir, utilizar la sinergia de las organizaciones sociales para fortalecer aspectos deficitarios de la gestión pública (…). 2. Por último se establece la participación en tanto corresponsabilidad respecto de la salud y planteando un nivel comunal de participación respecto de la promoción de salud"[3]. A través de ésta, se ha pensando en mejorar los resultados sanitarios del país y promover el retorno del ciudadano a la discusión y co-construcción de los asuntos involucrados en su bienestar. Una alternativa concreta para conducirse en la práctica y ejecución de lo anterior, fue la creación de los Consejos de Desarrollo Local de Salud. Esta propuesta ha considerado la formación de una agrupación compuesta de usuarios y miembros de la comunidad asociados a un establecimiento de salud (considérese hospital o centros de atención primaria) localizado en un territorio específico, elegidos por votación popular, para cumplir objetivos de control de la gestión de los directivos de los establecimientos de salud, de información hacia los usuarios y de representación de éstos frente a un escenario de co-gestión.

Sin embargo, a pesar de tanta preocupación, gestión e inversión realizada sobre la participación social en Chile, se han obtenido magros resultados. Es decir, cuantitativamente, es posible afirmar que la conformación de Consejos de Desarrollo Local ha tenido un alza, posterior a la entrada en vigencia de la ley respectiva, que norma su constitución y que asocia su cumplimiento a incentivos económicos hacia los establecimientos de salud. No obstante, cualitativamente, los resultados indican que no han logrado alcanzar niveles de participación significativos para los postulados de modernización del Estado; en ese sentido, se limitan a ser solo instancias informativas y de control social.

……..

2 MATUS, Teresa. *Apuntes sobre intervención social.* Mendoza. 2006 Material digitalizado.

3 ARREDONDO, Felix: *Participación Comunitaria y Salud Primaria: el caso de los Consejos de Desarrollo Local de la comuna de La Pintana*. Tesis para optar al grado de Sociólogo. Facultad de Sociologia. Universidad de Chile. Año 2008. 23 pp.

Desde aquí, se insertan las interrogantes que se intentarán dilucidar a lo largo del artículo: ¿A luz de qué reflexiones se pueden entender los resultados de la política de participación social en salud, específicamente, en el caso de los Consejos de Desarrollo Local? A partir de esta interrogante, se ofrecerá una aproximación analítica para iluminar el rol del trabajador social inserto en espacios de salud, ya sea como operador de políticas participativas en salud o como generador de éstas: a pesar de que las políticas participativas en salud se inspiren en principios universales que buscan superar intereses particularistas, es decir, tiendan a buscar que los ciudadanos se movilicen hacia un bienestar común (en este caso, focalizado en la salud), no lograrán su cometido, pues para ella es imprescindible iluminar los elementos preconvencionales[4] insertas en las lógicas de la política misma y de los operadores involucrados en su ejecución. Y es aquí donde radica el imprescindible rol del Trabajador Social, ya que por la naturaleza de la disciplina, está llamado a leer estos elementos y a superarlos para poder promover un efectivo ejercicio de ciudadanía, que permita ir más allá en la recuperación de las esferas públicas en Chile.

Una revisión breve a las políticas de participación social en salud en Chile, desde el retorno de la democracia.

Desde la suscripción a la Declaración de Alma Ata en el año 1978[5], a nivel mundial, la participación social se ha vuelto un imperativo en el quehacer de las políticas públicas en salud. Lo anterior se debe a que, en dicha declaración, se erigió a la participación social como estrategia crucial de resolución de los problemas de salud de las personas[6]. Para lograr ese objetivo, la participación social en salud fue considerada como la acción colectiva de la comunidad, familia y/o individuo, que se involucran tanto en sus problemas de salud como en la resolución de ellos, comprometiéndose a colaborar con el sector público de salud, con el fin de co-construir una oferta de salud democrática e inclusiva[7].

Recién en la década de los '90, Chile puede incorporar esta declaración a sus programas de prevención y promoción de la salud y a ciertos aspectos de la rehabilitación de la salud[8]. Para lo anterior, el Ministerio de Salud de esa época, desarrolló una estrategia de Atención Primaria en Salud[9], la cual tendía a promover una concepción sobre participación social en salud basada en los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud, quien la definía como: "La intervención de las personas, familias, grupos, organizaciones sociales y comunitarias, instituciones privadas y solidarias, en la tarea de mantener, mejorar, recuperar y fomentar la salud[10]".

.....

4 Entiéndase por preconvencional en el sentido de Kohlberg, el cual se encuentra marcado por "orientaciones hacia el castigo y la obediencia", en una suerte de castigo y recompensa, donde las personas siguen reglas con fines egoístas.

5 La Declaración de Alma Ata (1978) fue el punto culmine de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud realizada en la ciudad Almaty (antiguamente conocida como Alma Ata) en Kazajistán. Esta conferencia ha sido reconocida como una de las más importantes para la salud internacional durante la década de los '70, ya que pone en manifiesto la preocupación de las naciones sobre el desarrollo de una estrategia para alcanzar una mejor calidad de salud de los pueblos. En ese sentido, la estrategia estaría centralizada en la potenciación de la atención primaria, a partir de la toma de conciencia de gobiernos, trabajadores de salud, la comunidad local e internacional de la necesidad de trabajar participativamente en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad. Desde ahí, es que se estipula estimular el mayor involucramiento de las comunidades en los procesos de gestión en salud. Para mayor información, visitar http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_Alma_Ata-Declaracion-1978.pdf

6 GILLAM, Stephan: *"Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care?"* BMJ Journal; N° 336; año 2008. 536-538 pp. Disponible en http://www.bmj.com/content/336/7643/536.

7 MARTIN GARCIA M, et al: *"Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud"*. Revista Gac Sanit; Vol 20; N° Supl 1. 192-202 pp. Disponible en: http://www.sespas.es/informe2006/p4-4.pdf

8 DONOSO V, Nora: *Reforma de Salud ¿oportunidad u obstáculo para la gestión participativa?*. Tesis para optar a grado de Máster Investigación Participativa Para el Desarrollo Local. Universidad Complutense de Madrid, IEPALA. Año 2005.

