

Tensiones y paradojas en los procesos de participación social en salud

Tensions and paradoxes in the processes of social participation in health

Nora Donoso ¹

RESUMEN

El presente artículo busca invitar a la reflexión acerca de los avances, retrocesos, obstáculos y desafíos de la participación en salud. Entrega elementos del contexto en el que se desarrollan procesos de participación y problematiza a partir de la experiencia de actores claves, acerca de las reales posibilidades de incidencia de la ciudadanía en las decisiones vinculadas a la salud y de construir procesos de participación de carácter sustantivo e instituyentes. Busca identificar tensiones y paradojas que dificultan el avance en estos procesos y las relaciona con las inflexiones de política pública en salud y la capacidad de protagonismo de la sociedad civil con vistas a buscar vías para la instalación de prácticas de carácter transformacional.

Palabras clave: *participación en salud, relaciones de poder, incidencia en la toma de decisiones, prácticas transformacionales.*

ABSTRACT

This article seeks to invite reflection on the advances, setbacks, obstacles and challenges of participation in health. It provides elements of the context in which participatory processes are developed and problematizes, based on the experience of key actors, about the real possibilities of incidence of citizenship in decisions related to health and to build participation processes of a substantive and instituent nature. It seeks to identify tensions and paradoxes that hinder progress in these processes and relates them to inflections of public health policy and civil society's capacity to be protagonists with a view to finding ways to install practices of a transformational nature.

Key word: *participation in health, power relations, incidence in decision making, transformational practices.*

INTRODUCCIÓN

El presente artículo tiene como objetivo, invitar a una reflexión acerca de los avances, retrocesos, obstáculos y desafíos de la participación y ciudadanía activa en salud. Se construye a partir de una reflexión personal² y recoge, además, opiniones vertidas por actores claves³ de procesos de participación en salud en el período 2014-2018, a través de espacios conversacionales en los que se rescata su relato de manera textual de modo de

Recibido el 24 de junio de 2018. Aceptado el 4 de octubre de 2018.

1 Trabajadora Social PUC, Master en Investigación Participativa para el Desarrollo Local, U. Complutense de Madrid, Diplomada en Promoción de la Salud, INTA –U. de Chile, Doctora © en Educación. Académica de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO, Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Integrante del Gabinete Ministerial 2014 – 2018 Ministerio de Salud, Encargada de Participación Social de la Subsecretaría de Redes Asistenciales 2003 – 2010. Profesional Asesora Departamento de Promoción de la Salud 1992 – 2003. Correspondencia a: donoso.nora@gmail.com

2 La reflexión personal está alimentada desde la experiencia de la autora como integrante del equipo a cargo del tema en la División de Atención Primaria en la década del 90, luego como encargada de Participación Social en la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en la primera década del 2000 y, como integrante del Gabinete Ministerial, en el segundo gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet.

3 Fueron parte de estos espacios conversacionales, Integrantes del COSOC del MINSAL; Pablo Albornoz, Eliana Suazo, Patricio Talavera, Rosa Vergara y profesionales de la salud; Andrea Bastías, Tomás Kirberg, Luis Galleguillos (APS/ Salud Mental, Promoción de la Salud/ Participación Social), Fernando Troncoso, Raquel Olmos, Rafael Miquel (Servicios de Salud, primer y segundo nivel directivo).

sustentar las afirmaciones contenidas en el documento⁴. Proporciona elementos del contexto en el cual se instala y desarrolla la participación en salud para luego analizar las tensiones y paradojas que rodean a este proceso.

EL CONTEXTO DE LA RE- INSTALACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

El proceso de transición política y redemocratización del país; la situación de deterioro de las relaciones al interior de los distintos componentes del sistema, entre los trabajadores y las comunidades locales; el bajo impacto de la formación en servicio de los equipos técnicos; la ausencia de políticas integrales para mejorar la situación de salud; la insatisfacción creciente de la población usuaria; prevalencia y profundización progresiva de inequidades y desigualdades en salud, y la falta de reconocimiento y valoración del nivel primario de atención, caracterizan el contexto en el cual se (re) instala⁵ la participación en salud.

