



**FLACSO – CHILE**  
**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN**  
**MAGÍSTER EN POLÍTICA Y GOBIERNO**

**PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS COMO**  
**HERRAMIENTA DE DELIBERACIÓN DEMOCRÁTICA**  
**PARA LA CONSTRUCCIÓN DE CIUDADANÍA EN**  
**SALUD: EL CASO DE TRES SERVICIOS DE SALUD DE**  
**LA REGIÓN METROPOLITANA**

**TESIS PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO**  
**DE MAGISTER EN POLÍTICA Y GOBIERNO**

**PROFESORA GUÍA**  
**SRA. NORA DONOSO VALENZUELA**

**ALUMNOS**  
**SR. ANSELMO CANCINO SEPULVEDA**  
**SR. CARLOS POZO OLIVARES**

**-NOVIEMBRE, 2010-**



## INDICE

### **RESUMEN EJECUTIVO** **8**

---

#### **CAPITULO I**

### **PANORAMA DE LA TESIS** **9**

---

1. Introducción.
2. Fundamentación del tema.  
Planteamiento del problema  
Pregunta de investigación
3. Formulación hipótesis de trabajo y/o preguntas de investigación.
4. Metodología de trabajo.
  - 4.1. Objetivos del estudio.
    - 4.1.1. Objetivo general.
    - 4.1.2. Objetivos específicos.
  - 4.2. Enfoque teórico – metodológico.
  - 4.3. Instrumentos de recolección de datos.
  - 4.4. Muestra tipológica.
  - 4.5. Estrategias de recopilación/producción de información.

#### **CAPITULO II**

### **VISIONES DE LA MODERNIZACIÓN DEL ESTADO Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA** **21**

---

- Introducción.
- Enfoques de participación ciudadana.
- 3.5. Enfoque burocrático tradicional.**
- 3.6. Enfoque de Nueva Gestión Pública (NGP).**
- Derecho de participación de la sociedad civil.
- Efectividad de la participación.

Incorporación de la sociedad civil en el diseño y formulación de políticas públicas.

Concepción de la Participación Ciudadana:

Niveles de participación.

Desde el punto de vista de la gestión: La construcción de un nuevo paradigma.

**3.7. Gestión Participativa – Sustantiva para la toma de decisiones.**

**3.8. Gestión participativa y presupuestos participativos.**

#### **4. Participación en salud.**

Conclusiones y consideraciones finales del capítulo

### **CAPITULO III**

#### **PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA SALUD PÚBLICA EN CHILE. 52**

---

1. Casos de los presupuestos participativos.
2. Presupuestos participativos de salud en Chile.
  - 2.1. Introducción.
  - 2.2. Presupuestos participativos en la Agenda Pro Participación Ciudadana.
    - 2.2.1. Funcionamiento de los Presupuestos participativos en salud.

### **CAPITULO IV**

#### **LAS CONDICIONES SOCIALES, POLÍTICAS E INSTITUCIONALES EN QUE SURGEN LOS PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS EN SALUD. 63**

---

1. La reforma de salud y los presupuestos participativos.
2. Las orientaciones del nivel central para el desarrollo de presupuestos participativos.
3. La histórica relación de la población con la institucionalidad de salud.
4. Obstáculos para la instalación de los PPS.
  - 4.1. Concepción tradicional de la salud.
  - 4.2. Los PPS demandan superar el paradigma biomédico, tradicional, burocrático, jerarquizado y paternalista del sector salud.

- 4.3. Los directivos de los servicios de salud en el PPS.
5. Modelos institucionales para el desarrollo de los presupuestos participativos.
6. El proceso deliberativo democrático.
  - 6.1. Inicio del proceso: Convocando a la red
  - 6.2. Las primeras medidas para la instalación del proceso. Motivación, difusión de información y apresto.
  - 6.3. El proceso para la definición de los ejes temáticos: Centrando el debate.
  - 6.4. Los ejes temáticos. Ordenando las ideas en grandes áreas.
    - 6.4.1. La validación técnico – política.
    - 6.4.2. La votación popular.
7. Los resultados del proceso deliberativo democrático.
  - 7.1. La participación de la comunidad como una constante en todo el proceso.
  - 7.2. Alto nivel de satisfacción de las iniciativas implementadas.
  - 7.3. Ideas surgidas del proceso deliberativo financiadas por otros actores institucionales.
  - 7.4. La continuidad de las iniciativas.
8. Competencias para el proceso deliberativo democrático.
  - 8.1. Generar instancias de formación en gestión participativa.
  - 8.2. Conocimiento que permitan comprender la problemática de salud desde sus dimensiones de causalidad.
  - 8.3. Los presupuestos participativos como una herramienta para la construcción de ciudadanía en salud.
  - 8.4. Habilidades y destrezas para el trabajo con la comunidad.
  - 8.5. Reconocer las competencias que posee la comunidad.
  - 8.6. Los presupuestos participativos como una oportunidad para avanzar hacia un enfoque basado en determinantes sociales de la salud.

## **CAPITULO V**

## **CONCLUSIONES**

---

**105**

1. Conclusiones y reflexiones finales.
2. Bibliografía.
3. Anexos.

Anexo N°1: Cuestionario autoaplicado “Presupuestos participativos en Salud.

Anexo N°2: Entrevista 1

Anexo N°3: Entrevista 2

Anexo N°4: Entrevista 3

Anexo N°5: Pauta de Entrevista a Informantes Claves



## RESUMEN EJECUTIVO

La participación ciudadana es un requisito esencial de la democracia. Ésta emana de los derechos inalienables del ser humano. Este componente de la democracia, tiene vías de expresión mediante diversas manifestaciones en la participación política y ciudadana. En las últimas décadas, surgen los presupuestos participativos como un instrumento de creación de espacio público y de deliberación para la construcción de una ciudadanía más activa y democrática.

La presente investigación se orienta a describir, analizar y reflexionar sobre los Presupuestos Participativos en salud – implementados por el Ministerio de Salud de Chile en los últimos 3 años- desde la percepción de los actores sociales e institucionales involucrados en esta experiencia, que apuesta a la deliberación democrática para la construcción de ciudadanía en salud, para lo cual se estudiaron los casos de tres Servicios de Salud - Metropolitano Oriente, Sur Oriente y Occidente- de la Región Metropolitana.

Es un estudio exploratorio que aplica metodología cuali cuantitativa. El método de recolección de datos fue a través de análisis de fuentes secundarias, y, fuentes primarias a través de entrevistas a informantes claves y un cuestionario autoaplicado.

Los resultados de la investigación indican que los Presupuestos Participativos en Salud, incorporan a la ciudadanía en todo el ciclo de un proceso decisorio sobre el destino final de recursos públicos. Esta experiencia de gestión participativa, que se inicia, a partir del momento que los Servicios de Salud deciden destinar parte de su presupuesto anual para el desarrollo de un ejercicio participativo, demuestra importantes grados de éxito, al considerar las percepciones y visiones de la comunidad y en generar aprendizajes institucionales que, en su conjunto, señalan nuevas formas de concebir modelos de gestión que incorporen de manera activa y en los propios engranajes institucionales, la participación ciudadana y lograr así mayor pertinencia y legitimidad de las políticas públicas.

## **CAPITULO I**

### **PANORAMA DE LA TESIS**

#### **1. INTRODUCCION**

La formulación de las políticas públicas en Chile ha tenido diversos gradientes de desarrollo de participación de los ciudadanos en su formulación, diseño y ejecución de estas mismas. La participación es una situación *sine qua non* de una democracia sana y robusta. Sin la participación la democracia es una abstracción.

Esta investigación versa sobre un mecanismo de participación ciudadana utilizado por el sector salud, denominado Presupuestos Participativos en Salud (PPS). Esta herramienta fue adaptada de la realidad de países latinoamericanos, como Brasil, y otras experiencias latinoamericanas y europeas que realizan sendos ejercicios con presupuestos comúnmente vinculados a las administraciones locales, que son por general, la institución más cercana a los ciudadanos.

Desde la primera experiencia realizada de implementación del PPS, en el año 2006, por el Servicio de Salud de Talcahuano y su incorporación progresiva como mecanismo de participación ciudadana en todos los Servicios de Salud del país, se introduce en el sector salud una innovación en la forma de asignar los recursos públicos, incorporando un cambio de paradigma al modelo tradicional que establecía una jerarquía vertical, mostrando prácticas diversas y distintos estilos de comprensión e implementación por parte de los directivos de los servicios de salud, los funcionarios y los ciudadanos.

Esta investigación intenta indagar en el desarrollo del proceso participativo de este mecanismo de participación, como también establecer su vinculación con las prácticas democráticas existentes para tales efectos.

Para cumplir lo anterior, se estudian tres casos de Servicios de Salud de la Región Metropolitana, como son los Servicios de Salud Oriente, Sur Oriente y Occidente, que

cubre el 54,94% de la población beneficiaria del Fondo Nacional de Salud (FONASA) de esta región, para conocer los procesos de incidencia ciudadana en el proceso de toma de decisiones en salud.

## **2. FUNDAMENTACION DEL TEMA.**

### **2.1. Planteamiento del problema.**

La Reforma de Salud en Chile, se sustenta, en la necesidad de dar satisfacción a nuevos y más complejos requerimientos derivados del cambio en los perfiles epidemiológicos de la población, de las persistentes brechas de equidad en el acceso oportuno a la atención de salud y al aumento de la calidad de los servicios públicos, todo ello en la perspectiva de aportar al mejoramiento integral de la calidad de vida de todos los habitantes del país.<sup>1</sup>

Junto a ello, frente a los desafíos que plantean las reformas impulsadas para la modernización del Estado, el Instructivo Presidencial de Participación Ciudadana, en la Administración Bachelet, aún vigente<sup>2</sup>, el Ministerio de Salud ha impulsado los Presupuestos Participativos en Salud como una herramienta que aumenta el nivel de incidencia ciudadana en la gestión pública del sector salud.

Así mismo, el desarrollo de mecanismos efectivos de participación ciudadana está respaldado por la reciente “Norma de participación ciudadana del sector salud”<sup>3</sup>, la que establece que la participación en salud consiste “en la concreción de las normas sobre igualdad de oportunidades para la participación en la vida nacional, transparencia en la gestión pública, así como libertad de opinión y derecho de petición, todas ellas consagradas a nivel constitucional”. A su vez, S.E. el Presidente de la República, Sebastián Piñera Echeñique (2010 – 2014) en su programa de gobierno se ha propuesto “*hacer más participativa nuestra democracia, para que los chilenos tengan un rol*

---

<sup>1</sup> Política de Participación Social en Salud, Documento MINSAL, año 2008.

<sup>2</sup> Instructivo Presidencial para la Participación Ciudadana en la Gestión Pública, Gab. Pres. N° 008, 27 de agosto de 2009.

<sup>3</sup> Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública del Sistema Nacional de Servicios de Salud, aprobada por resolución exenta N° 168 del 02 de Abril de 2009.

*activo en la toma de decisiones públicas, tanto en el Gobierno Central como a nivel de gobiernos regionales, y con especial énfasis en los gobiernos comunales<sup>4</sup>.*”

Dado este contexto político–institucional en materias de participación ciudadana para en salud, la presente tesis, sobre la implementación de presupuestos participativos en el sector salud, surge por el interés de los alumnos, de conocer, analizar y reflexionar, desde la experiencia de los actores involucrados, los alcances de este mecanismo de participación en cuanto a la calidad y profundidad de los procesos democráticos y de participación ciudadana que estarían generando.

## **2.2. Pregunta de Investigación.**

¿Son los presupuestos participativos en salud una herramienta de deliberación democrática para la construcción de ciudadanía en salud?

El Ministerio de Salud viene desarrollando desde el año 1995, estrategias de participación social que han intentado facilitar el involucramiento de los usuarios en las decisiones que los afectan directamente y que fomentan la corresponsabilidad en materias de salud (estilos de vida saludables). El proceso de reforma de la salud, ha institucionalizado mecanismos de participación de usuarios y le otorga carácter de exigibilidad al sistema de garantías de acceso, oportunidad y calidad de la atención. Desde el año 2003 se definen líneas estratégicas para avanzar en la democratización de la información y conocimiento en salud, control social sobre la gestión, transparencia en la gestión y corresponsabilidad en la mantención y control sobre la salud y la calidad de los servicios. La profundización de la reforma requiere de una redefinición de la relación con los usuarios en un marco de respeto por los derechos y deberes de las personas.

Es así como, la gestión participativa y la innovación en gestión y ciudadanía constituyen un desafío en la implementación y avance del proceso de reforma sectorial. Si bien, en la experiencia desarrollada en la última década es posible observar avances y señales

---

<sup>4</sup> Varios autores, Programa de Gobierno de Sebastián Piñera Echenique “Para el Cambio, el Futuro y la Esperanza”, Capítulo III “Hacia Una Sociedad de Instituciones” Santiago, 2009, 34 p.

explicitas sobre la prioridad otorgada a la participación social en salud, tales como la creación de instancias formales de participación ciudadana, puntos de información y gestión de solicitudes ciudadanas, rendición de cuentas, formalización de compromisos de trabajo conjunto con las organizaciones vinculadas a salud, se puede constatar una insuficiente incorporación de la gestión participativa y de la satisfacción usuaria en las agendas programáticas del sistema público de salud.

Así mismo, el desafío aún pendiente para las políticas públicas en Chile sigue siendo la incorporación de procesos de participación ciudadana en todo el ciclo de planificación de las mismas: diseño, ejecución y evaluación. Claramente, si se analizan los procesos de participación llevados a cabo por la distintas reparticiones públicas, incluido el sector salud, se evidenciará la concentración de iniciativas que reconocen al ciudadano como beneficiario y usuario de las mismas en su fase de ejecución; pero pocas de ellas han avanzado en generar involucramiento real en el diseño o control de estas iniciativas.

Junto a ello, Chile está avanzando en la construcción de un sistema de protección social con enfoque de derechos que cubra todo el ciclo de vida de las personas, lo que se sustenta en un nuevo concepto de las políticas sociales y de la responsabilidad del Estado.

En esta perspectiva, la participación se entendería como un derecho capaz de influir la orientación de las políticas públicas de manera de poder intervenir efectivamente en la causalidad de los problemas que llevan a una determinada situación de salud (asociada a derechos vulnerados de distinta índole: trabajo, ambiente, educación, seguridad social, vivienda, información, etc.).