9 Op. Cit. 2.

10 WEINSTEIN, Marisa: *Participación Social en Salud: Acciones en curso. En: Nociones de una Ciudadanía que Crece.* Enrique Correa y Marcela Noé (Editores). FLACSO Chile. Año 1998. 178 pp. Disponible en: http://www.flacso.cl/home/index.php/es/libros/743-nociones-de-una-ciudadania-que-crece-

Las líneas orientadoras de la Política Ministerial en Participación iban más allá, haciendo reconocible dos ejes[11]: el primero correspondía al Cuidado, Prevención y Promoción de la Salud, donde la participación social se centra en actividades de autocuidado y detección temprana y tratamiento de enfermedades crónicas (obesidad, hipertensión arterial, diabetes tipo 2) y de salud mental. El segundo eje correspondía a la Gestión del Sistema Público de Salud, donde, en términos prácticos, se asumió la necesidad de incorporar al usuario/a en la gestión del sistema público de salud.

Hacia el año 1998, el Ministerio de Salud conglomeró las experiencias en participación social en salud encaminadas hasta ahora y les dio formato y mandato a través del Plan Nacional de Promoción de Salud[12], el cual, mediante la puesta en marcha de un modelo de gestión descentralizado e intersectorial (conocido como comités VIDA CHILE[13]), anhelaba lograr mayor participación social y fortalecimiento de los Gobiernos Regionales y Locales[14].

Sin perjuicio de lo anterior y con el afán de potenciar el involucramiento de los ciudadanos en salud, en los primeros años del gobierno de Ricardo Lagos Escobar, específicamente en el año 2002, se planteó la realización de una gran Reforma en el sistema de salud chileno, la cual colocaba, como principio orientador supremo a la participación social en salud, para que la población tuviera mayor y mejor acceso a los tratamientos de enfermedades, se redujeran los tiempos de atención, se ampliara la red de establecimientos de salud: "mediante la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión se establece la participación de representantes de la comunidad en la integración del Consejo Consultivo (…) La función de este consejo será establecer un nexo entre la gestión de los establecimientos y las necesidades que la comunidad identifica en el ámbito de la salud (…)[15]"

Dándole continuidad al giro realizado por el ex presidente Lagos, en tanto participación social, durante el gobierno de Michelle Bachelet (año 2006 a 2010), se reconfiguró el valor de la participación social lanzando la Agenda Pro Participación[16] durante su primer año de gobierno, en la cual estipulaba que el marco programático de su gestión estaría marcado por el énfasis en el diálogo participativo, la rendición de cuentas y el control social.

En lo que va del gobierno de Sebastián Piñera (iniciado en el año 2010), los lineamientos de participación social en salud se configuran como mecanismos para el ejercicio de los derechos de las personas y comunidades y para la incorporación de la opinión de las y los usuarios y comunidades en la Gestión de Salud[17]. Si bien pareciera que se encuentra repitiendo las bases del modelo que se usó a inicios del retorno a la democracia en Chile, el gobierno de Sebastián Piñera hace la siguiente salvedad: "La participación social debe transitar desde un modelo paternalista que asegura la información y acceso a la oferta de

……

11 Ibíd.

12 MINSAL Ministerio de Salud de Chile: *Promoción de la salud para Chile: Plan nacional de promoción de la salud.* División de Atención Primaria. Unidad de Promoción de la Salud. Año 1999.

13 Los Comité Vida Chile se pensaron como una red local de carácter intersectorial, participativo y flexible que trabajaría en el diseño de actividades con miras a la promoción de la salud y calidad de vida de las personas de cierta comunidad. Para lo anterior, sus tareas estarían centralizadas en hacer diagnostico local en torno a los determinantes sociales de la salud de cada comunidad, participar activamente en la formulación y ejecución de los planes comunales de salud, movilización de recursos a favor de la promoción de la salud y la calidad de vida, entre otros. La idea era que todos los agentes comunitarios, entiéndase, ONGs, juntas vecinales, consultorios, clubes de adulto mayor, de jóvenes, deportivos, jardines infantiles, colegios, entre muchas otras instituciones que operan a nivel local, pudieran involucrarse en esta gestión. Para mayor información visitar: http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v21n2-3/08.pdf

14 AZEVEDO, Antonio Carlos. *"La provisión de servicios de salud en Chile: Aspectos históricos, dilemas y perspectivas"*. Revista de Saúde Pública. Vol 32, N° 2. Año 1998. 192-199 pp.

15 MENDEZ, Claudio y Venegas López, Jairo: *"La participación social en salud: el desafío de Chile"*. En Revista Panamericana de Salud Pública. Vol 27, N° 2. Año 2010. 144-148 pp.

16 SEGEGOB Secretaría General de Gobierno: *Agenda Pro Participación Ciudadana.* Ministerio Secretaria General de Gobierno. Año 2006. Disponible en: www.participemos.cl/docs/agenda_participativa.pdf

17 MINSAL. *Orientaciones para la planificación y programación en red año 2013*. Subsecretaria de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Año 2012. Disponible en: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/c99c0666bda93ffde04001016401 57a7.pdf

servicios a uno consultivo, que recoge y considera las demandas, expectativas y propuestas de las personas y sus organizaciones, para llegar a ofrecer espacios deliberativos para incidir directamente en la toma de decisiones en materias que afectan directamente a las personas y comunidades"[18].

Como es posible apreciar a partir de la breve revisión realizada, las políticas de participación social en salud han estado marcadas, por lo menos en un inicio, por la Declaración de Alma Ata, que normativamente instala el principio universal del involucramiento ciudadano en salud, bajo la posibilidad de mejorar sus expectativas sanitarias y la de su comunidad. Posteriormente, al retorno de la democracia en Chile, este principio cobró sentido dentro de un marco general de modernización del Estado, donde la ciudadanía se vincula con la gestión pública, debido al supuesto tal que al ciudadano/a le interesaría el uso eficiente de los recursos con miras al cumplimiento de los objetivos y tareas del Estado. Eso, necesariamente, implicaría una observación e involucramiento del ciudadano entorno a la equidad e igualdad que pueda impulsar el Estado a través de sus políticas públicas, haciéndose parte de dicho proceso, sin la particularidad de la delegación y desentendimiento por parte de la sociedad de las cosas que suceden en torno a la salud y la enfermedad de las personas y sus comunidades locales. Para enfatizar aun más la idea: "la participación social es relevada como un valor central no sólo en términos de impacto de las apuestas del desarrollo, sino también como un componente esencial a un modelo más equitativo, justo y democrático"[19]

Desde los principios hacia la práctica: El caso de los Consejos de Desarrollo Local en Salud como formato de ejecución de las políticas de participación social en salud y sus resultados.