Los ajustes al sistema de salud a partir de 1990, buscaron mitigar los efectos de la privatización, municipalización y en general, los procesos de descentralización incompletos del sistema de salud. Chile se hace parte en términos prácticos, de los acuerdos internacionales de Alma Ata, la Carta de Ottawa, entre otros, que ponen el acento en la incorporación de la participación social y comunitaria en el cuidado de la salud y el control de sus determinantes, modelos de atención integral, la reorientación de servicios hacia acciones de carácter preventivo y de fomento de la promoción de la salud.

En forma paralela, el Programa de Modernización del Estado, influye en la generación de distintos mecanismos e instancias de participación social en salud, y, a la vez, desde el propio sector, se buscó recuperar experiencias e iniciativas desarrolladas por ONG en contextos de restricción política, otorgar continuidad a procesos de intervención local en salud, y la aplicación de metodologías participativas, a través de su institucionalización y transversalización. En suma, el reestablecimiento de una relación más democrática y colaborativa entre la ciudadanía y el Estado en salud.

PROMESAS, TENSIONES Y PARADOJAS

Hablar de participación, necesariamente alude al tema del poder. A decir de Foucault, ... *“cuando se define el ejercicio del poder como un modo de acción sobre las acciones de los otros, cuando se caracteriza esas acciones como el gobierno de los hombres por otros hombres - en el sentido más amplio del término - se incluye un elemento muy importante: la libertad. El poder sólo se ejerce sobre sujetos libres. Por esto entendemos sujetos individuales o colectivos que están enfrentados a un campo de posibilidades en el cual diversas formas de comportarse, diversas reacciones y comportamientos pueden ser realizados”*...

(1). Hacer de la participación en salud, una realidad posible, supone, una redistribución del poder, generación de sujetos autónomos con capacidad para incidir en las decisiones en torno al cuidado de la salud individual y colectiva, en contextos de participación más sustantivos (2) y de carácter instituyente (3)

Sin duda, la participación en las decisiones en salud, ha sido una aspiración de la Sociedad Civil y una promesa por parte del Estado. Desde 1990, se han destinado recursos tanto técnicos como financieros a la instalación y desarrollo de procesos de participación, a la formación en metodologías de trabajo comunitario, re incorporación del trabajo social como parte de los equipos interdisciplinarios, creación de fondos de apoyo a proyectos locales de promoción de la salud, financiamiento de iniciativas ejecutadas por organizaciones no gubernamentales y organizaciones de base comunitaria (4) (5) (6) (7) (8). Actores sociales concuerdan en que *“desde la vuelta a la democracia el sector Salud fue implementando una serie de normativas y leyes, que progresivamente han permitido hablar actualmente de Participación Social, convirtiéndose en un área pionera en el tema”*...

La Reforma de la Salud del 2005⁶, por su parte, genera una nueva inflexión en los procesos de participación, incorporando el enfoque de derechos y una mirada garantista en la relación ciudadanía - estado y crea instancias de participación en SEREMI, Servicios de Salud y Hospitales, sistemas de quejas y reclamos. Sin embargo, no necesariamente recoge (9), la experiencia desarrollada desde 1994 en adelante (Consejos de Desarrollo Hospitalario, Consejos de Desarrollo Local entre

4 Se utilizó como instrumento, una pregunta abierta sobre alcances y obstáculos aplicado a través de medios virtuales a actores relevantes del proceso de participación durante el período 2014 - 2018.

5 El decreto 602 de 1971, creó dos instancias de participación local en salud; los Consejos Locales de Salud y Comités Paritarios, expresión de la voluntad de instalar formalmente, procesos de participación en salud.