La participación ciudadana asociada al ejercicio de derechos, tal como lo intentan los presupuestos participativos, sugiere una oportunidad para superar el tradicional enfoque de respuesta de satisfacción de necesidades (enfoque asistencial) que predomina en la relación con los usuarios, ampliando y profundizando la concepción de ciudadanía, al promover una nueva relación entre Estado y Sociedad Civil, en la cual las personas, en tanto ciudadanos, pasan a ser sujetos titulares de derechos exigibles.

Es por ello que, resulta relevante profundizar en el conocimiento de modelos de trabajo con la ciudadanía, que consideran de manera importante la participación activa de las personas en salud que incorporan el proceso decisorio, acciones definidas por la comunidad, lo que implica importantes cambios en los procedimientos institucionales tradicionales en el sector, al perseguir una nueva relación entre los ciudadanos (usuarios) y los funcionarios, caracterizada por la búsqueda de la horizontalidad y la colaboración mutua.

En este contexto, conocer y analizar la experiencia participativa de los distintos actores (personas, comunidad y equipos de salud) en procesos recientes de gestión participativa, como lo es el caso de los presupuestos participativos en los servicios de salud, permitirá obtener recomendaciones para la profundización de procesos democráticos y para el fortalecimiento de la gestión participativa en las políticas públicas de salud, respondiendo así a los desafíos de la reforma sectorial y a los procesos de modernización del Estado que demandan una ciudadanía activa y vigilante en el quehacer de la administración pública.

### **3. FORMULACIÓN HIPÓTESIS DE TRABAJO Y/O PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.**

Los presupuestos participativos que implementan los Servicios de Salud, están contribuyendo a transformar la cultura democrática de la institución, lo que se manifiesta, fundamentalmente, en un cambio en la relación con los usuarios/ciudadanos, generando con esto, un nuevo espacio para la toma de decisiones, con una ciudadanía informada y que se involucra activamente en el proceso de formulación e implementación de iniciativas de salud pública frente a problemas concretos planteados por el equipo de salud y la comunidad organizada.

### **4. METODOLOGIA DE TRABAJO.**

#### **4.1. Objetivos del estudio:**

#### **4.1.1. Objetivo general:**

- Caracterizar la experiencia participativa de los actores<sup>5</sup> que se han integrado al proceso de implementación de los presupuestos participativos de tres Servicios de Salud de la Región Metropolitana, que aporte nuevos insumos a su proyección y consolidación.

#### **4.1.2. Objetivos específicos:**

- Asociar, a partir de la revisión de fuentes secundarias, los marcos conceptuales, políticos e institucionales de las políticas públicas y su consistencia con el desarrollo de la participación sustantiva o gestión participativa en el sector público de salud.
- Analizar el proceso deliberativo-democrático (diagrama de flujo), desde la percepción de las personas integrantes del Comité Técnico Político (comunidad y equipos de salud) que han participado en la implementación de presupuestos participativos en salud.
- Identificar las competencias (conocimientos, habilidades y destrezas) para la gestión participación en equipos de salud y organizaciones de la comunidad, atribuibles al proceso de implementación de los PPS.
- Identificar los principales hallazgos en el proceso de investigación a modo de recomendaciones para su profundización y perfeccionamiento.

El estudio se define como una investigación cuali-cuantitativa con un horizonte temporal de los tres años anteriores al actual. Es de carácter exploratoria en la medida que busca explicaciones para los fenómenos observados en el sentido de examinar las

---

<sup>5</sup> Personas, organizaciones de la comunidad, equipos y directivos de salud.

acciones y los logros, así como generar recomendaciones que contribuyan a mejorar la implementación de los presupuestos participativos en el sector salud.

Así, el propósito de esta investigación es, recabar y analizar la información respecto a la experiencia participativa de las personas, los equipos de salud y directivos que se han involucrado en el proceso, considerando para ello, un estudio de caso que corresponden a la experiencia de tres Servicios de Salud de la Región Metropolitana, que han desarrollado esta experiencia durante tres años consecutivos (2007 – 2009).

#### **4.2. Enfoque teórico – metodológico**

El enfoque teórico – metodológico del estudio se vincula al paradigma del constructivismo, al considerar como aspecto relevante de la investigación, el significado que le otorgan los actores sociales e institucionales involucrados en la experiencia de implementación, procurando identificar resultados y aprendizajes relevantes del proceso participativo.

Este enfoque teórico metodológico se centró en la experiencia humana que significa ser parte de decisiones que afectan la salud, en el marco de la asociación voluntaria que genera un contexto común (territorio, tiempo, intereses de la comunidad, etc.) y de las políticas institucionales que implican cambios organizacionales en la redefinición de la relación con los usuarios del sistema público de salud.

Es así como, las premisas del constructivismo permiten concentrarse en la experiencia y en la comprensión de los contextos en que los presupuestos participativos se han desarrollado para extraer los significados, aprendizajes más relevantes de los actores y las recomendaciones para su profundización y perfeccionamiento.

Así mismo, se trabajó con tres estrategias metodológicas para buscar evidencias: cuestionario, análisis de evidencia documentada, aplicación y análisis de entrevistas realizada en estudio de campo.

### 4.3. Instrumentos de recolección de datos:

Se consideró la utilización de técnicas cuali-cuantitativas tales como: cuestionarios auto aplicados, análisis de evidencia documentada, y entrevistas semi-estructuradas.

- **Cuestionario-autoaplicado:** Se define como un instrumento auto-aplicado dirigido a recabar información claves del proceso; encargados de Participación Ciudadana de los Servicios de Salud, profesionales de la Atención Primaria Municipal (APS) de los Centros de Salud y principalmente los miembros integrantes del Comité Técnico Político y Comités de Gestión Local del Presupuesto Participativo. Los informes auto-aplicados generados en todas las instancias consultadas se encuentran consolidados, analizados e interpretados por los investigadores.
- **Análisis de evidencia documentada:** En este ámbito se analizaron los informes y documentos que acompañan todo el ciclo de implementación del presupuesto participativo en los tres Servicios de Salud. Esta información servirá de base para construir un mapa del proceso, que permita describir el proceso deliberativo-democrático de los PPS (organización, gestión, toma de decisiones, etc.)
- **Entrevistas individuales en profundidad o estructuradas:** A través de entrevistas individuales (en profundidad o estructuradas según necesidad), se recogió información acerca de los grados en que se cumplen los propósitos del presupuesto participativo, es decir, el nivel de empoderamiento y de deliberación democrática que se alcanza, a través del ejercicio que se desencadena, desde el momento en que el Servicio de Salud pone a disposición una parte de su presupuesto anual, hasta que se evalúa todo el proceso en conjunto con la comunidad. Estas entrevistas se aplicaron a los representantes de participación social de cada uno de los Servicios de Salud incluidos en este estudio, es decir, Metropolitano Oriente, Metropolitano Occidente y Metropolitano Sur Oriente.

#### 4.4. Muestra tipológica.

Corresponde a tres Servicios de Salud de la Región Metropolitana que han implementado Presupuestos Participativos en Salud. El criterio principal de inclusión de estos servicios de salud en el caso de estudio, está dado por que han sido experiencias que se encuentran en su segundo ciclo de implementación y han logrado desarrollar todas las fases metodológicas del presupuesto participativo<sup>6</sup>.

**Tabla N° 1: Servicios de Salud seleccionadas para el trabajo de campo.**

Región	Servicio de Salud	Comunas
Metropolitana	Metropolitano Oriente (Comité Técnico Político)	La Reina, Las Condes, Lo Barnechea, Macul, Ñuñoa, Peñalolén, Providencia y Quilicura.
	Metropolitano Sur Oriente (Comité Técnico Político)	La Florida, La Granja, La Pintana, Pirque, Puente Alto, San José de Maipo y San Ramón.
	Metropolitano Occidente (Comité Técnico Político)	Alhué, Cerro Navia, El Monte, Isla de Maipo, Lo Prado, María Pinto, Melipilla, Padre Hurtado, Peñaflor, Pudahuel, Quinta Normal, Renca, San Pedro, Santiago y Talagante.

Fuente: Elaboración propia.

#### 4.5. Estrategias de recopilación/producción de información.

El primer componente de la investigación consideró el análisis de información secundaria a partir de la revisión de documentos nacionales (informes técnicos y publicaciones) e internacionales relevantes acerca de la implementación de los presupuestos participativos y sus implicancias conceptuales teóricas y metodológicas para la comprensión de la experiencia de salud como estrategia vigente en Chile. Al respecto, se consideró como un objetivo central obtener la información del marco político normativo que sustenta la gestión participativa en la administración pública en salud (reforma de la salud, instructivos presidenciales, protección social en salud, etc.).

<sup>6</sup> Diagnosticar, priorizar, deliberar, ejecutar, controlar y retroalimentar.

El segundo componente de la investigación emplea la información primaria recogida en los Servicios de Salud seleccionados a través de técnicas cuali-cuantitativas.

Al respecto, se consideró la triangulación de la información recogida en los dos componentes antes descritos, con lo que se generará una matriz que contenga la interrelación entre los hallazgos de la investigación.

En cada uno de los tres Servicios de Salud seleccionados, se aplicarán las siguientes técnicas de recolección de datos:

- Entrevista miembro del Comité Técnico Político<sup>7</sup>.
- Cuestionario auto-aplicado encargado de Participación Ciudadana.

Se logró aplicar una muestra de 16 encuestas cuya composición se muestra en la siguiente tabla:

**Tabla N° 2: Composición encuestas autoaplicadas. Servicios de Salud Metropolitanos Oriente, Sur Oriente y Occidente.**

<b>Servicio Salud Metropolitano</b>	<b>Actores institucionales</b>	<b>Actores no institucionales</b>	<b>Total</b>
Oriente	5	2	7
Sur oriente	4	1	5
Occidente	3	1	4
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>16</b>

Fuente: Elaboración propia.

Respecto al análisis de aprendizajes y conclusiones se utilizó una matriz adaptada del enfoque de Gerencia Social propuesta por el Instituto de Desarrollo Social perteneciente al Banco Interamericano de Desarrollo (Indes /BID).

<sup>7</sup> El Comité Técnico – Político es la principal estructura orgánica del PP, donde participan los actores institucionales involucrados (equipo de salud) representantes de organizaciones de la sociedad civil organizada (líderes y dirigentes locales). Sus funciones dicen relación con la definición de marcos presupuestarios, territorios, universo de votantes, del cronograma, del plan comunicacional, de la capacitación, ejecución de proyectos, entre otros.

Ésta propone que las políticas públicas para que sean efectivas deben incluirse como marco de referencia tres tipos de elementos, que junto con la misión y la visión de la institución y su entorno, son soporte para una gestión de estas políticas en una mirada hacia el desarrollo.

Estas distinciones hacen referencia a tres elementos:

- Gestión programática: orientada al producto que otorga la institución y su relación con la cadena de valor, medios y fines y viceversa, para la “creación de valor”.
- Gestión Política: los mandatos, leyes, y las condiciones para armar alianzas con los actores para que sean favorables, aumentar las fortalezas, y oportunidades y minimizar las amenazas y debilidades.
- Gestión organizacional: Procesos, sistemas y estructuras, para dar soporte a las otras funciones.

Estas tres gestiones poseen una sinergia que posibilitan oficiar una política pública que reúna una posibilidad de éxito tanto en su diseño, implementación y replicabilidad.

Con esto, se propone el siguiente esquema de análisis que permitirá aunar todos los aprendizajes y experiencias con los instrumentos antes descritos.

**Tabla N°3: Categorías de resultados.**

<b>Categorías de Resultados</b>	<b>Gestión Política (normas , leyes, mandatos, instructivos, estrategias)</b>	<b>Gestión Programática (procesos deliberativo democrático: dialogo, negociación, consenso, priorización, deliberación)</b>	<b>Gestión Organizacional (gestión eficaz, transparencia administrativa, recursos, eficiencia administrativa, etc.)</b>
Factores de éxito.			
Lecciones aprendidas.			
Competencias.			

Fuente: Elaboración propia.

## CAPITULO II

## VISIONES DE LA MODERNIZACIÓN DEL ESTADO Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA

### 1. INTRODUCCION.

Los distintos modelos y paradigmas a través de los cuales se diseñan las políticas públicas evidencian una evolución histórica de conceptos y teorías que desarrollan diversas formas de concebir la construcción de ciudadanía, determinadas por los contextos en que se desarrollan estas visiones.

Según Rawls, esta idea descansa en principios fundamentales dado por un objetivo superlativo de la sociedad, que es la justicia "*la estructura básica de una sociedad está regulada por una concepción política de la justicia que opera como el eje de un consenso sobrepuesto parcialmente entre, al menos, las distintas doctrinas razonables que suscribe la ciudadanía*"<sup>8</sup>. Esto sumado al concepto de Democracia, el cual de acuerdo a Habermas debe existir una *conexión interna entre Estado de Derecho y Democracia*.<sup>9</sup>

En los últimos años se ha venido desencadenando una demanda por mayores espacios de participación ciudadana sin embargo en los programas de gobierno, se constata un esfuerzo muy precario por vincular políticas públicas y sociedad civil.

Entre una de estas manifestaciones se encuentra un divorcio de las instituciones del Estado versus la sociedad civil organizada en la participación de las políticas públicas. Un Estado Moderno implica la participación de los ciudadanos en el desempeño de sus gobiernos e instituciones.

Por otra parte, agencias de desarrollo, han descubierto una relación directa entre la eficacia de las políticas públicas y la participación de los ciudadanos. En efecto,

---

<sup>8</sup> Rawls, John, "Las Capacidades Ciudadanas y su Representación", Centro de Estudios Públicos, N° 53, Verano 1993, 171- 210.

<sup>9</sup> Habermas, Jürgen, Tres Modelos de Democracia, Sobre el concepto de una política Deliberativa, Conferencia pronunciada en el Departamento de Filosofía, Universitat de Valencia 16 de Octubre de 1991, Ediciones Episteme, Instrumentos de trabajo, Vol. N° 43, Valencia 1994, 8 pp.

aquellas políticas públicas en que existen procesos efectivos de participación ciudadana, los resultados demuestran un mayor grado de desarrollo.