Todo lo mencionado anteriormente genera la sensación (certera, por lo demás) de que en Chile persisten *buenas intenciones* en lo que respecta a la instalación de la participación social como imperativos normativos en salud. Las declaraciones y los principios que emanan de las políticas de salud propuestas manifiestan que el Estado chileno y sus consecutivos gobiernos han querido hacer, de la participación social, parte central de la modernización del Estado, a través del pleno ejercicio de derecho y co-gobierno, con el fin de mejorar las condiciones de salud y de vida de sus ciudadanos.

Ahora bien, conjuntamente con lo anterior, se hace pertinente conocer una de las maneras concretas a través de las cuales se operacionaliza la política pública de participación social en salud. Es decir, se hace preciso indagar en cómo los principios definidos en la política de participación en salud se llevan a la práctica en Chile, siendo pertinente ahondar en una experiencia de participación social en salud, en la cual convergen diversos resultados interesantes de analizar. Se trata del caso de los Consejos de Desarrollo Local.

Los Consejos de Desarrollo Local "son instancias de participación ciudadana abiertas a la incorporación de todos los usuarios del sistema de salud pública y organizaciones sociales, comunitarias, territoriales u otras, que pueden estar integrados por personas usuarias y no usuarias del sistema público. Estará también integrada por representantes de los funcionarios (a través de sus organizaciones gremiales) y/o representantes de los estamentos

18 Ibíd.
19 Consorcio para la Reforma del Estado. *Participación Ciudadana en la Gestión Pública*. Santiago. Sin editorial. Año 2001. 24 pp. Disponible en: www.reformadelestado.cl

de funcionarios existentes en el establecimiento[20]". Estos se deben constituir a partir de la convocatoria que se abra desde las direcciones de los establecimientos de salud primaria (según se estipula en la normativa general de Participación Ciudadana de la gestión pública) o de atención secundaria, como hospitales.

En ese sentido, cabe recordar que los Consejos de Desarrollo Local de Salud "son instancias de participación ciudadana que buscan acuerdo y compromiso entre usuarios y equipos del sistema para lograr el mejoramiento de la atención, y la satisfacción de los usuarios de la Red Pública de Salud, aportando a la calidad de vida de las personas, las familias y comunidad[21]".

Cabe señalar que tanto los objetivos de esta instancia, como la manera en que deben alcanzarse, están sugeridos por líneas normativas definidas desde el Ministerio de Salud. A la vez, estas actividades y tareas conducentes a la consecución de objetivos se constituyen en los indicadores de gestión del trabajo de los Consejos de Desarrollo Local, los cuales deben ser reportados al Ministerio de Salud mensualmente. Entre estos indicadores se encuentran, por ejemplo las actas de reuniones a cargo de la directiva del Consejo de Desarrollo Local, con el fin de monitorear la realización de reuniones periódicas técnicas y de planificación. Asimismo, los Consejos de Desarrollo Local deben dar cuenta de un Plan de Trabajo, a lo menos anual, que responda a las inquietudes, expectativas y prioridades de los usuarios y funcionarios representados, más tareas que contribuyan a alcanzar los compromisos de gestión, metas sanitarias, Índice de Actividad de la atención primaria en salud, entre otros. Este plan de trabajo se debe traducir en una programación anual que oriente el quehacer, que permita el seguimiento y la evaluación de las tareas propuestas, evidenciando los productos e impactos esperados en el mediano y largo plazo. Finalmente, los Consejos de Desarrollo Local requieren presentar su cuenta pública una vez al año, es decir, rendir cuenta de su gestión, ya sea aprovechando el espacio que la misma cuenta pública del establecimiento convenga o directamente a sus socios.

Ahora bien, ¿cuál ha sido el resultado actual de la existencia de los Consejos de Desarrollo Local? La experiencia chilena arroja resultados paradójicos que se pueden resumir de esta manera: cuantitativamente, los Consejos de Desarrollo Local se encuentran constituidos en la mayoría de los establecimientos de salud a lo largo del país, sin embargo, cualitativamente, son escasos los que han logrado configurarse efectivamente en un espacio de co-construcción de la gestión en salud.

Uno de los pocos estudios asociados a la evaluación de la experiencia participativa en salud de los Consejos de Desarrollo Local, lo elabora la Organización Panamericana de Salud, en conjunto con la Organización Mundial de la Salud, en el año 2006, donde refleja los resultados poco alentadores en torno a esta política de participación en salud. A saber[22]:

1. Que las instancias participativas provengan desde las autoridades de los establecimientos de salud no constituyen un contexto adecuado para la participación ciudadana efectiva. Si bien en un inicio, la adhesión y vínculo con las autoridades puede favorecer el proceso, genera relaciones de dependencia y baja posibilidad de disentir

……..

20 SSMSO Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. *Orientaciones para la constitución de Consejos de Desarrollo Local de Salud Red Pública de Salud Suroriente*. Departamento de Participación Social y Gestión Integral de Usuario. Año 2010. 5 pp. Disponible en: http://www.ssmso.cl/tmparchivos/transparente/ParticipacionCiudadana/ConsejosdeDesarrollo/Orientaciones_ConsCDL.pdf

21 Op. Cit. 19. 4 pp.

22 OPS/ OMS: *Participación ciudadana en salud: ¿proceso de cambios en desarrollo? Una aproximación diagnostica en la Región Metropolitana*. Proyecto de Genero Equidad y Reforma de la Salud. Serie Observatorio de Equidad de Género en Salud, Vol 4. Año 2006.

con las propuestas oficiales.

2. La ley de Autoridad Sanitaria uniforma la participación al mandatar solo un formato de mecanismo de participación (el Consejo de Desarrollo Local) y al hacerlo, deja fuera aquellas organizaciones que no están incluidas dentro de lo que ésta regula.
3. La integración de la mayoría de los consejos y otras instancias de participación establecidas por la ley, incluye a la autoridad que se desempeña como director, a funcionarios y médicos de las instituciones de salud, y especialmente a las personas encargadas de las unidades de promoción (regularmente son trabajadores sociales). También a representantes de los consejos de desarrollo social y dirigentes/as de organizaciones sociales que tienen vínculos con la institución. Muchas veces no están definidos los criterios de representación y selección de las y los representantes de la comunidad o, si se prefiere, de la ciudadanía. Esta composición, unida al carácter predominantemente consultivo, conduce muchas veces a que la participación no sea efectiva y revista un carácter formal.
4. Se constata en distintos niveles la existencia de una tensión o, al menos de ritmos distintos, entre por una parte, las dinámicas propias y lentitud de los procesos participativos, y por otra, las exigencias derivadas de los plazos que la planificación ministerial impone a los servicios y establecimiento en cuanto al cumplimiento de metas y entrega de informes.