6 La Ley de Autoridad sanitaria crea los Consejos Consultivos Hospitalarios, Consejos de Integración de la Red Asistencial, Consejos Asesores Regionales, instancias de participación de carácter representativo en los hospitales, Red Asistencial y SEREMI como parte del proceso de Reforma Sanitaria del 2005.

otras), y especialmente, la calidad y los niveles de participación alcanzados. Dicho avance da paso a una aplicación estricta de protocolos y procedimientos generados por el marco legal vigente, y deriva en una restricción y sobre institucionalización de la participación, abandonando en muchos casos, el énfasis en la calidad de los procesos y en la generación de sujetos con capacidad de movilización en torno a temas prioritarios y autonomía en el cuidado de la salud tanto individual como colectiva.

Puede señalarse que, los alcances y grados de incidencia de la ciudadanía en las decisiones públicas, han dependido de las inflexiones de política, tanto a nivel sectorial como gubernamental, y de la propia situación local; estilos de liderazgo, la voluntad política de los directivos a nivel país, capacidad de movilización e integración de las comunidades locales, entre otros factores ((9). Así, encontramos frecuentemente, relaciones de carácter más bien populista entre los equipos de salud y las comunidades locales, procesos de participación en torno a acciones de carácter cortoplacista, con escaso impacto en la salud de la población. La tendencia a la planificación “desde arriba” ha puesto el freno a procesos de descentralización política y administrativa. Esto también supedita la participación intersectorial y comunitaria a la ejecución de acciones de carácter aislado que responden a metas definidas desde el centro, y en mucho menor medida, vinculada a procesos de planificación local con enfoque estratégico y sustentable. Si bien el discurso institucional incorpora la participación en un contexto de reorientación de los servicios hacia acciones de salud colectivas, preventivas, promocionales, resultan insuficientes para alterar la práctica tradicional biomédica y asistencial a nivel de la APS (10).

Dentro de los equipos técnicos hay posiciones aún más críticas. *“La cultura de mercado nos ha penetrado psíquicamente, esperamos resultados inmediatos y no procesos, esperamos productos entregados por prestadores y no co-construcción, esperamos servicios y no participación, esperamos invertir poco y ganar mucho y pronto”... Es necesario realizar arreglos institucionales... “incorporar la participación activa de los jóvenes, como también que se involucren todos los funcionarios en este proceso (...), para poder incorporar a nuevos actores se debiera contar con una extensión horaria para el trabajo comunitario”.*

Un giro hacia una mayor incidencia en el diseño, implementación, evaluación de las políticas de

salud lo señala el ejercicio de rendición de cuentas de las autoridades, los presupuestos participativos como espacios deliberativos y de incidencia en el uso de recursos públicos en salud (11), y; algunas instancias de diálogo y desarrollo de consultas ciudadanas (presenciales o virtuales) acerca de temas de creciente interés de la ciudadanía (defensa de derechos en salud, protección del medio ambiente, distribución y calidad de fármacos, entre otros). Para los encargados de participación en los Servicios de Salud, *“este nivel de participación ha permitido que desde estas instancias, se pueda ejercer cierto control social sobre la gestión en salud. Los dirigentes se han convertido en referentes válidos ante las autoridades locales, regionales y nacionales. Los Consejos Consultivos de Salud...en sectores de mayor vulnerabilidad, se han convertido en redes de solidaridad”.*