Por ejemplo el BID en el documento intitulado “Modernización del Estado y fortalecimiento de la sociedad civil” establece que *“La modernización del Estado... es un proceso complementario y recíproco de fortalecimiento de la sociedad civil. No hay Estado eficiente con una sociedad civil débil. La fortaleza de la sociedad civil es condición para la efectiva vigencia de la democracia y para alcanzar un desarrollo sustentable y equitativo. La mayor limitación al fortalecimiento de la sociedad civil en los países de la región radica en la exclusión socioeconómica de vastos sectores de la población, entre ellos las mujeres y los indígenas, y en la precariedad de las instituciones democráticas, incluyendo el sistema de partidos políticos y por tanto del pleno ejercicio de los derechos económicos, sociales y políticos de los ciudadanos. El fundamento de una sociedad civil robusta es la existencia de oportunidades económicas y de libertades democráticas para todos los ciudadanos. En ese sentido, el fortalecimiento de la sociedad civil está vinculado al conjunto de políticas económicas y sociales que promuevan el empleo, el ensanchamiento de la base empresarial con énfasis en la pequeña y microempresa, la formación de capital humano, la erradicación de la pobreza, el fortalecimiento de las instituciones democráticas, la descentralización, la participación ciudadana, la protección de los sectores más vulnerables, la eliminación de las discriminaciones de género y otra índole, y el establecimiento de un ambiente institucional y normativo que permita el pleno ejercicio de los derechos cívicos.*<sup>10</sup>

En el ámbito local Boeninger, citado por Godoy Fuentes, se refiere a un marco de modernización del Estado, expresando: *“el fortalecimiento de organizaciones de la sociedad civil de representatividad amplia que puedan constituirse de interlocutores válidos y responsables del gobierno y que posean legitimidad e influencia suficientes como para lograr que sus afiliados así como su entorno social más amplio respalden*

---

<sup>10</sup> Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Marco de Referencia para la acción del Banco en los Programas de Modernización del Estado y Fortalecimiento de la Sociedad Civil, Washington DC, 2000, 23 pp.

*los compromisos que tales organizaciones empresariales, sindicales, gremiales o territoriales hayan asumido”.*<sup>11</sup>

Se puede establecer en esta instancia que, para materializar la democracia, basada en un Estado de Derecho, los gobiernos y la sociedad civil tiene como instrumento la participación ciudadana. Sin esta, la democracia es una idea abstracta. La democracia en el sentido moderno, no se entiende sin el ejercicio de la participación por medio de la sociedad civil. Del mismo modo, y en su relación con la formulación de políticas públicas, la participación además de otorgar legitimidad a éstas, las hace más eficaces en fines deseables como superación de la pobreza, entre otras.

## **2. ENFOQUES DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA.**

Existe un consenso entre todos los teóricos desde Rousseau hasta Madison de que la participación es esencial para la vida de la democracia *“Por otro lado, esta la vinculación entre sociedad civil y democracia, por lo que los gobiernos requieren reforzar esos lazos, a través de mecanismos de participación, para el cumplimiento de sus programas y metas.”*

Sin embargo los enfoques difieren en la forma como esta se expresa e intensidad con que se ejerce esta participación; que va desde la mera disposición de poderes a mandatarios que actúan por los ciudadanos hasta aquellos que otorgan una mayor cuota de poder a los ciudadanos, involucrándolos en su desarrollo y el de la sociedad.<sup>12</sup>

### **2.1. ENFOQUE BUROCRÁTICO TRADICIONAL.**<sup>13</sup>

Este enfoque está representado principalmente por el teórico Max Weber.

Denominado también como *“Gobierno como máquina”* (o weberiano): dominado por normas, leyes y estándares, con elevado nivel de control del aparato central, y

---

<sup>11</sup> Godoy Fuentes, Roberto. Participación Ciudadana En El Espacio Local: Hacia La Construcción De Una Nueva Ciudadanía En Chile, Universidad de Chile, Departamento de Ingeniería Civil Industrial, 2000, Santiago. 47 pp

<sup>12</sup> Domike, Arthur, Sociedad Civil y Movimientos Sociales, 2006. Washington DC, BID, 457 pp.

<sup>13</sup> Simon, Jeanne, Apuntes de clases, 2009

compartimentos estancos. Su propósito central es controlar la corrupción y el uso arbitrario del poder político... y la eficacia importa poco.<sup>14</sup>

Para Weber, este enfoque burocrático tradicional, supone que debe existir una jerarquía de autoridad clara, con la existencia de normas de funcionamiento esencialmente escritas.

Eso está íntimamente relacionado con la teoría política de Platón, que establece que los mejores deben gobernar. De hecho Platón, *“propuso marginar al pueblo de la participación, reducir la ciudadanía al ámbito de los filósofos”*

Existen en teoría tres premisas fundamentales:

- Los funcionarios responden a sus superiores. Esto quiere decir que existe unidad y jerarquía de mando.
- Los funcionarios superiores responden a sus jefes políticos (ministros)
- El gobierno responden a los ciudadanos, única y exclusivamente, en las elecciones.

En este esquema la participación ciudadana se limita a la deliberación en las elecciones.

Una vez electo el gobierno, los ciudadanos deben dejar gobernar.

A este esquema clásico, se generaron escuelas que para constituir un Estado Moderno *“la población puede salir de aquella posición reactiva que la caracterizaba durante la hegemonía del modelo burocrático weberiano. Antes, la participación se daba en la época de las elecciones, y prácticamente se agotaba en eso. Si la prestación de servicios empeoraba, “la culpa era del gobierno” - frase típica en varios países latinoamericanos. La consolidación de la democracia en nuestra región nos ofrece una doble posibilidad: construir una democracia representativa eficaz, apartándonos definitivamente de la herencia autoritaria, e instituir nuevas formas de participación,*

---

<sup>14</sup> Waissbluth M, Larrain F, “Modelos de gestión pública y sus implicancias para la planificación, evaluación y control de la gestión del Estado”. Consorcio para la Reforma del Estado, Santiago, Chile, 2009, 26 pp.

*principalmente en lo que se refiere al control público a nivel local del suministro de los servicios públicos”*<sup>15</sup>

Waissbluth, agrega, *“gradualmente se está produciendo un nuevo modelo de gobierno en que la responsabilidad de los ejecutivos no se centra tanto en gerenciar personas y programas, sino en organizar recursos que frecuentemente pertenecen a otros, para producir valor público... en una malla multiorganizacional y multisectorial... que se parece muy poco a un organigrama tradicional y se parece más a una red de computadores que se puede organizar, reorganizar, expandir o contraer.*

- *Las redes “público-privadas” adquieren mayor importancia y asumen diversas formas, desde aquellas ad hoc de activación intermitente, por ejemplo en respuesta a desastres, a asociaciones estables en que las empresas y ONG sirven como canales de distribución de servicios públicos”*<sup>16</sup>

## **2.2. ENFOQUE DE NUEVA GESTIÓN PÚBLICA (NGP).**

Este enfoque se basa en la introducción de ideas desde la gestión privada a la gestión pública (Visión apolítica). Por lo tanto, entre sus objetivos principales podemos contar, con: la eficiencia, la eficacia, la economía, y la calidad. Según Ardila, pretende una mirada reduccionista del Estado en base al paradigma neoliberal *“El neoliberalismo persigue circunscribir las funciones del Estado a las originarias del Estado Liberal de Derecho: policía, seguridad y justicia, diplomacia, recaudación, y aquellas otras sostenedoras de la primacía del mercado”*<sup>17</sup>

Posteriormente el Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) ha distinguido esta adaptación a algunas características especiales para Latinoamérica.

<sup>15</sup> Varios Autores, Una Nueva Gestión Pública para América Latina, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), 1998, 19 pp.

<sup>16</sup> Waissbluth y Larrain, Op. Cit.

<sup>17</sup> Ardila Acuña, Federico, “La Reforma de la Administración Pública: entre los paradigmas y las realidades nacionales”, CLAD, Panamá, 2003, 14 pp.

En efecto se distinguen, dos conceptos de Nueva Gestión Pública:

- Uno vinculado a la Modernización del Estado, que se remite a la selección de instrumentos y de un análisis costo beneficio.
- La visión de un Estado Moderno, es decir, con valores de individualidad, democracia y libertad

Los objetivos por tanto, son la eficiencia y economía, basados en objetivos de maximización de los beneficios, y la calidad y eficacia, centrado en los resultados de la política en un Estado Moderno.

Respecto a sus atributos:

- Enfatiza gestión por resultados, introduciendo flexibilidad en los procedimientos. Una estructura organizacional menos jerárquica. Concepto del ciudadano/a como “consumidor de servicios” (externo a la organización).
- Como consumidores, los ciudadanos tienen el derecho de evaluar la calidad de servicio entregado.
- Participación ciudadana – información, consulta, control social. Esta participación es un paso incipiente a mayor grado, como el empoderamiento.

Como corolario, los funcionarios orientan su accionar para lograr los resultados fijados por el gobierno elegido.

Se debe incorporar a los ciudadanos como miembros responsables de un Estado, es decir actuar contra la exclusión, con una gerencia más flexible, democrática, participativa y solidaria. Debe existir un correlato entre deberes y derechos como también de buenas prácticas de gestión.

Por otro lado, en una versión reduccionista del concepto “Modernización del Estado” se refiere a la aplicación de los instrumentos mediante un análisis costo beneficio. Un Estado Moderno se basará en la filosofía liberal donde el pueblo es soberano, y cuyos valores son la individualidad la democracia y la libertad.

En cuanto a los elementos de Democratización del Estado con la óptica de la NGP podemos distinguir tres aspectos:

- Roles y responsabilidades. Debe ser claramente definida por cada sector, ningún sector, ni público o privado, tiene prioridad sobre otro.
- Mecanismo claro de resolución de conflicto y de toma de decisiones.
- Participación de toda la ciudadanía especialmente los “sin voz”.

Citando al CLAD la NGP, en el ámbito de la participación *“Busca ampliar el espacio público, con la creación del concepto de lo público no-estatal, y procura aumentar las formas de participación popular en la evaluación y en el control de los servicios públicos”*<sup>18</sup>.

### **Roles del Estado en la NGP.**<sup>19</sup>

El Estado en la Nueva Gestión Pública debiese tener los siguientes roles:

- Un Estado presente pero limitado, el Estado concentra los esfuerzos en la planificación – diseño – y la fiscalización.
- Mayor incorporación de sector privado. Esto es básicamente en la provisión de servicios públicos tales como la educación y la salud.
- El sector político se reserva la representación de la ciudadanía, que se expresa a través de diversos mecanismos, *accountability* u otros.
- La justicia por su parte, debe asegurar a través de sus acciones del cumplimiento de los deberes.
- La ciudadanía y la sociedad civil debe actuar como contribuyentes, como electores responsables y consumidores de servicios públicos.

### **Roles de los ciudadanos.**

En el contexto de la NGP, a la ciudadanía le corresponde:

---

<sup>18</sup> CLAD, op cit. 25

<sup>19</sup> Simon, Jeanne. Apuntes clases.

- Velar por los derechos de los contribuyentes, ciudadanos o consumidos. Por tanto debe además ejercer el deber de controlar a los políticos y al Gobierno.
- Ejercer el derecho a voto
- Contribuir al desarrollo económico nacional.

**A la administración le corresponderá:**

- Promover la participación ciudadana, especialmente los “sin voz”.
- Respetar y escuchar a los ciudadanos, colegas, funcionarios públicos, etc.
- Promover la modernización tecnológica que permita mejor comunicación. Por ej. el gobierno.
- Velar por el bien común de la sociedad (definido democráticamente).
- Ser transparente en la toma de decisiones y el uso de fondos públicos.

**Al sector privado:**

- Respetar los reglamentos correspondientes, pagar sus impuestos, tomar decisiones racionales.
- Contribuir al desarrollo económico nacional.

Tenemos por tanto dos visiones evolutivas respecto a la participación: una del concepto weberiano en el cual la participación es vista desde el punto de vista solamente político, en donde los ciudadanos son depositarios a través del voto, en un modelo de sociedad sin derecho a una revocatoria u otra forma de participación ciudadana. Por otro lado se encuentra la mirada de la Nueva Gestión Pública (NGP) que abre estos espacios, pero que reduce al Estado e incorpora al ciudadano avanzando hasta el control social.

## Funciones del Estado en Participación.

El Estado:

- “Asumir una **función articuladora** que permita de manera moderna y flexible construir grandes acuerdos entre los diversos actores sociales, tendiendo a la conformación de redes”<sup>20</sup>.
- Además, “debiera cumplir su **rol regulador**, como la capacidad de ordenar, articular y equilibrar, en función del bien común, los intereses de los distintos sectores con acuerdos institucionales estables que permitan a éstos actuar con autonomía y reglas claras, resguardando principalmente los intereses de aquellos que tienen menos poder de negociación social”<sup>21</sup>.
- Debiera, también, “crear crecientes espacios concretos de participación ciudadana, con **traspaso real de poder** para que la ciudadanía asuma efectivamente las responsabilidades propias de la vida en la sociedad”<sup>22</sup>.

## 5. Derecho de participación de la sociedad civil:

De acuerdo a Isabel Licha, el proceso participativo es un ejercicio de derechos ciudadanos y comunidades a intervenir en su propio desarrollo, al igual que los otros derechos humanos, civiles, políticos, sociales y culturales, es un proceso la participación de concienciación, que importa una delegación de poder, democratización de las sociedad, a la generación de conocimiento, desarrollo de habilidades, fortalecimiento institucional, y el ethos democrático.

En la declaración Universal de Derechos Humanos, “*El derecho a participar es un derecho humano fundamental y complejo que está entrelazado inextricablemente con los principios democráticos fundamentales*”<sup>23</sup>.

---

<sup>20</sup> Gobierno de Chile. *Participación Ciudadana en la Gestión Pública*. Marco conceptual. 2001. P. 40.

<sup>21</sup> *Ibíd.*

<sup>22</sup> *Ibíd.*

<sup>23</sup> Villarroel, Mónica. Mecanismos Participativos en el diseño, formulación e implementación de leyes, políticas y programas sobre envejecimiento, Centro latinoamericano y caribeño de demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL, 2006, 94pp

La democracia es una abstracción sin este atributo. De esta forma por lo complejo que sea es necesario articular espacios para que la democracia tenga cuerpo. *“Es complejo porque, si bien es cierto que el principio que sustenta la base de la democracia es precisamente el que tienen las personas de injerir en la conducción de los asuntos públicos de su país, y que dicha prerrogativa está prevista en el derecho humanitario internacional, también es cuestionable que sea una exigencia para la autoridad libremente elegida que consulte y establezca mecanismos de participación para todas y cada una de sus decisiones”*<sup>24</sup>.