Siguiendo la misma línea de la exposición de los resultados de la evaluación enunciados recientemente, Marcelo Drago, al examinar la reforma al sistema de salud chilena desde la perspectiva de los derechos humanos, hace una referencia fundamental a la participación social en salud: "La precaria participación ciudadana es el principal déficit de la reforma desde un enfoque de derechos (...). En una etapa de elección de la nueva política (entiéndase la reforma), si bien hubo variadas instancias de participación, fundamentalmente con trabajadores y gremios del sector, ésta no tuvo una repercusión significativa (…) Pero claramente no hubo relevante participación ciudadana directa en el proceso de formulación de la política. En la fase de funcionamiento, también se evalúa como deficitaria la participación[23]"

Ante este panorama exhibido por diversas evaluaciones expuestas, cabe preguntarse qué está pasando con la participación social en Chile. Existen las políticas definidas, con conceptos claros de qué se entiende por participación social en salud y cómo se trabaja eso en los contextos locales, sin embargo, persisten elementos que estarían interfiriendo en las diferentes fases de la política participativa en salud y que serían responsables de los magros resultados obtenidos por ella.

Entonces, ¿a la luz de qué reflexiones se pueden entender los débiles resultados de la política de participación social en salud, en el caso de los Consejos de Desarrollo Local?: las sugerencias de lecturas del fenómeno desde el Trabajo Social.

En consideración de los antecedentes expuestos y de la pregunta enunciada es preciso ir desmembrando cada uno de los elementos constitutivos de los débiles resultados de la política de participación social, en tanto Consejos de Desarrollo Local. Una alternativa de

……..

23 DRAGO, Marcelo: *"La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos"*. Serie Políticas Sociales N° 121. CEPAL. Año 2006. Disponible: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/7/25787/sps121_lcl2539.pdf

respuesta poderosa, se sitúa en el análisis de la normatividad que subyace a toda política pública y cómo ésta se pone en relación con escenarios sociales en donde participan actores cuyas normatividades tienen su espacio de encuentro muchas veces de manera tensionada. En este sentido, el punto de partida está dado por un horizonte normativo donde ganan terreno principios universales como la democracia, transparencia, ciudadanía, etc., lo que presiona a las diversas instituciones sociales, entre ellas el Estado, a alinearse a estos nuevos marcos ético - políticos.

En primer lugar, dicho proceso de universalización y abstracción del código moral, se puede observar en el caso de los proyectos de modernización del Estado, el cual se constituye como punto de partida para la inserción de la participación social en salud. Lo anterior puede ser analizado desde la reformulación habermasiana a los estudios de Kohlberg[24] acerca del desarrollo de la conciencia moral, la que hace referencia a que la moral, lejos de representar un asunto emotivo y subjetivo, constituye un elemento cognitivo en torno al cual es posible argumentar racionalmente. En este sentido, la inserción de lógicas participativas en salud, en los diversos proyectos de modernización del Estado chileno, pueden ser vistos como una apuesta por avanzar en los niveles de desarrollo moral, a través de una política pública que busca superar los intereses particularistas –tales como uso estratégico e instrumentalizado de los usuarios para el logro de metas, corrupción en el uso de los recursos, entre otros –hacia objetivos post convencionales basados en principios universales, como los derechos y ciudadanía.

Si lo anterior es pensado en el marco de las políticas de salud y su búsqueda por incluir la participación social en su gestión, se constata que a nivel de enunciados la universalidad y el diálogo están presentes de manera explícita en la formulación de la política, es decir, los principios de todas las políticas participativas en salud y de la composición de los Consejos de Desarrollo Local contienen conceptos como diálogo, co-gestión, representación de la comunidad y la participación misma, entre otros. Sin embargo y paradójicamente, las estrategias utilizadas para alcanzar tales objetivos se basan más bien en el control del cumplimiento de metas formuladas por *policymakers* del Ministerio de Salud, pero que no encuentran espacio de diálogo con los implementadores ni con usuarios. Con esto, se insertan objetivos de participación "a palos" y de espalda a quienes en algún momento de la política fueron reconocidos como sujetos de derechos, dando cuenta de un claro desajuste. En ese sentido, se les exige a los trabajadores sociales que operan en los establecimientos de salud que cumplan con metas sanitarias, en la cual se incluye la conformación de Consejos de Desarrollo Local, por lo cual, es posible que la mayor parte de los establecimientos de salud tenga uno. No obstante, la consecución de indicadores de la gestión de estos Consejos, tales como actas de reunión, planes de trabajo anuales, asistencia a reuniones de red, etc. da cuenta del desajuste existente entre los principios de la política, que inspira dialogo y fortalecimiento ciudadano y lo que realmente sucede: una "obligación" a participar por la coerción del cumplimiento de metas sanitarias[25].

Así, los modos en que la participación se ha implementado en la política de salud devela las tensiones entre propósitos postconvencionales que no se plasman en prácticas

24 HABERMAS, J. *Conciencia moral y acción comunicativa*. Madrid: Trotta. Año 2008

25 Para constatar lo mencionado en este apartado, por favor referirse al siguiente documento, en donde se contienen las Metas Sanitarias del año 2012 para Chile: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/acc225540b61fdd4e04001011e0155df.pdf. En virtud de lo anterior, revisando la meta numero 7 la cual estipula en su encabezado: CONSEJOS DE DESARROLLO DE SALUD FUNCIONANDO REGULARMENTE. Los medios de verificación del cumplimiento de esta meta es un informe de evaluación de las Secretarias Ministeriales de Salud repartidas a lo largo de Chile, las cuales evacuaran este documento en base a la existencia de un plan de trabajo anual de cada Consejo de Desarrollo Local. En consecuencia, también evaluarán su cumplimiento en lo concreto.

alineadas con tal nivel de desarrollo moral de la política. Dicho de otro modo, el desajuste se presenta al observar que la política se orienta por objetivos universalistas propios de niveles postconvencionales – ciudadanía, participación, derechos – pero impulsados por medios preconvencionales – premio/castigo, dados por metas y bonos por alcanzarlos – en las distintas fases de su operación.