Sin embargo, en el sector, se aprecia una distancia y falta de continuidad en el discurso acerca de la necesidad de avanzar en procesos más sustantivos de participación social en salud, como por ejemplo, el apoyo a procesos de planificación local participativa en marcos crecientes de descentralización político administrativa; la búsqueda de la equidad y pertinencia cultural de las acciones de salud; la transversalización del enfoque de derechos y ejercicio de la ciudadanía activa en el desarrollo de una agenda de inclusión y protección social sostenible. Existiría una permanente tensión entre la participación representativa y la participación directa, entre relaciones de carácter más democrático y relaciones más bien clientelares, paternalistas, y populistas, facilitando - desde la lógica del estado - el acceso a la oferta, más que una respuesta a la demanda ciudadana. En un marco de creciente desconfianza entre la ciudadanía y las instituciones públicas, para los dirigentes sociales, *“uno de los grandes obstáculos, son los mecanismos legales que excluyen a la población para el trabajo en conjunto (...) que limitan su incidencia y participación. Uno de los grandes desafíos, es potenciar los consejos consultivos o espacios de participación, para que puedan sentirse parte de la construcción de lineamientos e iniciativas que tengan un impacto directo en la población”...*

La propia ciudadanía ha buscado otros caminos para expresar demandas y poner temas en la agenda pública. Ha ejercido una participación directa, mostrando una orgánica que ha permitido que ciertas demandas se hayan transformado en iniciativas legales que han dado origen a derechos y garantías en salud⁷. El uso de los Medios de

7 La Ley Ricarte Soto, por ejemplo, muestra cómo el uso de distintas estrategias de participación ciudadana más allá de los marcos institucionales, se ha traducido en garantías exigibles y mecanismos de control ciudadano sobre la gestión y uso de recursos del programa, tales como el Comité de Evaluación Priorizada y Comisión de Vigilancia Ciudadana.

Comunicación Masivos, redes de internet, resulta muchas veces ser más convocante que las instancias regulares de participación en salud dado que permite de manera instantánea una lectura de las demandas ciudadanas. Esto contribuye aún más, al desincentivo de la participación a través de canales formales en un contexto de abandono de los partidos políticos y otras intermediaciones, de los temas ciudadanos y emergentes. Trae consigo el riesgo, de transformar expresiones colectivas en una relación clientelar al lograr, por estas vías, la respuesta a estas demandas, por parte del Estado.

La práctica señala, que las aspiraciones de la década del 90 se han transformado en una ausencia de proyectos y demandas colectivas, y, en la ocupación de los espacios de participación por las prioridades institucionales. Para Foucault, *“Gobernar no sólo cubre las formas legítimamente constituidas de sujeción política o económica, sino también modalidades de acción más o menos consideradas y calculadas orientadas a actuar sobre las posibilidades de acción de los otros”*... (12). Cambios de orientación política hacia afanes gestionistas y eficientistas, han estado más centrados en el seguimiento de indicadores de carácter cuantitativo, que en estímulos o incentivos para mejorar la calidad e inclusión de los procesos de participación.

El análisis de la historia reciente, muestra, además de lo señalado, la prevalencia de otros dos polos en tensión. El avance hacia formas de participación más vinculantes, presentes en el discurso de los líderes sociales, y una mantención de formas más restrictivas y sobre institucionalizadas por parte del sector. Para algunos, se ha perdido la esencia de la participación en salud y para otros, la instalación de sistemas de garantías, responde en esencia a las demandas reales de la ciudadanía en salud. *“La participación en su forma tradicional, es decir, directa, presencial y colectiva, para actores sociales y técnicos se encuentra en crisis”*. Algunos sostienen que el desarrollo y fortalecimiento de la participación debe sustentarse en la protocolización y estandarización de los procesos locales, cuestión que puede verse reflejada en la formulación de compromisos de gestión⁸. En otro extremo, el reconocimiento de los procesos locales se considera la base de la generación de nuevos procesos de participación, superando la implantación de iniciativas desde el centro, para permitir que la sistematización de experiencias participativas,

retroalimente el sistema y genere nuevos procesos de participación.