La participación según la Asamblea de Naciones Unidas es “la llave maestra del desarrollo”.

Esta vinculación se hace más patente en lo que dice relación a la concreción de algunos bienes para toda la sociedad: *“La participación significativa de las personas en las decisiones que las afectan es un componente principal de la reducción de la pobreza basada en los derechos, en especial por cuanto refleja el aporte de procesos significativos y bien informados a nivel local y regional. Una participación significativa, activa y libre se basa en el derecho de cada persona a participar en el gobierno de su país, el derecho a la información, el derecho a la libertad de asociación y de expresión”*<sup>25</sup>

Para Jürgen Habermas, la participación es una estrategia de inclusión. En este sentido Habermas plantea que el peligro de la *no – participación* trae consigo que se *“manifiestan actitudes de renuncia o automarginación de los espacios públicos políticos como resultado de posiciones escépticas o reaccionarias frente a los avances de una racionalidad tecnocrática que desplaza los asuntos prácticos a la orbita de una administración burocrática, rompiendo con la concepción de una esfera de opinión pública con funciones políticas.”*<sup>26</sup> En tanto se colige que la autonomía de los

---

<sup>24</sup> Villarroel, Mónica, op cit.

<sup>25</sup> Villarroel, M. op cit.

<sup>26</sup> Pérez, Ana María, Oraison, Mercedes, Exclusión, participación y construcción de ciudadanía. Una aproximación al estudio de los procesos de exclusión/inclusión, Centro de Estudios Sociales, Universidad Nacional del Nordeste, Argentina, 2007, 5 pps.

ciudadanos, la constitución de un sujeto crítico y libre está asociado a prácticas deliberativas en condiciones de simetría.

## **6. Efectividad de la participación.**

La participación es vista como el *“proceso por el cual las partes interesadas ejercen influencia y participación en el control de iniciativas de desarrollo y en las decisiones y recursos que las afectan”*<sup>27</sup>

**En un sentido más general se puede reseñar que se vislumbran dos líneas de acción para ejercer el derecho a participación, en ámbitos sectoriales en otro reservado sólo para el Estado**, como son la educación, la salud, vivienda u otros. Una de ellas es de carácter minimalista, es decir, aquellas en que el diseño de políticas públicas, para que no socaven o debiliten las estructuras intermedias, y la otra “maximalista” que recurre a estas estructuras intermedias bajo la consecución de objetivos sociales, como es la reducción de la pobreza.

Bajo esta óptima maximalista, referido a un documento del Banco Mundial *“Participation Source Book”* que tomando en base resultados empíricos de proyectos que incluyen la participación ciudadana en contra de la pobreza y la exclusión social tiende a “resultados muy superiores” al de las políticas que se aplicaron a través de una estructura jerárquica.

Por otra parte, el Banco Interamericano de Desarrollo, ha arribado a una conclusión similar, dado que los programas diseñados con metodología participativa, promueven los aportes de ideas y crea un flujo de información útil que puede ser clave para la gestión. Por otra parte, contribuye en los programas a su auto-sustentación, que es uno de los “talones de Aquiles” según Kliksberg de la Gerencia Social.

---

<sup>27</sup> Morlachetti, A; Guzmán, J.; Cuevas, M. “Estrategias para abogar a favor de las personas mayores” CEPAL, Santiago, 2007, 44 pp

Para Kliksberg<sup>28</sup>, *“la participación da resultados muy superiores a otros modelos organizacionales de corte tradicional como los burocráticos y los paternalistas”*. El mismo autor hace referencia a un estudio realizado por el Banco Mundial sobre 121 proyectos para la dotación de agua potable a sectores rurales que comprendió 49 países. Los resultados fueron concluyentes: sólo el 3% de los proyectos de baja participación ciudadana tuvo alta efectividad. En cambio, en los proyectos con alta participación la cifra se eleva al 87%. Siguiendo al mismo Kliksberg, lo importante es que la participación no se limite sólo a algunas etapas del proyecto debido a que *“la efectividad aumenta cuando esta presente en todo el ciclo”*<sup>29</sup>.

## **7. Incorporación de la sociedad civil en el diseño y formulación de políticas públicas.**

Según Cunill, existe un reclamo cada vez más urgente por parte de la ciudadanía, para que la sociedad civil cumpla un papel relevante, en el sentido de una mediación deliberativa, en el establecimiento en la arena pública de “interfases” entre el Estado, la sociedad y la economía, en orden a movilizar instancias de interlocución en torno a ellas. Entre estos esta la *“creación de mecanismos para la participación de la sociedad civil en dos procesos analíticamente diferenciables: la expresión de intereses sociales organizados en el propio proceso de formulación de políticas y decisiones públicas; y la gestión privada de servicios o programas públicos”*<sup>30</sup>.

Bajo esta concepción, las políticas públicas deberán cumplir un rol facilitador de la participación ciudadana, lo requiere un Estado que tenga la capacidad de proponer objetivos sociales, dirigir su materialización, evaluar permanentemente su logro, mantener una información completa actualizada y transparente acerca de los resultados obtenidos y en base a ello corregir imperfecciones, reforzar áreas y modificar instrumentos.

<sup>28</sup> Kliksberg, B., op. Cit. Nota 26, p. 135

<sup>29</sup> Kliksberg, Bernardo. Repensando el Estado para el desarrollo social; más allá convencionalismo y dogmas, Revista del CLAD Reforma y Democracia, n 8, 1997, Caracas, 25 pp.

<sup>30</sup> Cunill, Nuria, “La Rearticulación de las relaciones Estado Sociedad: en búsqueda de nuevos sentidos”, Revista del CLAD Reforma y Democracia, N 4, 1995, Caracas, 20 pp.

Al definir participación social se puede sostener que “se refiere a los diversos mecanismos e instancias que posee la sociedad para incidir en las estructuras estatales y las políticas públicas.”<sup>31</sup> A estas instancias podríamos incluir a otras definiciones más.

La participación ciudadana en la gestión pública deja en evidencia que la vinculación virtuosa entre modernización y ciudadanos debe ser fortalecida. Las condiciones para que ello ocurra son las siguientes: una Sociedad Civil que avance hacia su constitución y progresiva democratización; un Estado facilitador que garantice espacios públicos para el ejercicio de una ciudadanía activa; y un Régimen Político que vele por el fortalecimiento y profundización de la democracia y el cumplimiento de los derechos ciudadanos<sup>32</sup>.

En este contexto, la nueva gestión pública integra la dimensión de la participación ciudadana como uno de los ejes centrales para el logro de la legitimidad social e institucional, junto a la sustentabilidad del desarrollo económico, social y cultural.

Licha establece dos “*vertientes*” al enfoque de desarrollo participativo, una vertiente paradigmática, referida a la necesidad de generar cambios creativos permanentes en las condiciones de vida de las comunidades pobres, planteando desarrollo como un proceso de “*movilización, organización e incorporación de comunidades en la gestión de los recursos*”<sup>33</sup>. La segunda fuente, es una corriente más pragmática, que destaca la necesidad de las comunidad para generar soluciones a los problemas, lograr resultados, facilitar procesos de cambio, fortalecer las capacidades de los actores locales, desarrollar habilidades para la gestión de proyectos de desarrollo, elementos que se sintetizan en tres componentes principales del enfoque de desarrollo participativo, a saber: la delegación de poder (vía capacitación), la negociación (capacidad para generar acuerdos) y la responsabilidad (con énfasis en la evaluación participativa).

---

<sup>31</sup> Restrepo, Darío. “Relaciones Estado – Sociedad civil en el campo social. Una reflexión del caso colombiano”, Revista CLAD Reforma y Democracia, n 7, 1997, Caracas, 16 pp.

<sup>32</sup> Gobierno de Chile. Op. Cit. P. 52.

<sup>33</sup> Licha, Isabel, “Gerencia Social en América Latina”, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC, 2002, 311pp.

## 8. Concepción de la Participación Ciudadana.

Para el desarrollo de la participación ciudadana, Chile presenta grandes dificultades, las que de manera importante se derivan de su pasado dictatorial que transformó las bases institucionales de la sociedad y junto a ello, las relaciones entre el Estado con el espacio de lo público y con la ciudadanía. Al respecto, Nuria Cunill<sup>34</sup> afirma que los regímenes autoritarios han empleado la participación ciudadana como forma de legitimar las políticas públicas y de suplir la ausencia de canales tradicionales de representación y participación política.

Esta mirada, unida a las concepciones liberales, la participación ha servido como medio para la despublicación, lo que permite en definitiva disminuir el tamaño del Estado. Los países que han vivido el predominio de paradigmas liberales como el nuestro, la participación surge como elemento de los procesos de descentralización que se desarrollan a raíz de la crisis financiera del Estado, lo que se traduce en un cuestionamiento a la eficacia del aparato público.

Junto a ello, la crisis del modelo de Estado centralizado exige reformas estructurales que permitan descargar competencias para alivianar la carga de funciones que pesaban sobre el mismo. En ese marco, la participación ciudadana se presentaba como un instrumento que, sumado a otros componentes de la descentralización, permitían arribar a este resultado.

Así mismo, José Ignacio Porrás<sup>35</sup> plantea que los Estados liberales que no se encontraban sumidos en crisis económicas, pero que igualmente introducen la participación, ahora como una forma de aumentar la eficacia del Estado, debido a que ella permite focalizar de manera más certera la inversión y obtener mejores resultados.

Finalmente y fuera de estos países de tendencia liberal, otros Estados entendieron que la participación no era sólo una herramienta para reducir el tamaño del aparato público o

---

<sup>34</sup> Cunill, Nuria, los posibles fundamentos de la participación ciudadana, en Gaceta, Mexicana de Administración Pública Estatal y Municipal, número 58, Diciembre 1997 (México D.F., 1998), P.17.

<sup>35</sup> PORRAS, José Ignacio, Internet y las nuevas oportunidades para la deliberación pública en los espacios locales, en Revista Nueva Sociedad, número 195, enero – febrero 2005 (Caracas, 2005) pág. 103 – 104.

un instrumento que mejore la eficacia de éste. Se trata de algo más. A pesar de las diferentes variantes en esta concepción, el elemento común está en la necesidad de hacer frente a la crisis de representatividad.

Habida consideración de lo anterior la participación ciudadana, debe ser *“entendida como la superación del déficit de ciudadanía, no sólo es un valor en sí mismo, sino también contribuye a la consolidación democrática al controlar y limitar el poder del Estado; estimula el compromiso de los miembros de la comunidad en el procesamiento y solución de las demandas sociales; desarrolla una cultura democrática de tolerancia; y por último, crea nuevos canales de los tradicionalmente empleados por los grupos de presión para articular intereses y enriquecen los flujos de información. Asimismo, incrementa la eficiencia de la política económica y el impacto social de los proyectos de desarrollo. Y por último, promueve la equidad y la solidaridad mediante ayudas para superar la exclusión.”*<sup>36</sup>

## **7. Niveles de participación.**

En este acápite se referirán distintos enfoques de nivel de participación. Finalmente, nos referiremos al paradigma a que esta investigación adhiere.

En este sentido se analizarán tres proposiciones metodológicas que distinguen en diferentes partes la participación.

Según Canto<sup>37</sup> existen los siguientes niveles de participación que se exponen a continuación:

- Información: Conocimientos de presupuestos, normatividad, programas, planes, proyectos del sector gubernamental.
- Consulta: Reuniones, visitas, o entrevistas en el terreno, a través de las cuales el gobierno se entera de las propuestas y opinión de la ciudadanía,
- Decisión: Cuando es vinculante la consulta que se realiza. Vg. Plebiscito y referéndum.

---

<sup>36</sup> Secretaría General de la Presidencia, “Participación ciudadana en la Gestión Pública: Marco conceptual”, Santiago, 1997, 54 pp.

<sup>37</sup> Canto, Manuel. Las Políticas Públicas Participativas, Las Organizaciones de Base y la Construcción de Espacios Públicos de la Concertación Local, 2008, 30 pp.

- Delegación: Es cuando un Gobierno otorga a algunas organizaciones ciudadanas, la puesta en práctica de algún proyecto o programa relacionado con la atención a problemas públicos.
- Asociación: Implica que las organizaciones de la ciudadanía y que acuerdan, la realización de políticas públicas o programas en común, participando en las diversas etapas de la política.
- Control: Por parte de las diversas formas de organización de la ciudadanía, se relaciona en la evaluación y el escrutinio sobre la acción del sector público.

En este contexto, Canto, plantea el siguiente esquema de análisis de las políticas públicas.

**Tabla N° 4: Esquema de análisis de las políticas públicas.**

Fase / Niveles	Información	Consulta	Decisión	Delegación	Asociación	Control
Agenda						
Análisis de alternativas						
Decisión						
Implementación						
Control						

Fuente: Extractado de Canto, Manuel del documento “Las Políticas Públicas Participativas”

Por su parte, Restrepo plantea los siguientes niveles de decisión:

- **Información.** Es de carácter básico con el objeto orientar a la administración pública de su ejecución, ya que con esta se logra la revelación de preferencias sociales.
- **Consulta.** Es la consulta sobre la demanda de la opinión comunitaria sobre los requerimientos de ejecución de acciones y en menor medida sobre las acciones a emprender.
- **Concertación.** Es la discusión de las acciones a emprender, las prioridades y las maneras de realizar las ejecuciones.
- **Co decisión.** La co decisión de las políticas públicas entre representantes del Estado y la comunidad.
- **Control estratégico.** Consiste en el decidir del Estado y la comunidad de quien lo hace, que se va hacer, como se hace, ejecutar la acción, controlarla y evaluarla.
- **Planeación Participativa.** Supone el enfrentamiento, concertación y negociación entre tres racionalidades. La social, la institucional y la política. La planeación participativa suele introducir el componente social y la consideración de la racionalidad técnico-burocrática y política partidista.
- **Co administración.** de algunas de las instancias o acciones que componen la operatividad de un programa o política pública.
- **Ejecución:** la efectividad mayor de la participación social se encuentra en la ejecución de parte de las acciones de los programas por los beneficiarios

Claudio Orrego<sup>38</sup> distingue 7 niveles de participación:

- **Manipulación:** Aquí el objetivo es solamente gestionar el apoyo de la comunidad tomando la "participación nominal" sólo como un vehículo de relaciones públicas. Ej. Comités consultivos meramente formales.
- **Información:** Proveer información sobre derechos, responsabilidades y opciones puede ser un primer paso importante.
- **Consulta:** Invitación a los ciudadanos a opinar.