Al respecto, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, en su informe de Chile del año 2009, ya evidenció que llevar las ideas a la práctica se constituye como un obstáculo para el desarrollo del país, atendiendo a que éstos representan no sólo asuntos de insuficiencia técnica o de cobertura, sino "problemas de alta complejidad, que resultan de cambios recientes y de los cuales, por lo mismo, no se dispone de suficiente conocimiento acumulado. Suelen ser ámbitos muy densos en relaciones y significados sociales, donde los actores tienen relativa autonomía entre sí, y en relación con los cuales existen centros múltiples y difusos de control. A este tipo de desafíos se les puede llamar "problemas de lógicas de acción", pues su núcleo problemático radica precisamente en la organización de las relaciones entre los actores, esto es, en las prácticas[26]". En este estudio, se analiza precisamente el caso de las políticas de salud, señalando que la búsqueda por instalar cambios en la política vinculados a la lógica de derechos "es especialmente compleja porque interactúa y muchas veces choca con las identidades tradicionales y los intereses corporativos de los actores involucrados, amén de desafiar las prácticas rutinizadas en el campo de acción respectivo. (…) No se trata solamente de mejorar los indicadores de salud de la población, sino de un proceso más complejo que busca el cambio en otra escala: no es lo mismo prestar servicios o entregar bienes que transferir derechos"[27], lo que dicho de otro modo, lleva a pensar en el proceso complejo de superar particularismos en pro de principios universales post convencionales.

En este marco, si se reconoce que los contextos modernos se caracterizan por ser complejos, el Estado no podría sostener por sí mismo propósitos que en cada fase de la política van a ser confrontados con actores que operan autónomamente, donde la pretensión de que éstos sean intervenidos políticamente se vuelve infructífera. Al respecto, Aguilar señala que en el contexto actual "el gobernar difícilmente podrá ser exitoso si el gobierno sigue usando sus embotados instrumentos de intervención dirigista y alineamiento político, por lo que hay que descubrir o construir el nuevo formato e instrumental directivo que permita a una sociedad tener sentido y capacidad de dirección, alcanzar metas superiores y ampliar sus horizontes[28]".

Tiene cabida aquí el rol de cumplen los funcionarios del sector de salud, es decir, quienes están llamados a aplicar en la práctica las disposiciones del Ministerio de Salud. Con mucha claridad expone Weinstein[29] (1998) la importancia de observar los procesos de participación desde la interacción que establecen los ejecutores en un determinado espacio o territorio, lo cual es tremendamente importante cuando se está considerando la operación de las políticas de participación social en salud desde la descentralización. Lo anterior es esencial, pensando que el espacio en donde interactúan los funcionarios y usuarios no es un espacio simétrico, debido a que los agentes públicos tienen poder y la población no, a pesar de que la política de participación contemple lo contrario; en la práctica, ella depen-

……..
26 PNUD: "Desarrollo Humano en Chile. La manera de hacer las cosas". Año 2009. Página 14. Disponible en: http://www.pnud.cl/idh/pnud_2009.pdf
27 PNUD. *La manera de hacer las cosas. Informe de Chile*. Año 2009. Santiago. Página 72.
28 AGUILAR, Luis. *Gobernanza y Gestión Pública*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, Año 2006. 40 pp.
29 Op. Cit. 9

de de la acción pública para satisfacer sus necesidades de salud. A lo anterior se suma que los establecimientos de salud son parte de la vida y del territorio local, por lo que se enfrentan al desafío constante de contar con legitimidad.

Al respecto, Weinstein (1998) visualiza que la participación amplia es restringida por distintos obstáculos[30]:

- Funcionarios: el centralismo del sistema de salud, la temprana profesionalización y medicalización en la provisión de atención en salud ha generado que el concepto de participación social sea "naturalmente" restringido. En ese sentido, el modelo de atención autorreferente, donde la responsabilidad y competencia para la solución de los problemas radican aún en el propio sistema y no en la comunidad dificultan el involucramiento efectivo de los últimos.
- Hegemonía de la concepción biomédica de la salud: difundida a través de los modelos de atención y educativos, así como en los formadores del personal que se traducen en enfoques de salud restringidos. Esta concepción reproduce una noción de salud ligada directamente a la enfermedad y al saber especializado para tratarla, sin integrar los factores socioculturales asociados. Por esta razón, la misma población se encarga de demandar al sistema y a los que manejan este saber especializado, una mayor capacidad médica resolutiva sin otorgar importancia al rol que juega la prevención.

  Con esto, se ha condicionado una visión sobre la importancia del médico, que en la práctica se traduce en menor legitimidad de otros profesionales y técnicos. Particularmente, destaca por el tema que estamos discutiendo, el papel de las asistentes sociales que, estando encargadas de la relación con la comunidad, no tienen un espacio valorado dentro de la gestión de salud de los consultorios. Como ellas mismas señalan, muchas veces hacen una labor de salud mental, pero que no es considerada como tal; así también su trabajo con las organizaciones corre en paralelo con la atención curativa y no se incorpora al quehacer de los otros equipos (ej.: a veces "se consiguen" un médico que pueda dar una charla a los grupos o realizar un control de salud).
- Alta rotación de profesionales, especialmente los médicos (esto sucede principalmente en los consultorios de salud), en contraste con la mayor estabilidad del personal no profesional. Esta situación imprime una dinámica que dificulta el desarrollo del trabajo en equipo.
- Sentidos diversos otorgados por los equipos de salud a la participación social: para algunos, el primer paso es generar instancias de participación internas ("no podemos generar espacios de participación comunitarios sino empezamos por nosotros mismos"). También se señala que para que existan acciones de participación con la comunidad, debe haber una mayor asignación de recursos al sector que permita mejorar la labor institucional. En este sentido, se expresa el temor a que abrir instancias de participación de la comunidad signifique una "avalancha" de demandas que las instituciones locales no pueden satisfacer; o, que se aumenten expectativas respecto de la mejora de la atención. Otro sentido otorgado tradicionalmente a la participación en el ámbito comunitario es el de la educación. Los servicios de salud "educan" o "capacitan" a la población en temáticas específicas que la población no maneja y

30 Ibíd.

que no puede comprender totalmente debido a la especialización del sector. Además, otra interpretación ve la participación como la colaboración de la población o de grupos organizados en tareas de los servicios (control de salud, información sobre programas, obtención de fondos, etc.).