Durante el segundo gobierno de la Presidenta Bachelet, se intentó contribuir al fortalecimiento de la participación ciudadana en la gestión pública a través de la aplicación de la Ley N° 20.500, instruyéndose a los servicios e instituciones públicas el desarrollo de mecanismos de participación, la mayoría de ellos, ya implementados en el sector salud a partir de los años 90 y durante el proceso de reforma sectorial (Cuentas Públicas Participativas, Consejos Consultivos, Comités de Gestión de Reclamos, otros). Si bien, se considera una oportunidad de reinstalación y reconstrucción de los procesos de participación a través de la aprobación de la Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud⁹, la conformación del COSOC Nacional, la instalación de mesas de trabajo con participación e incidencia en la toma de decisiones en el diseño y rediseño de programas de salud, el diseño participativo de campañas sanitarias etc., en la práctica, se evidencian serias dificultades para su aplicación.

Para los dirigentes sociales, *“nos enfrentamos con importantes falencias. La Ley 20.500 no incorpora mecanismos sancionatorios al incumplimiento de lo contemplado en la ley, por parte de las autoridades”*... Junto con los otros marcos jurídicos vigentes, tienen tantas restricciones, que tienden a reducir la calidad del proceso participativo, lo instrumentalizan, lo que lleva a resultados más bien institucionalizantes que instituyentes (13). Para el sector salud, si bien, hay presencia de la participación social en el relato institucional, no ha sido, en el período, un eje transversal en las estrategias, planes y programas. *“Algunos de los Consejos no son debidamente considerados y valorados, falta claridad sobre su funcionamiento y atribuciones. Carecen de financiamiento y sus acuerdos no son vinculantes, sino solo consultivos. Muchos son presididos por el director del establecimiento, en circunstancias que el presidente debería ser elegido por los propios miembros del Consejo”*.

La situación a nivel nacional, nos muestra desarrollos desiguales, iniciativas fragmentadas, muchas de ellas con escasa sustentabilidad, dependientes del posicionamiento estratégico de los actores técnicos encargados del tema, de las voluntades políticas de las autoridades tanto locales como nacionales. En este marco, son destacables algunas experiencias

8 Los compromisos de gestión son la herramienta que permite instalar y desarrollar instancias y mecanismos de participación, a la vez que realizar seguimiento de sus avances. Estos refieren más bien a número y tipo de actividades y estrategias, no haciendo mención de objetivos de cambios de carácter cualitativo de los procesos de participación.

9 La Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud, recoge la tradición de la participación social en salud, el involucramiento de la comunidad en todo el ciclo de la política, reconoce la participación en proyectos de inversión desde el pre diseño hasta la puesta en marcha, entre otros mecanismos de mayor incidencia de la ciudadanía.

participativas de diverso alcance en proyectos de inversión¹⁰, la continuidad en el desarrollo de presupuestos participativos (iniciados en el período 2006 – 2010) por parte de muy pocos servicios de salud¹¹, estrategias en el marco de la agenda de gobierno abierto para la transparencia y probidad en todos los niveles del sistema, el apoyo a procesos deliberativos en torno a temas prioritarios, así como experiencias de mayor significación que se localizan en espacios territoriales locales bajo el enfoque de determinantes sociales y ampliación de la participación social más allá del sector (incorporación de la población infante – juvenil, organizaciones territoriales y funcionales, intersector)¹².

Se evidencia, sin embargo, la preeminencia de discursos y prácticas que no contribuyen a la sostenibilidad de los procesos y una insuficiente decisión política para avanzar en la transversalización de la participación en el ejercicio gubernamental e intersectorial. Así, para profesionales encargados de implementar los planes de promoción de la salud, *“la competencia por los insuficientes recursos destinados a acciones que comprometen la participación de las comunidades locales, derivando en la realización de actividades masivas de difusión pero discontinuas, aisladas y escasamente sustentables” sumado a los ... “plazos de ejecución no realistas, metodologías obsoletas sin respaldo científico suficiente y una suerte de banalización de los procesos de participación social”...*