---

<sup>38</sup> Citado por SEGPRES, op. cit.

- **Representación:** implica algún grado de influencia, principalmente a través de representantes ciudadanos en los órganos directivos (o consultivos) de organizaciones comunitarias.
- **Asociación:** Este nivel consiste en la redistribución del poder mediante la negociación entre ciudadanos y autoridades.
- **Poder delegado:** Los ciudadanos dominan el proceso de toma de decisiones o implementación sobre un programa particular.
- **Control ciudadano:** Los ciudadanos administran el programa o institución”.

Según la visión de Serrano<sup>39</sup>, los niveles de participación puede adaptarse según la intensidad de la sociedad civil, en el ejercicio de la funciones de administración de un servicio público.

A continuación se presenta el cuadrante en el cual se presenta la participación.

En los ejes se encuentran los objetivos y grado de influencia que tienen los usuarios del proceso de decisión de los ciudadanos en frente de las políticas públicas. El eje horizontal relacionado sobre políticas públicas y su administración, que va desde una activa participación en la toma de decisiones, hasta la acción no deliberativa.

En el eje vertical, se reseñan los mecanismos para lo que sirve y que beneficio reporta. Estos parámetros van desde la satisfacción de necesidades básicas hasta la construcción de capital social.

Se puede distinguir entonces, dependiendo del cuadrante en donde se ubique, cuatro tipo de participación.

- **Participación decisoria:** La toma de decisiones se realiza en función de sus propios intereses sino de los intereses generales definido políticamente. Es participación política con tintes administrativos.
- **Participación consultiva:** opinión y control de parte de los interesados en el cumplimiento de los objetivos políticamente definidos por parte de la

---

<sup>39</sup> Ibid.

administración pública. Se traduce básicamente en la participación en la información.

- **Participación ejecutora y administradora:** Este tipo de intervención ciudadana incluye desde la participación en el diagnóstico, la ejecución hasta la evaluación de las políticas públicas.
- **Participación instrumental:** Esta modalidad reúne la participación que tiene por propósito la satisfacción de necesidades básicas y por ende la relación con la administración pública interesa sólo en cuanto permita acceder a estos recursos. El ciudadano actúa solamente como cliente usuario.

### **Tipología según una perspectiva de la sociedad civil. (Arnstein).**

Arnstein, postula una escala de perspectiva de sociedad civil, una escala de siete niveles. Esta escala va desde la manipulación hasta la delegación de poder.

- **Manipulación:** Esto se traduce en autorización sin cuestionamiento. Es una manipulación de la participación. Es imposición o instrumentalización de las bases.
- **Terapia:** A los ciudadanos se le involucran en una serie de actividades de la administración pública. Su nombre se debe, a que según Arnstein, a los pacientes se les cura de una patología que es simplemente la falta de poder. Generalmente esta orientada a aquellos grupos que ostenten una calidad de minorías, como son las mujeres, los discapacitado o pobres, entre otros.
- **Información:** Es la primera actividad cercana a la participación. Consiste en un flujo de información unidireccional, y se torna casi imposible que los ciudadanos puedan influir en la política. La diferencia a la Terapia que este estadio no a nivel personal sino colectivo.
- **Consulta:** Es información, además de resolver las consultas y recibir opiniones de los ciudadanos. Sin embargo esto último, puede ser o no vinculante. Básicamente consiste en conocer mediante encuestas o reuniones el parecer de la comunidad. Implica un dialogo entre la sociedad civil y el Estado.

- **Conciliación:** Se caracteriza por la constitución de mesas de trabajo en donde los ciudadanos pueden ingerir de mayor medida en la política. Sin embargo muchas veces estas mesas, se constituyen también por funcionarios públicos y requieren de la aprobación de las autoridades para ser ejecutada.
- **Trabajo conjunto:** Se da una delegación real de poder en cuanto, ya que se ejerce una negociación efectiva entre ciudadanos y gobierno.
- **Delegación de poder:** Se traduce en la autoridad dominante sobre la toma de decisiones de un programa o proyecto.
- **Control ciudadano:** Se otorga en esta etapa, una completa capacidad administrativa, de manera tal que se garantiza el gobierno sobre programas e instituciones. Los ciudadanos disponen directamente de los recursos. Están en posición no sólo de los medios sino también de los fines.

## Resumen

La siguiente tabla muestra las distintas visiones de lo referido anteriormente.

**Tabla N°5: Resumen visiones.**

	<b>Canto</b>	<b>Restrepo</b>	<b>Orrego</b>	<b>Serrano</b>	<b>Arnstein</b>
Niveles	Información	Información	Manipulación	Instrumental	Manipulación
	Consulta	Consulta	Información	Ejecutora y Administradora	Terapia
	Decisión	Concertación	Consulta		Información

	Delegación	Co-decisión	Representación	Consultiva	Consulta
	Asociación	Control	Asociación	Decisoria	Conciliación
	Control	Estratégico	Poder		Trabajo Conjunto
		Planeación	Delegado		Delegación de poder
		Participativa	Control		Control ciudadano
		Co-administración	Ciudadano		
		Ejecución			

Fuente: Elaboración propia.

Todos los autores consultados, incorporan una visión de gradualidad en el concepto de participación que va desde la manipulación llegando al control ciudadano o la participación decisoria.

En esto, hay que señalar, que los estadios denominado manipulación no se entiende como participación, en ninguna de sus formas. En consecuencia, la participación supone una incidencia en las políticas públicas, en los distintos niveles y no sólo una mera instrumentalización de la voluntad de las personas.

## **8. DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA GESTIÓN: LA CONSTRUCCION DE UN NUEVO PARADIGMA.**

### **8.1. Gestión Participativa – Sustantiva para la toma de decisiones:**

La gestión participativa se sustenta en la concepción de una ciudadanía con plenos derechos, éstos se ubican en el plano cívico, político, social y cultural. La puesta en práctica de estos principios es una tarea pendiente en nuestra sociedad.

En este modelo de gestión, la participación es entendida como sustantiva, los sujetos se hacen parte del proceso de toma de decisiones y no son concebidos sólo como agentes que aportan al buen desarrollo de un programa o proyecto que ha sido definido y diseñado por otros. Lo anterior es complementario a la generación de espacios adecuados para la participación y al fortalecimiento de las habilidades y destrezas que soportan el ejercicio participativo de los actores.

En la construcción y elaboración colectiva participan ciudadanos y ciudadanas con plenos derechos, tanto en la identificación de las necesidades y demandas como en la elaboración y puesta en marcha de propuestas dirigidas al bien común de la Sociedad. Así, la participación sustantiva es una aspiración para el desarrollo de políticas públicas que apunten a la equidad.

Para avanzar en esta concepción de ciudadanía, es necesario tener presente que el crecimiento, diversificación y fortalecimiento de los actores sociales implica un incremento en los niveles de participación, que no deben limitarse a una dimensión simbólica, sino que deberían estar dirigidos a la solución efectiva de los problemas, para lo cual es necesario crear espacios concretos de participación ciudadana, con traspaso real de poder para que ésta asuma efectivamente las responsabilidades propias de la vida en la sociedad. En este sentido es importante promover una opción de participación decisoria o sustantiva.

La participación orientada a incidir en los procesos decisivos está definida en el Marco Conceptual de la Participación Ciudadana para la gestión pública optando por un tipo de participación intencionada y convocada en la perspectiva de influir respecto de un tema específico, a través de un proceso de negociación entre las partes involucradas en donde se establecen acuerdos. Estos acuerdos son vinculantes, lo cual implica que la decisión que se produce dentro de un determinado proceso es obligatoria para la autoridad. El

control público en la discusión, garantiza que se resuelva en términos de los intereses generales<sup>40</sup>. Con el alto nivel de tecnificación de las políticas en la fase de diseño, existe una tendencia a excluir a la comunidad, donde las decisiones sobre asuntos públicos quedan relegadas a los expertos y especialistas

Avanzar efectivamente hacia un “desarrollo con ciudadanía” exige promover un reconocimiento social de las organizaciones de la sociedad civil que se expresa en el fomento de las innovaciones, la participación y el ejercicio del derecho a la diversidad. Las políticas públicas deben organizarse desde dinámicas participativas en las cuales las comunidades y organizaciones ejerzan su “derecho” a participar.

Para lograr incorporar la gestión participativa en políticas de salud pública se considera prioritario habilitar a los distintos actores en la creación de espacios y mecanismos de diálogo y cooperación Estado – Sociedad Civil, que aseguren la participación de sus organizaciones en los diversos niveles de la gestión, de tal modo de formular, implementar y evaluar las acciones de salud pública que afectan directamente a los ciudadanos, tanto temáticas como territoriales, a nivel regional y local, de acuerdo a los criterios de modernización de la gestión pública, entendida como la manera de “organizar el uso de los recursos para el cumplimiento de los objetivos y tareas del Estado, donde la participación ciudadana en la gestión pública se refiere al rol del ciudadano en cuanto partícipe y en cuanto usuario de las decisiones y gestiones asociadas a la implementación de acciones públicas”<sup>41</sup>.

Así, por ejemplo, las nuevas generaciones de políticas públicas en salud deben acreditarse con formas reconocidas de control ciudadano en el marco de una cultura de responsabilidad social aceptada de manera mutua. En esta perspectiva son acciones estratégicas; la educación ciudadana, la promoción de los derechos humanos y la lucha contra todo tipo de discriminación.

---

<sup>40</sup> Gobierno de Chile, Ministerio Secretaría General de la Presidencia “*Participación Ciudadana en la gestión pública*”, 2001.

<sup>41</sup> Mujica, Pedro. “*La Participación Ciudadana en relación con la gestión pública*”, Corporación Participa, 2002.

La participación ciudadana es un valor en sí mismo y contribuye a la consolidación democrática al controlar y limitar el poder del Estado; estimula el compromiso de los miembros de la comunidad en el procesamiento y solución de las demandas sociales; al tiempo que desarrolla una cultura democrática de tolerancia.

El mecanismo o estrategia de alianzas es posible cuando se reconoce una necesidad de establecer relaciones de trabajo conjunto entre el sector público y la ciudadanía organizada. El respeto mutuo y el reconocimiento de los intereses que mueven a uno y otro actor son los límites dentro de los cuales se descubren los intereses comunes que motivan y posibilitan la conformación de alianzas. Estas posibilitan la generación de beneficios mutuos y concordados en un proceso de diálogo y negociación.

Las alianzas son consustanciales a una gestión pública participativa y tienen un valor en sí mismas como estrategia central de una modernización del Estado al servicio de la ciudadanía y el mejoramiento de su calidad de vida. En tal sentido, se hace necesario conformar alianzas estratégicas entre los organismos del Estado y las organizaciones de la Sociedad Civil, involucrando a todos los actores comprometidos e interesados para lograr niveles crecientes de diálogo, gestión y evaluación social de las políticas públicas.

## **8.2. Gestión participativa y presupuestos participativos.**

Con esta finalidad surgen diversos mecanismos que buscan la “*democratización de la democracia*”, permitiendo a los ciudadanos una cogestión e incluso una autogestión de lo público. Uno de estos mecanismos es el denominado Presupuesto Participativo desarrollado en el ámbito municipal en los últimos veinte años y replicado en distintas localidades de América Latina y Europa. Es por tanto un ejercicio de carácter deliberativo, conjuntamente con otros instrumentos como los jurados ciudadanos, núcleos de intervención participativa y consejos ciudadanos.<sup>42</sup>

---

<sup>42</sup> Navarro, Hugo. Manual para la evaluación de impactos de proyectos y programas de lucha contra la pobreza, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), CEPAL, Santiago de Chile, 2005, 85 p.

Para Adolfo Castillo y Hugo Villavicencio<sup>43</sup> el presupuesto participativo constituye una de las experiencias más modernas y exitosas de participación ciudadana. Ha sido definido como *un instrumento de planificación anual que ayuda a la priorización de las demandas ciudadanas de la ciudad, permitiendo el acceso universal a toda la población a tales decisiones*. Sin embargo, lo criticable de esta definición es que da por supuesto que el presupuesto participativo se desarrolla anualmente, situación que contrasta con experiencias como Belo Horizonte en donde el proceso de presupuesto participativo es de carácter bianual.

Para estos autores, se trata de un mecanismo de participación que permite a la comunidad decidir el destino de parte importante de los recursos municipales a través de la presentación de propuestas y la priorización de éstas por la misma ciudadanía. Esta definición permite englobar todas las experiencias de Presupuestos Participativo desarrolladas en distintas realidades, reconociendo sus importantes diferencias. En cuanto a su naturaleza, se trata de un mecanismo de participación de carácter complejo en varios sentidos. En primer término, siguiendo la clasificación entre procedimientos y órganos, se trata de un *procedimiento* que consta de varias etapas y que, además, comprende la creación de ciertos *órganos*. En segundo término, basándose en la categorización de las modalidades de participación en información, opinión, participación vinculada a un beneficio, participación decisoria-impugnatoria, decisión y control o fiscalización, el Presupuestos Participativo también presenta un carácter complejo, debido a que no es posible inscribirlo exclusivamente en una de estas categorías.

Recogiendo la opinión de distintos autores que han investigado los alcances del Presupuesto Participativo como mecanismo de participación ciudadana efectivo y con múltiples virtudes para la profundización de la democracia, se pueden plantear los siguientes ámbitos de desarrollo en temas de participación ciudadana que permiten los Presupuestos Participativos:

---

<sup>43</sup> CASTILLO, Adolfo y VILLAVICENCIO, Hugo, *Hacia una Democracia Deliberativa*, Ediciones El Tercer Actor (Santiago, 2005), p. 9.