- También, asociado al proceso de modernización del Estado, el concepto de participación se vincula con conocer la opinión de los usuarios para orientar la gestión de los servicios. Los usuarios y usuarias se transforman en clientes de las instituciones y, por tanto, ellas deben encontrar mecanismos e instrumentos que permitan conocer sus opiniones respecto del servicio que reciben y, de esta manera, éste pueda optimizarse.

Lo anterior da cuenta de procesos que interfieren en el espacio entre la universalidad del referencial normativo y las prácticas jerárquicas y particularistas que caracterizan la implementación de las políticas. En este sentido, el problema no está en que la política carezca de una autobservación que le impida constatar la necesidad de incluir la participación, sino que el problema radica en las lógicas, en este caso de índole normativa, es decir, venidas desde la norma, que poseen los actores involucrados y que se observan como una interferencia al no estar en el mismo nivel de postconvencionalidad[31] de las políticas. Esto devela que la participación en la política pública, y en este caso en la política de salud, no puede ser analizada sin considerar los elementos contextuales que junto con los propios del sistema político, le dan forma[32], enfatizando que en escenarios dados por sociedades como la chilena, las redes informales cumplen un rol clave.

A decir de Miranda "se debe atender a cómo esas condiciones procesuales y normativas globales son transformadas en el espacio regional/local por condiciones procesuales y normativas estabilizadas en esos espacios[33]", que re-orientan la operación de la política en sus distintas fases – llámese tradicionalmente agenda, diseño, implementación y evaluación – hacia fines particularistas o individuales. Para el autor "si esto es cierto, entonces las pretensiones de inclusión que suponen las políticas públicas universalmente, implican en muchos casos una exclusión invisibilizada a priori, incorporada en el mismo proceso de políticas pero de origen exógeno, provocada por los intereses particularistas de las redes informales[34]".

Por ello, las posibilidades de participación en el nivel institucional político representado en el Estado, sólo se dará con un carácter instrumental basado en el cumplimiento de metas y propósitos particulares externos a tales comunidades. En este sentido, existe una distinción entre participación en un sentido amplio que considere niveles de desarrollo moral postconvencionales presentes en la fase de diseño de la política pública; y la participación a la que tienen acceso los implementadores y usuarios que forman parte de una burocracia que cierra sus horizonte de decisión a la aplicación de procedimientos decididos a priori.

Al respecto, Lynn Morgan, en el año 2001, analiza la coyuntura que caracteriza al concepto de participación social en salud. En primer lugar, indica que es un concepto tensionado entre modelo utilitarista y modelo de empoderamiento. Por un lado, se puede considerar devenido del modelo utilitarista si es que se contempla como la articulación que realizan

……..

31 Entiéndase postconvencionalidad en el sentido de Kohlberg, el cual enuncia que corresponde al estadio de la "orientación del contrato social", en cual las personas reflexionan en términos racionales, toman valor a la voluntad de la mayoría y el bienestar de la sociedad.

32 STEIN, Ernesto; TOMMASI, Mariano. *"La política de las políticas públicas"*. Revista "Política y gobierno". Vol. XIII. Número 2. II semestre, 2006. 394 pp.

33 MIRANDA, Patricio. Formulación Proyecto Fondecyt N° 1110428. *"Instituciones formales y redes informales en políticas públicas. Interferencias procesuales y normativas en políticas de pobreza, obras públicas y medioambiente en Chile.*

34 Ibíd.

gobiernos e interesados en usar los recursos de las comunidades para compensar o disminuir los costos asociados a la gestión del servicio de salud. Ahora, para atenuar esta idea, se puede rescatar el carácter voluntarioso de la comunidad que desea colaborar con la gestión de su servicio de salud (así se atenúa la idea de imposición o de conveniencia por parte del gobierno). Por otro lado, el modelo de empoderamiento, configura una participación social como fin en si mismo, donde las comunidades toman la responsabilidad de diagnosticar y trabajar en pos de su propia salud y en el desarrollo de sus problemas.

Paradojalmente, ninguna de estas perspectivas hace referencias a que la participación social en salud debe ser iniciada por los miembros de la comunidad; prácticamente, las definiciones de participación en salud provienen desde fuera o desde arriba y, en la generalidad de los casos, la participación de la comunidad en temáticas de salud (o en todo orden de temáticas) requeriría ser promovida por un agente externo. Es poco común ver acción en las comunidades de manera espontanea, generando autoconciencia y otros.

Por esa misma dificultad que tiene la participación social en salud en sí y que se mencionó anteriormente, es que este concepto ha ido mutando hacia una relación económica, caracterizada por roles de consumidores y proveedores, donde los primeros tienen demandas y necesidades que los proveedores de servicios de salud tratan de satisfacer, lo que discrepa de las esperanzas gubernamentales al respecto (aumento de autonomía y participación activa). De allí que el concepto de participación social conlleve la complejidad de convocar distintas visiones para su inclusión en las políticas de salud. Según Méndez y Vanegas (2010[35]) "Dentro de las posiciones favorables a la inclusión de la participación social en salud, destacan i) la que en su argumento privilegia los aspectos políticos y sociales, cuyo efecto sea democratizador sobre la sociedad; ii) los que señalan los efectos positivos de la participación en la salud de la población, convirtiéndola en necesaria para el éxito de los programas sanitarios, y iii) la que considera a la participación en salud como una vía de manipulación social y política".

En consideración de lo anterior, existe cierto consenso en que los procesos formales y la universalidad en los procedimientos y orientaciones otorgan a las políticas públicas validez en el marco de sociedades democráticas y diferenciadas. Por ello, las redes informales – tales como la hegemonía de visiones centradas en un modelo de hegemonía médica, los temores a los procesos que la participación podría desencadenar, el ambiguo y disonante significado de la participación, entre otros mencionados – pueden ser vistas como obstaculizadoras para garantizar procedimientos legitimadores que no dependan de intereses particularistas. Surge con esto el problema de la legitimidad en la medida en que, por una parte, los propósitos de una política no se sostienen sólo en sus enunciados puestos en clave de principios universalistas, si éstos no fueron fruto de un proceso dialógico de validación. Por ello, asumir que éstos deben ser instalados en espacios concretos sin mayor mediación podría, paradójicamente, atentar contra el sentido democrático mismo.