Las instituciones del sector salud (SEREMI, Servicios de Salud, Instituciones Autónomas) no han desarrollado con claridad las propias distinciones respecto del rol de la ciudadanía en el ámbito de la política de salud al cual tributan, realizando convocatorias a representantes de la sociedad civil desde un enfoque vertical y piramidal y no de carácter horizontal y transversal, orientándose hacia integrantes de los consejos locales de salud y excluyendo a otras actorías sociales relevantes en los distintos ámbitos de la salud pública. Para los dirigentes sociales, *“hay autoridades, directivos y funcionarios que no entienden el rol que cumplen los Consejos y la importancia que tienen en la gestión en salud”...*

La agenda de participación ha estado mediada por definiciones institucionales, generadas

desde el nivel central y, consecuentemente, con las definiciones programáticas. Estas rondan esencialmente en torno a discursos biomédicos y miradas hospitalocéntricas¹³. La sociedad civil, por su parte, ha mostrado una relativa e insuficiente capacidad de articulación y de generación de instancias y mecanismos de control sobre la gestión pública en salud. La cristalización de formas de participación más tradicionales, han ido respondiendo más a las lógicas institucionales, transformando las instancias de representación comunitaria y social, como parte del organigrama funcional de las instituciones de salud. Existe consenso acerca de la escasa renovación dirigencial, el ejercicio de liderazgos de carácter autocrático en algunas instancias, que ha ido generando una complicidad tácita entre los equipos de salud y los representantes de las comunidades locales, que contribuyen a la rigidización de los procesos de participación y la mantención del carácter instrumental y clientelar.

Esto se traduce en una frágil actoría social, con menor incidencia en las decisiones en salud. Para los actores sociales, *“las pugnas de poder entre consejeros y la descalificación a referentes de participación en salud, resultan en menos participación, menos motivación”... “se necesita mayor capacitación de sus dirigentes y mayor difusión de la participación ciudadana y del quehacer de los consejos, para sensibilizar a la opinión pública”*. Esta fragilidad, y, cambios en prioridades gubernamentales a partir de 2018, genera en la dirigencia social, incertidumbre sobre el futuro de la participación en salud... Existe *“temor de que se borre todo, sobre todo los resultados del Congreso de APS, la definición de no concesionar, desconocimiento de COSOC (Consejos Comunales de Organizaciones de la Sociedad Civil) Nacional”...*

Para los equipos técnicos, *“los temas claves para el estancamiento o barreras para el desarrollo de la participación en salud, dicen relación con la fragmentación del sistema, la escasa descentralización, escasa confianza en niveles locales, pero también, en la falta de direccionalidad política y compromiso de las autoridades”... “el sector tiene enormes desafíos en cuanto a resolver el espacio que está dispuesto a “permitir” a la ciudadanía en la gestión sanitaria cotidiana y a nivel de las grandes decisiones estratégicas”*.

10 La participación en Proyectos de Inversión se ha orientado más bien a un seguimiento de obras que a un diseño participativo, a pesar de los alcances en el período 2006 - 2010.

11 Los presupuestos participativos fueron discontinuados durante el período 2010 – 2014. Sólo los servicios de salud de las Regiones Bío Bío y Coquimbo dieron continuidad a este proceso.

12 En esta última etapa, de manera incipiente consejos locales de salud han desarrollado experiencias para abordar problemas del territorio que inciden en la salud, han presentado proyectos a fondos concursables logrando modificar esas realidades (pavimentación, cambio de sentido del tránsito, recuperación de espacios públicos, iluminación, etc.), logrando mayor nivel de incidencia, articulación y autonomía.

13 El discurso instalado en relación al Programa de Gobierno 2014 – 2018, enfatiza para el sector salud, el Plan de Inversiones y en particular, la construcción de hospitales; la formación de especialistas, la disminución de las listas de espera.