- Reforzarían la solidaridad colectiva y el sentido del bien común, cada vez más pérdida en la sociedad actual que ha colocado a la libertad individual por sobre todo otro valor. Con la participación en el presupuesto, los individuos deciden no sólo por el beneficio individual sino que por el bienestar de la comunidad en su conjunto.
- La estructura del PP inspira la formación de asociaciones comunitarias ya que la ciudadanía comprende que unida puede alcanzar mejores resultados y obtener que los proyectos que presentan sean aprobados. Sin embargo, no debe limitarse la participación sólo a entidades organizadas que cuenten con personalidad jurídica. Es importante que este mecanismo sea un espacio abierto para la participación tanto de asociaciones sin personalidad jurídica como de individuos no organizados.
- La participación de la comunidad en el Presupuesto Participativo se transforma en un importante mecanismo para controlar a la administración pública. En este sentido, es fundamental que la participación en el Presupuesto Participativo no se agote en la planificación y decisión de los proyectos a financiar, sino que comprenda las fases de ejecución y evaluación. La estructura de este mecanismo implica *per se* un refuerzo al control administrativo y judicial de la municipalidad u órgano público en que se implemente, por las condiciones de información y transparencia que integran el proceso y por la cercanía de la ciudadanía con el mismo.
- Quizás la mayor ventaja que otorga el PP es que permite mejorar la calidad del sistema democrático tan decaído en la actualidad. Como se ha indicado antes, la academia está de acuerdo al concluir que la democracia representativa está en crisis y que es necesario afrontarla introduciendo nuevas formas de democracia. La participación asigna al ciudadano un rol activo que no se limita sólo a votar cada cierto tiempo, sino que lo transforma en un actor fundamental. Así, aumenta la legitimidad del sistema y se solucionan distintos defectos del modelo representativo. Esto permite redistribuir el poder y fortalecer la sociedad civil.

Sin embargo, no debe pensarse que la participación es la solución a todos los problemas ni es un sustituto del sistema vigente. Como indica Cunill<sup>44</sup> *“la participación ciudadana no es una alternativa a la democracia representativa, sino sólo un complemento de la misma”*.

Según un estudio de BID respecto al proceso de presupuesto participativo en Brasil, que *“La planificación participativa y los procesos de gestión en el gobierno local son una condición previa para el éxito de las estrategias de inclusión social donde la reducción de la pobreza es un componente clave.”*<sup>45</sup>

Concluye el mencionado estudio que *“La premisa fundamental de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Sostenible de 2002 es que la equidad e inclusión social son condiciones previas para un desarrollo global sostenible. Esta premisa se refuerza por el compromiso frente a las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. El presupuesto participativo contribuye a varios de estos objetivos y por esa razón ofrece un modelo que vale la pena establecer.”*<sup>46</sup>

## 9. Participación en Salud.

Para entender la participación ciudadana en salud nos remitiremos al concepto de determinantes sociales. Esto se define como *“las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan que impactan sobre la salud”*<sup>47</sup>. Es un reconocimiento que la política de salud es multifactorial, es decir que para, por ejemplo, disminuir las tasas de mortalidad infantil se requiere además de contar con una buena higiene, y por consiguiente una red de agua potable, que son concepciones que apuntan a los objetivos del desarrollo del milenio y la reducción de la pobreza. Por eso se debe abandonar la idea de la política de salud como una política “estanco”, es decir, desintegrada del resto de los demás componentes del desarrollo.

<sup>44</sup> CUNILL, N., op. Cit. Nota 3.

<sup>45</sup> Banco Interamericano de Desarrollo, “Evaluación del presupuesto participativo en Brasil”, BID, Departamento de Desarrollo Sostenible, Washington DC, 2005, 112 p.

<sup>46</sup> Op cit.

<sup>47</sup> [http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g\\_temas/g\\_determinantes\\_sociales/determinantes.html](http://www.redsalud.gov.cl/portal/url/page/minsalcl/g_temas/g_determinantes_sociales/determinantes.html)

La participación ciudadana entendida desde el enfoque de los Determinantes Sociales de Salud supone habilitar a los ciudadanos y ciudadanas en el ejercicio de poder decidir sobre los determinantes sociales que condicionan su nivel de salud o de bienestar.

Las inequidades en salud se deben abordar a partir de las desigualdades en la distribución del poder, el prestigio y los recursos entre los grupos de la sociedad, teniendo en cuenta que la mayoría de las sociedades se estratifican por líneas de origen étnico, raza, género, educación, ocupación, ingresos y clase. Aunque las diferentes regiones del país tengan perfiles demográficos y epidemiológicos muy distintos, diferenciar ciertos grupos, por género, educación, lugar o ingresos, es clave para la comprender la forma en que se genera la inequidad en salud <sup>48</sup> y para definir, con los sujetos afectados y actores involucrados, las intervenciones más pertinentes.

De esta forma, las estrategias de participación ciudadana que se desarrollan desde el sector salud deberán tener como marcos de referencia el enfoque de derechos y de determinantes sociales -para entender e intervenir desde la ciudadanía los procesos que conducen a las desigualdades- y el enfoque de protección social basado en derechos como una visión de política pública comprensiva e integral de las condiciones necesarias para el desarrollo de capacidades humanas, que persigue la igualdad de oportunidades, apoyando a los grupos más desvalidos, pero también reconociendo la realidad de una gradiente social de inequidad en cuanto a las posibilidades de alcanzar sus capacidades y ampliar sus elecciones, a fin de permitir una verdadera libertad de opciones en la vida <sup>49</sup>.

La Comisión de los Determinantes Sociales de Salud recomienda en su informe “Subsanar las desigualdades en una generación”. Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, ya que las desigualdades son sistémicas y son el

---

<sup>48</sup> OMS. Interim statement. 2007.

<sup>49</sup> Vega, Jeannette. *Enfoque de Determinantes Sociales de Salud, orientaciones para la agenda social*, documento síntesis del ciclo de Diálogos Democráticos, Diciembre de 2005.

resultado de normas, políticas y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos<sup>50</sup>.

Establece además que para mejorar la equidad en salud debe existir un actuar concertado, coherencia política y complementariedad “una mayor participación de la comunidad y de la sociedad en los procesos de elaboración de políticas contribuirá a que las decisiones adoptadas en materia de equidad sanitaria sean más justas”<sup>51</sup>.

Así mismo, propone garantizar la representación y participación justas de todos los individuos y comunidades en las toma de decisiones sanitarias, y hacer que ello se convierta en una característica del derecho a la salud.

Las ideas principales que se extraen de estas recomendaciones de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, reafirman que la participación puede mejorar la gestión pública de diversos modos, con el incremento de la información acerca de las necesidades, prioridades y capacidades de las comunidades, los programas pueden ser mejor adaptados a las realidades locales lo que puede favorecer un mejor uso de los recursos, la entrega de los servicios puede ser de mejor calidad y atender mejor a la demanda, permite movilizar recursos locales, complementando el conocimiento técnico con la información local.

## **10. CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES FINALES.**

Estableciendo como premisa básica que la participación tiene una íntima y directa relación con la democracia. En este contexto, en el capítulo se expusieron tres

---

<sup>50</sup> OMS. *Subsanar las desigualdades en una generación. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud*. 2008. Pág. 18.

<sup>51</sup> *Ibid*, Pág. 16.

paradigmas con que evoluciona la relación del Estado - Ciudadano. Desde un Estado Burocrático, que se fundamenta en relaciones verticales de autoridad y mando, como contra respuesta nace una Nueva Gestión Pública que es una transición a concepciones modernas a otros conceptos ciudadanos en el trato, derechos y deberes.

Esta investigación se inscribe en la concepción declarada por Habermas de la creación del “Espacio Público” entre los ciudadanos y el Estado, como escenario de formación de voluntad colectiva.

El Espacio Público participativo valoriza el sentido de comunidad y de la solidaridad como ejes de las relaciones, es una construcción conjunta de acción, lenguaje y discurso.

La Participación además surge como un derecho humano esencial. En hacer participe tanto de su propio destino como el de la sociedad en su conjunto. Al ser un derecho humano, el Estado debe propender a construir espacios de debate y de construcción de ciudadanía. El concebir al ciudadano como sujeto, en vez de objeto, de las políticas públicas.

En relación a esto, existen evidencias, por las cuales la participación produce una mayor eficacia de las políticas públicas. En este sentido cuando se permite a los ciudadanos participar desde el diseño hasta la evaluación de la política, los resultados inherentes a este son altamente superiores que aquellos originados por una imposición vertical.

Por tanto es necesario explorar los conceptos de participación ciudadana “*como la superación del déficit de ciudadanía*”, que es lo se quiere explorar con una herramienta como los presupuestos participativos en nuestro país.

Respecto a los niveles de participación existen diversas clasificaciones. Sus niveles van de menos a más siendo un extremo la manipulación y como mayor, el control ciudadano.

Independientemente de estas clasificaciones esta investigación estima que la participación sustantiva es la que dice relación más directamente con la construcción del Espacio Público ya que permite de mayor forma la deliberación.

En el marco de este concepto los presupuestos participativos, instrumento de planificación surgido en la ciudad de Belo Horizonte en Brasil, y que es el objeto de estudio, permiten establecer los nexos evidentes entre ciudadanía y democracia.

### **CAPITULO III**

#### **PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA SALUD PÚBLICA EN CHILE.**

##### **1. CASOS DE LOS PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS.**

La Reforma de Salud que se inicia y lleva adelante en Chile desde el año 2004, tiene como uno de sus ejes centrales a la Participación ciudadana. En efecto, el mensaje que envió el cuerpo legal de gestión sanitaria, comienza con la siguiente afirmación “*En uso de mis facultades constitucionales, vengo en proponer a esa H. Corporación un proyecto de ley que tiene por objeto modificar el decreto ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana*”<sup>52</sup>. Continúa refiriéndose a 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*”<sup>53</sup>. Permitiendo que los ciudadanos expresen sus preferencias y expectativas del sistema de salud y de las políticas públicas asociadas.

En efecto, uno de los problemas que origina tal intervención a través de un proceso de reforma era la existencia de un “baja confiabilidad por parte de la población; dificultades de trato y acceso; baja participación social”. Se consignaba además que “*La ausencia de mecanismos de control social y rendición de cuentas, obviamente ausentes en la reforma de los ochenta, contribuyeron a que los problemas priorizados por los servicios de salud no coincidieran necesariamente con las necesidades de sus usuarios, con las consecuencias consiguientes en alto niveles de insatisfacción y listas de espera*”<sup>54</sup>.

Habida consideración de lo anterior, la ley de gestión de salud se planteo como objetivo el de “*establecer instancias de participación ciudadana en las Secretarías Regionales Ministeriales y en las Direcciones de los Servicios de Salud.*”

---

<sup>52</sup> Gobierno de Chile. Mensaje que envía proyecto de Ley sobre el Establecimiento de una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecimiento de la participación ciudadana”, Santiago de Chile, 2009, 45 pp.

<sup>53</sup> Op cit.

<sup>54</sup> Op cit

La ley tiene objetivos ambiciosos respecto a la participación social:

- Lograr legitimidad social del sistema de salud de parte de la ciudadanía.
- Superar la insatisfacción ciudadana.
- Definir un modelo de salud acorde con la realidad de los usuarios e implementarlo.
- Generar mecanismos para conocer los aportes de los usuarios y aprovecharlos para una mejor gestión.

Para materializar lo anterior se crearon los Consejos Asesores de Salud, que tienen carácter consultivo tanto en las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud como en los Servicios de Salud, que suma además todos los establecimientos de salud pública de la red asistencial del servicio respectivo.

Como función principal será la de conocer la cuenta pública semestral y hacer observaciones a esta.

El fin central de este consejo es influir en lograr que las políticas de los servicios de salud se hagan cargo de las necesidades de los usuarios y especialmente de los más vulnerables.

Por otra parte la reforma de salud, propone, la instalación del modelo de salud con enfoque familiar y comunitario, incluye la participación social como una de sus estrategias. En efecto, el documento intitulado Modelo de Atención con Enfoque Familiar, traduce este objetivo en buscar *“una participación progresiva de la comunidad en los distintos ámbitos de la atención de salud, así como en su autocuidado y el del entorno. El empoderamiento de la comunidad se logrará a través de procesos de interacción continua, privilegiando la entrega de información útil, que otorgue a los individuos y organizaciones un poder creciente para tomar decisiones”*<sup>55</sup>

## **2. PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS DE SALUD EN CHILE**

---

<sup>55</sup> Ministerio de Salud, Modelo de Salud con enfoque familiar y comunitario, Santiago de Chile, 2001, 20 pp.

## 2.1. Introducción

La Agenda Pro Participación Ciudadana 2006 – 2010, consagra una serie de instrumentos orientados a generar espacios para una gestión pública “participativa” lo cual ha implicado el establecimiento de un nuevo vínculo entre las autoridades y la ciudadanía.

La Agenda, dada a conocer en el año 2006 por la Presidenta de la República, contiene un conjunto de orientaciones que expresan los lineamientos de políticas públicas para promover la participación, el ejercicio de los derechos ciudadanos, el asociacionismo y el respeto a la diversidad. Tiene cuatro ejes definidos, que abarcan los componentes participativos de las políticas públicas:

- Derecho Ciudadano a la información pública.
- Gestión Pública Participativa.
- Fortalecimiento de la Sociedad Civil<sup>56</sup>.
- No discriminación y respeto a la diversidad.

Estos ejes programáticos orientan la acción para una democracia participativa y su operacionalización, siendo responsabilidad de cada Ministerio, Servicio Público, Gobierno Municipal, Provincial y Regional.

Promover e intencionar de manera permanente la Agenda Pro Participación Ciudadana<sup>57</sup> es un compromiso de la gestión del Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, desarrollando los cuatro ejes de la Agenda pro participación, en tanto promoverá la participación en la gestión pública, en el entendido de que, así como el sistema político representativo es esencial para la democracia, también las políticas públicas son más legítimas y eficientes con la participación activa de la gente,

---

<sup>56</sup> Es el conjunto de organizaciones e instituciones civiles y sociales de carácter voluntario, sin afán de lucro, y que forman la base de una sociedad activa, que median o interpelan a instituciones públicas y privadas para representar los derechos y anhelos de sus representados.

<sup>57</sup> Agenda Pro Participación Ciudadana. Resultados esperados al final del Período Presidencial. Avances 2006- 2007.

fundamentadas en el principio de responsabilidad compartida de las autoridades y los ciudadanos en su diseño, ejecución e implementación.

El Ministerio de Salud ha desarrollado diversas estrategias que responden a los instructivos presidenciales sobre Participación Ciudadana y expresan los ejes de la Agenda Pro Participación Ciudadana en el sector, tales como Cuentas Públicas en SEREMI y Servicios de salud, Presupuestos Participativos, Diálogos Ciudadanos, Cartas de Derechos, entre otras, las cuales evidencian los avances en la incidencia ciudadana en la gestión de la salud pública de los territorios.