Esto devela una característica en las formas de operación de una política en contextos confrontados a relaciones sociales en las que no puede asumirse de manera natural un sustento post convencional en lo normativo. Por ello, la promoción de la participación en la política pública, tanto en la de salud como en otros ámbitos, requiere dialogar con los diversos actores y asumir que en las distintas fases de la política ésta se verá confrontada a actores diversos y legítimos. De no ser éstos considerados, el universalismo propio de

35 Op. Cit. 14.

iniciativas vinculadas a la participación y ciudadanía, se volverá un imperativo no dialógico que podría incluso atentar contra formas instaladas de ejercicio profesional y ciudadano.

El rol del Trabajo Social en las políticas de participación en salud: hacia la constitución de un agente modulador y democratizador.

No es la política de participación social en salud y la constitución de Consejos de Desarrollo Local los que se adolecen a sí mismos: son las diferencias entre principios universales y particularismos, preconvencionalismos ante políticas que buscan la postconvencionalidad y que finalmente, no hay disciplina que pueda mirarla tan claramente como el Trabajo Social y que pueda hacer algo al respecto.

Las tensiones descritas en torno a la brecha entre las enunciaciones y aspiraciones de la política y las prácticas concretas a través de las cuales éstas son implementadas, levantan desafíos para la intervención social, las que podrían sintetizarse como situar el rol del trabajador social como articulador de horizontes de sentido en comunidades concretas. En este sentido, la participación, el diálogo, la acción colectiva, entre otros elementos, tendrán expresiones distintas en las comunidades concretas donde se instalen. Diferencias contextuales como lo urbano/rural, tradiciones locales, historia de la comunidad, actividad económica, edad de los usuarios, exigirán que los principios universales asuman énfasis particulares, sin que ninguno de los dos niveles – universal o particular – tengan mayor relevancia. En ese sentido, el Trabajo Social debe levantar esa mirada especifica sobre las comunidades asociadas a los establecimientos de salud para reconocer en ellas, estas diferencias contextuales y adecuarlas a los principios universales o particulares que les sea indicado.

Asimismo, factores organizaciones vinculados con los equipos de trabajo, la interdisciplinariedad y cómo ésta se implementa, recursos humanos, de infraestructura, entre otros, también generarán condiciones específicas respecto a las posibilidades de cumplimiento de las metas, pero también tienen un potencial que podría ser aprovechado, que es precisamente lo que propone una política que asume la participación como uno de sus ejes. Siguiendo la misma línea, el Trabajo Social al estar inserto dentro de un equipo de salud, está llamado a superar la hegemonía del modelo médico no solo en la gestión de salud de una comunidad, sino también dentro de su propio equipo. Como ha sido mencionado anteriormente, la capacidad de la disciplina, en tanto se considera moduladora y articuladora de realidades, puede reforzar una mirada global, estructural y sistémica de la situación de salud y enfermedad de las comunidades.

En este último punto, puede encontrarse una de las claves para la intervención desde el Trabajo Social, en la medida en que el problema de la participación evidenciado implica modular los imperativos con pretensión universal de la política pública con el sistema normativo propio de familias y comunidades. Dicha modulación estaría orientada lograr la coherencia y superar los desajustes entre la normatividad de las políticas y las estrategias para lograrlos. En que permiten modular y ajustar los principios universales a contextos particulares. Cobra sentido acá la hermenéutica crítica propuesta por Adela Cortina, quien instala la discusión en torno a los límites de los modelos deductivos, los que pueden ser entendidos como "el arte de aplicar cualquier tipo de principios morales que se tengan a mano a casos concretos"[36], considerando a éstos últimos como particularización de los

36 CORTINA, A; GARCÍA MARZÁ, V. *Razón pública y éticas aplicadas. Los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista*. Madrid: Tecnos. 2003. 24 pp.

principios generales. Los límites de este modelo radican, entre otros aspectos, en que para el caso de las políticas públicas existe un importante espacio de indeterminación cuyo contenido es puesto desde lógicas que están fuera del control de quienes las diseñaron.

La intervención social debe atender a cómo esas condiciones procesuales y normativas globales son transformadas en el espacio regional/local que experimenta una organización como los Consejos de Desarrollo Local. Por ello, lo local gracias a la participación debiese aparecer como un espacio de iluminación e integración de las redes informales, más que como un espacio oscuro, obstaculizador y de interferencia para el logro de los objetivos. No se habla acá de control político o de avanzar hacia la universalidad pese a las redes informales, sino coordinarse con ellas en procesos donde la universalidad vaya de la mano de procesos dialógicos que integren las particularidades como elemento legitimador de la política en los espacios locales. Al respecto, el procedimentalismo de la política debe ser lo suficientemente abstracto como para abarcar también el espacio de incertidumbre presente al reconocer que la política no es omnisciente.

Al promover una ciudadanía activa, se esta interviniendo directamente en algunos factores sociales que determinan la salud de las personas, tales como la falta de redes sociales e incluso, el ajuste de los servicios de salud a las necesidades sentidas de la población. Aquí prevalece la cohesión social y la construcción de capital social, elementos cuya que la acción y soporte colectivo pueden alterar las vías que llevan a impactos indeseables en la salud.

Dados los antecedentes mencionados, se evidencia que ante los procesos de diferenciación, la política pública se expresa en una disociación entre la esfera política y las decisiones que allí se toman y los discursos ciudadanos, por lo que se requiere construir nuevos modos de articulación entre la esfera política y las comunidades concretas – llámese sistema y mundo de la vida – basados en orientaciones universalistas capaces de recoger los modos de habitar el mundo de comunidades que no necesariamente representan, el menos en principio, características propias de sociedades diferenciadas y complejas.

Desde ahí, el Trabajo Social ha encaminado una búsqueda infatigable por incrementar el mejoramiento de la calidad de vida de las personas, para lo cual, desde la disciplina siempre se ha convencido en que eso se logrará en la medida en que ellas se sientan actores de su propio cambio. Entonces, la participación puede ser comprendida como un proceso que trasciende y cruza la vida de los sujetos y sus comunidades, en tanto supone el involucramiento de las personas en proceso de toma de decisiones, generalmente vinculados a temas de su interés relacionados con la satisfacción de una necesidad u obtención de un beneficio, como es el caso de la reposición de la salud.