Para los profesionales encargados... *“la cultura institucional ha ido acogiendo en forma disfrazada el discurso bio médico y no ha sido posible superar su hegemonía, no hay valoración de la APS, hay una concentración de esfuerzos en el daño y no en la promoción de la salud”... “predomina casi sin contrapeso la mirada de lo técnico y la búsqueda de su validación... se teme a los espacios de poder de la ciudadanía, se limitan deliberadamente, a pesar del discurso oficial”...*

COMENTARIOS FINALES

La promesa del Estado y del propio sector salud, es aún un tema pendiente. Las expectativas de la población usuaria de ser partícipe en el ciclo de diseño, implementación y evaluación de las políticas de salud, aún no encuentran un correlato en las prácticas desarrolladas tanto por los equipos técnicos como especialmente, los directivos del sector, aun cuando se presenta de manera permanente en el discurso institucional.

...*“Las instituciones, los procedimientos, los cálculos y las tácticas”...* que permiten ejercer poder sobre la población... *“la tendencia, la línea de fuerza”* ... que conduce ... *hacia la preeminencia del tipo de poder que podemos denominar gobierno sobre todos los demás: soberanía, disciplina”*... (14), que permite articular formas de poder y formas de saberes, evidencia una tensión a la base de los procesos y los propios mecanismos de participación; entre la sujeción y subjetivación; entre clientelismo y autonomía.

Tensiones y paradojas no resueltas, han caracterizado los procesos de instalación y desarrollo de la participación social en salud. Resolverlas, supone la voluntad política de las autoridades, condiciones que aseguren una redistribución del poder, la asignación de recursos, la visibilidad a iniciativas de participación, avance en procesos de descentralización política, fortalecer la capacidad técnica y metodológica de los equipos de salud de manera transdisciplinaria, diseño de modelos de evaluación de la participación que permitan la generación de nuevas prácticas con sentido, referencia de nuevos marcos epistemológicos que posibiliten la sistematización de experiencias y auto reflexión desde las prácticas desarrolladas por los equipos técnicos, de manera que permitan la generación de conocimientos y aprendizajes y la institución de prácticas de carácter transformacional.

REFERENCIAS

1. Foucault M. El sujeto y el Poder. En Dreyfus, H. L. y Rabinow, P., Michel Foucault, Más allá del estructuralismo y la hermenéutica. Nueva Visión, Buenos Aires, 2001. p.254.
2. Palma, D. Acerca de políticas Sociales poco eficaces. Revista RUMBOS TS. 2011; 4(6)
3. Rodríguez-Villasante T. Redes de Vida desbordantes. Fundamentos para el cambio desde la vida cotidiana. Editorial Catarata: Madrid; 2014.
4. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones y Normas Técnicas para el Trabajo Social en Salud, 1993
5. Ministerio de Salud de Chile. Programa Salud con la Gente; 1994
6. Ministerio de Salud de Chile. Trabajo Comunitario en Salud, Guía Técnico Metodológica; 1995.
7. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Promoción de la Salud; 1997.
8. Ministerio de Salud de Chile. Plan Nacional de Promoción de la Salud; 2000.
9. Donoso N. Reforma de la Salud: oportunidad u obstáculo para la Gestión Participativa. En Participación Social en Salud, Lecciones y Desafíos. MINSAL; 2006.
10. Cunill N, Fernández MM, Vergara M. Gobernanza sistémica para un enfoque de derechos en salud: Un análisis a partir del caso chileno. Salud colectiva. [Internet] 2011 [Citado en 10 junio 2018] Abr. 7(1): 21-33. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000100003&lng=es.
11. Donoso N. Los presupuestos participativos en salud. En Participación Social en Salud: Reflexiones y Herramientas para la Acción desde Chile. [Internet] 2009 [Citado en 10 de junio 2018] Disponible en <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/Participacion-Social-en-Salud.pdf>.
12. Foucault M. op. cit., 2001, p.253
13. Foucault M. Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France, 1978. Buenos Aires; FCE; 2006.