## **2.2. Presupuestos participativos en la Agenda Pro Participación Ciudadana.**

Los Presupuestos Participativos surgen en Brasil en el año 1989 planteando una crítica a la planificación tradicional que supone que la gestión es un tema de expertos y la ciudadanía es entendida sólo como un beneficiario o usuario. Esta iniciativa es impulsada por el Partido de los Trabajadores. Se pone en práctica, por primera vez, en la ciudad de Porto Alegre, donde están vigentes hasta hoy. Los temas que se discuten y donde la comunidad tiene poder de decisión son salud, educación, vivienda y urbanización. Actualmente, se desarrollan iguales experiencias en otros municipios de Brasil, España, Argentina, Uruguay, México, Francia, Italia, entre otros.

A nivel internacional los Presupuestos Participativos han demostrado ser más que un incentivo a la participación por la participación (visión voluntarista), una manera de “hacer cosas concretas” con mayor efecto publicitario y político, o un intento de un “lavado de imagen” de la democracia formal (críticas que se le han realizado a los Presupuestos Participativos), sino que ha permitido la constitución de un nuevo centro de decisión, desplazando el poder a los territorios.

Las experiencias de presupuestos participativos en el ámbito de la gestión municipal en Chile, demuestran que la discusión y deliberación por parte de la población para priorizar los proyectos y parte de las inversiones públicas genera un empoderamiento de

la sociedad civil y un aumento de su capacidad de control y fiscalización de la gestión pública. En esta dirección, la Subsecretaría de Desarrollo Regional, Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo (SUBDERE), en correspondencia con el mandato presidencial de fortalecer la participación ciudadana, se encuentra implementando un programa de apoyo a la instalación de presupuestos participativos locales.

De esta forma, en un municipio chileno, esta reubicación del poder se podría representar, desde los Concejos Municipales y Secretaría Comunal de Planificación (SECPLAC) a los territorios y sus habitantes, democratizando así la acción política y “localizando” la intervención técnica en los espacios cotidianos (barrios, centros comunitarios y periferias urbanas), convocando a los ciudadanos tanto en forma individual como colectiva (organizaciones comunitarias) a lo que los mismos impulsores de los Presupuestos Participativos denominan; un nuevo espacio público, de carácter no tradicional, que potencia la ciudadanía en el ejercicio de sus derechos y responsabilidades, alentando a esta a ser más exigente y crítica.

A partir del año 2006 el sector salud, decide implementar una experiencia piloto de presupuestos participativos en salud, de carácter formativa, orientada a la asignación de recursos en el sector de salud de manera participativa, involucrando a distintos actores en este proceso, de manera de dejar nuevas capacidades instaladas.

Con ello, se persigue capacitar a los actores involucrados (equipos de salud, técnicos, dirigentes comunitarios), para iniciar un proceso de Presupuesto Participativo, mejorar la oferta de salud de la jurisdicción de establecimientos de salud (Centros de Salud), Servicios de Salud y Municipios, a partir de las iniciativas de la comunidad e implementar un mecanismo innovador de gestión participativa en la toma de decisiones presupuestarias.

Dado el reconocimiento público del Servicio de Salud de Talcahuano<sup>58</sup> de la región del Bío Bío por incorporar prácticas innovadoras en construcción de ciudadanía en salud, el Ministerio de Salud promueve el desarrollo de esta experiencia piloto en este Servicio,

---

<sup>58</sup> Consejo de Participación Social en Salud, experiencia premiada año 2004. Ver: [www.premioinnovacion.cl](http://www.premioinnovacion.cl)

la que a un año de ser implementada, es evaluada por las contrapartes técnicas del MINSAL<sup>59</sup> como un mecanismo de participación ciudadana en salud exitoso en cuanto a los niveles de deliberación, inclusión ciudadana y empoderamiento que se observan en las personas, organizaciones de la comunidad y en los propios equipos de salud que participan de esta experiencia.

Esta primera experiencia de presupuestos participativos en salud, se constituye en un modelo de buena práctica de gestión participativa en salud, logrando un avance cualitativo importante en la incorporación de la ciudadanía en procesos de toma de decisiones en salud especialmente en aquellos temas que le afectan<sup>60</sup>, contribuyendo a generar una reorientación del quehacer del Servicio de Salud en función de la demanda social en el sector o territorio donde se implementa, ampliando los límites de la democracia y fortaleciendo el ejercicio de una ciudadanía activa en el sector salud.

Considerando los buenos resultados que arroja la experiencia del Servicio de Salud de Talcahuano<sup>61</sup>, las autoridades de la época, la Dra. María Soledad Barría Iroumé, incorpora esta modalidad de trabajo en participación ciudadana como meta ministerial y compromiso sectorial frente a la Agenda Pro Participación Ciudadana que impulsa la Presidenta de las República, Sra. Michelle Bachelet Jeria<sup>62</sup>. Es así como, al año 2010, el 100% de los Servicios de Salud habrán incorporado el Presupuesto Participativo como un mecanismo de participación ciudadana en salud. Lo anterior, producto del proceso de negociación iniciado el año 2007 con los Servicios de Salud del país para extender esta modalidad de trabajo con la ciudadanía en forma progresiva en todos los Servicios de Salud<sup>63</sup>.

---

<sup>59</sup> Unidad de Participación Social. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud, Enero 2006.

<sup>60</sup> Nora Donoso Valenzuela. Presupuestos Participativos en Salud. Jefa de la Unidad de Participación Social de la Subsecretaría de Redes Asistenciales desde el 2006 al 2008, actualmente a cargo de la línea estratégica de Presupuestos Participativos.

<sup>61</sup> La experiencia del Servicio de Salud de Talcahuano recibe un reconocimiento de la Secretaría Ejecutiva de la Agenda de Probidad y Transparencia en el año 2007. El mismo reconocimiento es recibido por el Servicio de Salud Ñuble en el período 2008.

<sup>62</sup> Agenda Pro Participación Ciudadana 2006 – 2010.

<sup>63</sup> El 31 de Julio de 2006 se realiza una reunión con un grupo de directivos seleccionados con el fin de socializar la experiencia de Presupuestos Participativos del Servicio Salud de Talcahuano y comprometer y establecer acuerdos con directivos de los Servicios de Salud para la extensión de la experiencia en la Región del Bío Bío, Metropolitana y Región de Valparaíso.

Esta experiencia demanda cambios organizacionales y culturales importantes en el sector salud, que llaman a superar la práctica paternalista y clientelar en la relación con los usuarios a través de una serie de iniciativas (jornadas, capacitaciones, seminarios) que ponen el acento en el desarrollo de habilidades específicas para liderar y conducir procesos más democráticos y de participación directa de la ciudadanía, constituyéndose en consecuencia, en desafíos significativos para los directivos y funcionarios de los Servicios de Salud, desafíos que se deben traducir en procesos de apertura institucional que hagan posible la incidencia de la ciudadanía en los procesos decisorios de las políticas públicas.

### **2.2.1. Funcionamiento de los Presupuestos participativos en salud.**

El Presupuesto Participativo en Salud (PPS), recogen la experiencia iniciada en Porto Alegre, Brasil<sup>64</sup>. Su especificidad es que se trata de un *proceso deliberativo en el que la ciudadanía decide sobre el uso de los recursos públicos en Salud*. Forma parte de un continuo entre el balance de gestión y rendición de cuentas, la generación de propuestas para la mejoría de la situación de salud y calidad de los servicios y la toma de decisiones sobre la inversión en salud.

A través de este ejercicio, se pone a disposición un marco presupuestario en base al cual la ciudadanía (comunidad usuaria) prioriza, formula propuestas y decide de manera informada, el destino de estos recursos. Se diferencia de un fondo de proyectos concursables porque la comunidad no postula en calidad de ejecutora al financiamiento de un proyecto sino que lo hace aportando con su opinión y voto al uso de los recursos presupuestarios del Servicio de Salud.

Participan, por una parte, el Servicio de Salud a través de un Comité Técnico Político liderado por el Director (a) y conformado por representantes de los Departamentos o Unidades de Finanzas, Comunicaciones, Capacitación, Área Técnico Programática,

---

<sup>64</sup> El Presupuesto Participativo tiene su origen en la ciudad de Porto Alegre, impulsado por el Partido de los Trabajadores (PT) alcanzando gran connotación por haber contribuido a desarrollar una sociedad civil activa, porque involucra a un número creciente de ciudadanos y porque contribuye a un mejor y adecuado uso de los recursos públicos, otorgando pertinencia a las políticas públicas. La socialización de estas experiencias ha permitido difundir este ejercicio de definición participativa de los recursos públicos en otros 150 municipios de Brasil, y en otros países como Argentina, Uruguay, Perú, Ecuador, México, Francia, España, Italia y Kenia.

Gestión de Redes Asistenciales y Participación Social. Por otra parte, la comunidad a través de los Consejos de Desarrollo, Consejos Consultivos u otras instancias formales; organizaciones sociales, agrupaciones de usuarios y ciudadanos en general, motivados por ser parte del proceso de toma de decisiones en la inversión pública en salud.

En términos orgánicos, se distinguen tres grandes etapas en el desarrollo del proceso de Presupuestos en el sector salud:

### **I Etapa: Fortalecimiento de las condiciones internas del Servicio de Salud:**

Se inicia con la socialización a nivel del Servicio de Salud y capacitación a los equipos y funcionarios del Servicio de Salud, tanto en aspectos conceptuales y metodológicos como acerca de las proyecciones de los Presupuestos Participativos. A partir de una negociación inicial al interior del Servicio, se conforma un Comité Técnico Político.

Este Comité analiza y toma decisiones en los siguientes ámbitos:

- Definición de Marco Presupuestario disponible para un ejercicio de priorización en forma participativa.
- Definición de Ejes o áreas temáticas, en relación a las cuales se elaborarán en forma participativa las propuestas que se financiarán con el presupuesto regular del Servicio de Salud. Estas áreas temáticas están asociadas a distintos ámbitos de la salud como la satisfacción usuaria y calidad de los servicios, prevención de enfermedades, promoción de la salud, salud ambiental, salud mental, entre otros.
- Definición de criterios de localización de la experiencia de presupuestos participativos. Cada Servicio de Salud puede decidir de acuerdo a criterios si el presupuesto participativo se realizará en todo el territorio del Servicio de Salud o en parte de éste, pudiendo considerarse como marco de referencia, los determinantes de la salud, condiciones de inequidad, la vulnerabilidad social, el perfil epidemiológico y demográfico, existencia de alianzas estratégicas con otros actores del territorio, existencia de redes de participación, entre otros.

- Definición de Territorios donde se localizará el ejercicio de presupuestos participativos aplicando los criterios definidos previamente.
- Diseño de una estrategia de capacitación tanto al interior del Servicio de Salud como de la comunidad, que considere tanto aspectos vinculados con ejes temáticos definidos como con aspectos metodológicos de los PPS y otros temas definidos en forma conjunta.
- Diseño de un Plan Comunicacional para apoyar todo el proceso de ejecución del Presupuesto Participativo, que permita ampliar la convocatoria, los niveles de información, que asegure la transparencia y que contribuya a motivar a un número significativo de personas y miembros de la comunidad local, que facilite la identificación y pertinencia cultural de la iniciativa.
- Diseño del Plan de ejecución del Presupuesto Participativo considerando plazos, costos, responsables, principales actividades para lograr los objetivos.
- Implementación de Capacitación Interna.

## **II Etapa: Ejecución de los Presupuestos Participativos en Salud**

Superada la primera fase, es posible iniciar la ejecución de los PPS, realizando actividades entre las cuales pueden destacarse:

- Convocatoria a la comunidad: se realiza una convocatoria amplia a organizaciones sociales, representantes de Consejos de Usuarios, Consejo Consultivos, Consejos de Desarrollo de Hospitales, agrupaciones de usuarios y ciudadanos en general.
- Asambleas territoriales: Se desarrollan asambleas territoriales para dar a conocer a la comunidad el marco presupuestario, los ejes temáticos, mejorar el plan de ejecución del Presupuesto Participativo, definir criterios de priorización de propuestas y elegir a los delegados para la selección de dichas propuestas.
- Capacitación a los Delegados: Se desarrolla una capacitación a la comunidad que contempla aspectos vinculados con el marco conceptual y operacional del Presupuesto Participativo, metodología para la elaboración de propuestas, criterios técnicos para el análisis de factibilidad de las propuestas, entre otros.

- **Elaboración de Propuestas:** Los delegados capacitados participan en la asamblea territorial correspondiente para orientar la elaboración participativa de las propuestas.
- **Análisis de factibilidad:** Las propuestas presentadas son analizadas técnicamente por profesionales del Servicio de Salud en conjunto con los Delegados para identificar la factibilidad de su implementación y sustentabilidad.
- **Votación en asamblea de delegados y priorización:** Se desarrolla una asamblea de delegados en la que se presentan las propuestas y se priorizan de acuerdo a criterios previamente definidos.
- **Ejecución de Proyectos:** El Servicio de Salud ejecuta los proyectos seleccionados por la asamblea de delegados.
- **Conformación de equipos para el seguimiento de proyectos:** En asamblea de Delegados se definen los mecanismos para el seguimiento conjunto de la ejecución de los proyectos.

### **III Etapa: Evaluación y sistematización.**

Esta modalidad o práctica participativa junto con la planificación estratégica basada en diagnósticos participativos constituyen ejemplos de estrategias impulsadas desde el Estado que pueden contribuir mayormente al desarrollo de capacidad ciudadana para incidir en lo público a través de la toma de decisiones ya sea sobre inversión y gasto en salud como en la definición de metas sanitarias.

Es así como, esta herramienta de trabajo en participación social, estaría señalando una nueva forma de relación en que los actores sociales y comunitarios, desde el diagnóstico de salud local/territorial, así como desde el diseño a la evaluación de las intervenciones, participan activamente y en una relación “horizontal” con los equipos técnicos, decidiendo el destino de parte del presupuesto asignado y generando capacidades y ciclos virtuosos de aprendizaje colectivo tanto para los ciudadanos como para los equipos de salud involucrados.

A partir del desarrollo de esta reciente experiencia del sector salud en la implementación de Presupuestos Participativos, se propone realizar una investigación descriptiva, que comprenda el período 2007 – 2010, que represente la experiencia de implementación de tres Servicios de Salud de la región Metropolitana, incluya la mirada de diversos actores (desde la política pública a la implementación práctica de generar recomendaciones para los próximos períodos.