Es urgente posicionarse con resolución en el rol de facilitador de procesos de transformación y cambio social en salud y no ser instrumentales a requerimientos institucionales dirigidos a instalar instancias de participación social en salud que nieguen la reflexión crítica y la discusión en torno a la modificación de los determinantes sociales, en torno a los posicionamiento preconvencionales y postconvencionales, tanto de los operadores de políticas publicas como de estas mismas, que, finalmente, afectan la calidad de vida de una comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

- ARREDONDO, Felix: *Participación Comunitaria y Salud Primaria: el caso de los Consejos de Desarrollo Local de la comuna de La Pintana*. Tesis para optar al grado de Sociólogo. Facultad de Sociología. Universidad de Chile. Año 2008. .
- AGUILAR, Luis. *Gobernanza y Gestión Pública*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México, Año 2006.
- AZEVEDO, Antonio Carlos. *"La provisión de servicios de salud en Chile: Aspectos históricos, dilemas y perspectivas"*. Revista de Saúde Pública. Vol 32, N° 2. Año 1998.
- Consorcio para la Reforma del Estado. *Participación Ciudadana en la Gestión Pública. Santiago*. Sin editorial. Año 2001. Disponible en: www.reformadelestado.cl
- CORTINA, A; GARCÍA MARZÁ, V. *Razón pública y éticas aplicadas. Los caminos de la razón práctica en una sociedad pluralista*. Madrid: Tecnos. 2003.
- DONOSO V, Nora. *Reforma de Salud ¿oportunidad u obstáculo para la gestión participativa?* Tesis para optar a grado de Máster Investigación Participativa Para el Desarrollo Local. Universidad Complutense de Madrid, IEPALA. Año 2005.
- DRAGO, Marcelo: *"La reforma al sistema de salud chileno desde la perspectiva de los derechos humanos"*. Serie Políticas Sociales N° 121. CEPAL. Año 2006. Disponible: http://www.cepal.org/publicaciones/xml/7/25787/sps121_lcl2539.pdf
- FRENZ, Patricia: "Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud". En Revista Chilena de Salud Pública 2005; Vol 9, N° 2.
- GARRETÓN, M.: "Cambios sociales, actores y acción colectiva en América Latina". CEPAL. Serie de Políticas Sociales N° 56. Santiago, octubre 2001.
- GILLAM, Stephan: *"Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care?"* BMJ Journal; N° 336; año 2008. 536-538 pp. Disponible en http://www.bmj.com/content/336/7643/536
- HABERMAS, Jürgen. *Conciencia moral y acción comunicativa*. Madrid: Trotta. 2008
- HABERMAS, Jürgen. *Teoría de la acción comunicativa*. Madrid: Taurus. 1987.
- LUHMANN, Niklas. *Teoría de la sociedad*. México: Universidad de Guadalajara, 1993.
- MARTIN GARCIA M, et al: *"Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud"*. Revista GacSanit; Vol 20; N° Supl 1. Disponible en: http://www.sespas.es/informe2006/p4-4.pdf
- MATUS, Teresa. *Apuntes sobre intervención social*. Mendoza. 2006 Material digitalizado.
- MENDEZ, Claudio y Venegas López, Jairo: *"La participación social en salud: el desafío de Chile"*. En Revista Panamericana de Salud Pública. Vol 27, N° 2. Año 2010.
- MINSAL Ministerio de Salud de Chile. *Promoción de la salud para Chile: Plan nacional de promoción de la salud.* División de Atención Primaria. Unidad de Promoción de la Salud. Año 1999.
- MINSAL. Orientaciones para la planificación y programación en red año 2013. Subse-

cretaria de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Año 2012. Disponible en: http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/c99c0666bda93ffde04001016401 57a7.pdf

- MIRANDA, P.: "Tensiones estructurales y semánticas en las políticas públicas - una cartografía del caso chileno". Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 10, n. 1, Jan. / jul. 2011.
- MIRANDA, Patricio. Formulación Proyecto Fondecyt N° 1110428. "*Instituciones formales y redes informales en políticas públicas. Interferencias procesuales y normativas en políticas de pobreza, obras públicas y medioambiente en Chile.* 2010.
- OPS/ OMS: *Participación ciudadana en salud: ¿proceso de cambios en desarrollo? Una aproximación diagnostica en la Región Metropolitana.* Proyecto de Genero Equidad y Reforma de la Salud. Serie Observatorio de Equidad de Género en Salud, Vol 4. Año 2006.
- PNUD. "*Desarrollo Humano en Chile. La manera de hacer las cosas*". Informe de Chile. 2009. Santiago. Disponible en: http://www.pnud.cl/idh/pnud_2009.pdf
- RAZETO, A y MIRANDA, P: "*Figuras políticas. Diferenciación social y normativa en modelos de análisis de políticas públicas*". Artículo inédito realizado en el marco de la investigación Fondecyt N° 1095186. Año 2009.
- SEGEGOB Secretaría General de Gobierno. *Agenda Pro Participación Ciudadana. Ministerio Secretaria General de Gobierno*. Año 2006. Disponible en: www.participemos.cl/docs/agenda_participativa.pdf
- SSMSO Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. *Orientaciones para la constitución de Consejos de Desarrollo Local de Salud Red Pública de Salud Suroriente*. Departamento de Participación Social y Gestión Integral de Usuario. Año 2010. 5 pp. Disponible en: http://www.ssmso.cl/tmparchivos/transparente/ParticipacionCiudadana/ConsejosdeDesarrollo/Orientaciones_ConsCDL.pdf
- STEIN, Ernesto; TOMMASI, Mariano. "*La política de las políticas públicas*". Revista "Política y gobierno". Vol. XIII. Número 2. II semestre.
- WEINSTEIN, Marisa: *Participación Social en Salud: Acciones en curso. En: Nociones de una Ciudadanía que Crece*. Enrique Correa y Marcela Noé (Editores). FLACSO Chile. Año 1998. Disponible en: http://www.flacso.cl/home/index.php/es/libros/743-nociones-de-una-ciudadania-que-crece-