#### **CAPITULO IV**

#### **LAS CONDICIONES SOCIALES, POLÍTICAS E INSTITUCIONALES EN QUE SURGEN LOS PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS EN SALUD**

## **1. LA REFORMA DE SALUD Y LOS PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS.**

Para los entrevistados, gran parte de las condiciones políticas e institucionales que posibilitan el desarrollo de los Presupuestos Participativos en Salud, tienen su contrapartida en la reforma de salud, a través de los cuerpos legales para el funcionamiento de la Autoridad Sanitaria y las Redes Asistenciales, que entran en vigencia a partir del año 2004. Estas bases legales instauran la creación y establecen el funcionamiento regular de mecanismos de participación ciudadana en los distintos órganos de la administración pública de salud.

Lo anterior derivó en la instalación, en toda la red de salud, de las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS), los mecanismos vinculados al accountability, como las cuentas públicas, cartas de derechos ciudadanos, la consolidación de los consejos de desarrollo en la red de Atención Primaria de Salud (APS), la constitución de los Consejos de Usuarios en la red de FONASA y Consejos Consultivos en las direcciones de los Servicios y SEREMIS de Salud, entre otros, respondiendo así, a las políticas de Modernización del Estado que se impulsan, transversalmente, en toda la administración pública del Estado de Chile.

En los Servicios de Salud, una de estas instancias corresponde a los Consejos Consultivos que deben funcionar a nivel de las direcciones de los Servicios de Salud, con el propósito de incluir la opinión de los usuarios/ciudadanos en sus planes de gestión institucional tanto en su formulación como en su evaluación anual.

Para responder a estas nuevas exigencia institucionales, los Servicios de Salud crean estructuras departamentales y definen funciones que deben desempeñar unidades técnicas con profesionales de salud que, desde esos nuevos espacios institucionales; diseñan e implementan una serie de estrategias orientadas a lograr unan mayor conexión con los ciudadanos y responder así, de un modo más eficiente, a sus demandas y expectativas.

En este contexto, los entrevistados reconocen que la materialización de la reforma de la salud en diferentes medidas institucionales, destinadas a favorecer una mayor conexión de las políticas públicas de salud con la ciudadanía, favoreció el proceso de instalación de los Presupuestos Participativos en Salud (PPS).

Así mismo, se identifican otros factores en las condiciones institucionales que posibilitaron la instalación de los PPS como mecanismo de Participación Ciudadana. Además de la Reforma de la Salud, se mencionan las exigencias que realiza el gobierno central en materias de modernización de la gestión pública, demandando la inclusión de la visión de los ciudadanos/usuarios de servicios en los procesos de gestión institucional en una relación de colaboración y control social, y no sólo como destinatarios de políticas o programas.

En ese contexto, se identifican los Instructivos Presidenciales, iniciados por el Presidente Ricardo Lagos Escobar el año 2001, como el comienzo de la institucionalización de programas y estrategias de participación ciudadana en la gestión pública de salud, ya que se tradujo, en una serie de compromisos de los Ministerios y Servicios Públicos con sistema de monitoreo asociado para su cumplimiento.

Así mismo, también es mencionado el Instructivo de Participación Ciudadana de la Presidenta de la República Michelle Bachelet Jeria, como un hito importante, ya que mandata a los Ministerios a generar una *Norma General de Participación Ciudadana* que otorgue sustento institucional a esos compromisos y mecanismos de participación que han logrado mayor desarrollo en el plano del acceso a la información, la participación en la gestión, diversidad y no discriminación.

Al respecto, el sector salud sería un caso destacado en el esfuerzo de profundizar ciertas experiencias de involucramiento efectivo de la ciudadanía en los procesos de gestión de servicios de salud.

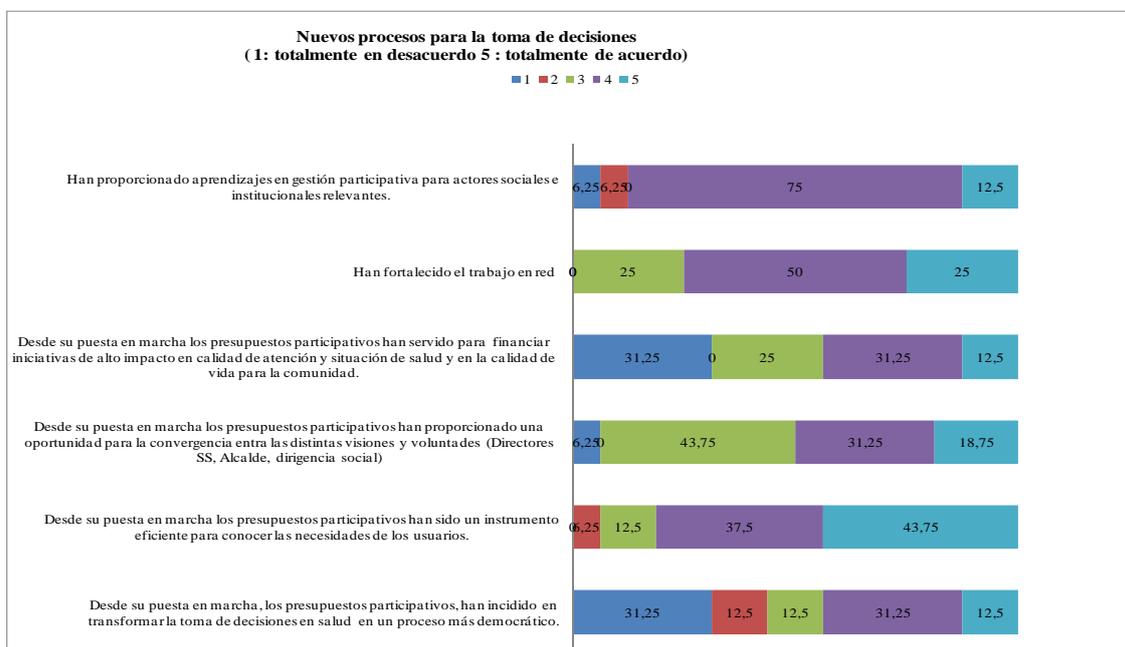
*“En todas la evaluaciones que yo conozco, dicen que el ministerio de salud fue el que más avanzó de todos los ministerios en desarrollar participación social aunque el que está metido adentro puede decir que es insuficiente, es menos de los que uno*

*esperaba... pero comparativamente, lejos, fue el que más avanzó en esto”* (Encargado Participación Servicio de Salud).

Al ser consultados, por la efectividad de estos distintos mecanismos y estrategias en Participación Ciudadana en salud, los presupuestos participativos, son identificados como una de las estrategias que logran una mayor incidencia de la población usuaria en la definición efectiva de servicios y prestaciones de salud, permitiendo con ello un mayor impacto en la salud colectiva de la población y un mayor nivel de pertinencia de las intervenciones de la red de salud pública en los territorios, abriendo con ello, nuevos procesos para la toma de decisiones.

En el siguiente gráfico se muestra los nuevos procesos que se desencadenan a través de la estrategia de presupuestos participativos.

**Gráfico N° 1: Nuevos procesos para la toma de decisiones. Presupuestos participativos.**



Fuente: Elaboración propia en base a encuesta autoaplicada

En el gráfico anterior se muestra que el 68,25 % - apreciaciones 4 y 5- de los entrevistados afirman que el presupuesto participativo ha permitido influir en otros

ámbitos de la vida comunitaria, como también las normas de autocuidado y de conciencia de corresponsabilidad en salud.

## **2. LAS ORIENTACIONES DEL NIVEL CENTRAL PARA EL DESARROLLO DE PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS.**

Se señala también, como un hito importante del proceso de instalación, las orientaciones técnicas que formula el Ministerio de Salud el año 2006, dirigida a los cuerpos directivos de los Servicios de Salud y equipos técnicos, con el propósito de incorporar esta herramienta (los PPS) para generar procesos de deliberación ciudadana en la búsqueda de una gestión más abierta a la opinión ciudadana y conocer propuestas de la población usuaria que influyan en la gestión de los Servicios de Salud.

Según estas orientaciones, los entrevistados manifiestan que los Presupuestos Participativos en Salud estarían orientados a desencadenar, deliberadamente, un ejercicio de ciudadanía en salud, generando con ello, un nuevo espacio para la incidencia ciudadana en la gestión institucional, ejercicio que se debe traducir en la expresión concreta de demandas que aluden a “derechos” en cuanto al acceso y goce de un servicio público y a “deberes” respecto al involucramiento personal y colectivo en proyectos de bien público que se logra a través de una relación de diálogo y deliberación con autoridades y funcionarios públicos de la red de salud.

En ese marco, se da a conocer la experiencia del Servicio de Salud de Talcahuano como un modelo de trabajo que logra altos niveles de éxito y se define un sistema de pasantías a esta ciudad de la región del Bío Bío, para que los interesados de otros Servicios de Salud, puedan viajar allí y conocer en terreno los avances y evidencias de su resultado tanto a nivel de la comunidad como a nivel de la estructura institucional constituida en torno a este mecanismo de participación ciudadana.

*“Fue esto a través de que Nora Donoso del Ministerio de Salud que hizo una conversación con el director del servicio, con el doctor Olguín en ese momento, a fines del año 2006, contándole de esta estrategia y motivándolo a que pudiéramos nosotros*

*incorporarnos en términos de que habían algunas condiciones. Ella veía desde el ministerio que este servicio tenía algunas condiciones como para hacerlo. Entonces con esta conversación, es que el director del servicio me lo comenta como encargada del tema, que lo veamos y después vinieron las pasantías para conocer las experiencias que ya estaban instaladas en el país y nosotros nos inscribimos en Talcahuano que eran los pioneros. En ese momento el director considero que también tenía de ir alguien de la comunidad a Talcahuano a conocer la experiencia” (Entrevistada Servicio Salud Metropolitano Oriente)*

Es así como, los Directores de los tres Servicios de Salud, que forman parte de este estudio, dadas las recomendaciones Ministeriales y las evidencias de buenas prácticas en la materia, con pares, Directores de Servicios de Salud, funcionarios y comunidad usuaria, de esas experiencias pilotos, empoderados en el proceso participativo, deciden destinar parte de su presupuesto anual, montos que van entre \$ 50 y \$90 millones de pesos para iniciar la instalación de los presupuestos participativos.

En las entrevistas analizadas, es posible constatar que la implementación de los PPS, se asienta en estas medidas institucionales, que al ubicarse en los diferentes niveles territoriales y de prestación de servicios de salud, es posible construir varios de los canales para el trabajo con la comunidad organizada en estos espacios.

Lo anterior, va a posibilitar un soporte normativo y referencial importante que influirá fuertemente en la disposición de directivos y funcionarios para incorporar este mecanismo de participación que, tal como lo expondremos más adelante, avanza en la gradiente de participación hacia dimensiones más inclusivas y deliberativas en cuanto a la posibilidad de los ciudadanos de incidir en los diagnósticos de salud y decidir sobre medidas concretas vinculadas a problemas de salud, sentidos por la población usuaria y que, en la mayoría de los casos, tienen su contrapartida en el tipo de relación individual y colectiva de los ciudadanos con las prestaciones y servicios de salud instalados en la red asistencial.

### 3. LA HISTÓRICA RELACIÓN DE LA POBLACIÓN CON LA INSTITUCIONALIDAD DE SALUD.

Así mismo, junto a reconocer la importancia de los mecanismos institucionales creados en el marco de la reforma de salud y de las políticas de modernización del Estado que impulsa el gobierno central, también se reconoce que, históricamente, han existido redes sociales organizadas en torno a los servicios de salud, como queda de manifiesto en el siguiente texto:

*“...La propia ley de la reforma indica que los directores de los servicios de salud están mandados a generar instancias de participación a modo de consejos consultivos de usuarios...donde históricamente nosotros recuperamos una historia que era anterior a eso... con otros nombres... redes amigables... desde los años 60 existían redes comunitarias, consejos de salud, consejos de desarrollo local...”* (Entrevistado Servicio de Salud Metropolitano Occidente).

A lo anterior, se asocia, un elemento histórico sobre el significado de la salud como un derecho de las personas, derecho que tendría una mayor instalación en la conciencia colectiva de la población respecto a otros derechos sociales, lo que impondría mayores exigencias al sector salud, respecto a otros sectores de políticas públicas, dadas las expectativas ciudadanas.

*“Existe una base de participación social en salud que también nos ponía expectantes con respecto a otros ministerios y es que históricamente, la salud y la previsión y protección social en Chile (años 30 o 40) se creó, no por iniciativa del estado, las mutuales, los seguros obreros, por ejemplo... fueron las organizaciones de artesanos... y fueron armando el seguro social y el ministerio de salud, el sistema nacional de salud se formó juntando todo eso que había creado la sociedad civil. De ahí hay una tradición donde en salud hay una impronta cultural que está en la gente, que es doble, es necesario y es de derecho participar en salud”* (Entrevistado Servicio de Salud Metropolitano Occidente).

Es posible apreciar, entonces, que la instalación de los PPS, encuentran terreno fértil en los nuevos marcos institucionales que establece la reforma de la salud, en las políticas de modernización del Estado que impulsan los gobiernos, así como en la histórica relación del sector salud con las redes sociales y comunitarias.

Estos componentes contextuales que surgen de las reflexiones de diferentes actores que protagonizaron esta experiencia participativa, servirán de base para el impulso de los Presupuestos Participativos en Salud que, es definido por los propios entrevistados, como una de las experiencias más recientes en el sector salud que logran avanzar, con altos grados de éxito, en una mayor democratización de la información sanitaria, control social sobre la gestión de la institucionalidad de salud y calidad de los servicios, principios orientadores de la reforma sanitaria. Al respecto, nos plantean:

*“el presupuesto participativo se ubica dentro de uno de las instancias que ofrece mayor grado de participación social. Porque se define como una estrategia que permite a los usuarios o destinatarios de las políticas públicas participar de la toma de decisiones sobre los recursos públicos”* (Entrevistado Servicio de Salud Metropolitano Oriente)

#### **4. OBSTACULOS PARA LA INSTALACIÓN DE LOS PPS.**

##### **4.1. Concepción tradicional de la salud.**

Así mismo, a pesar del reimpulso a la participación ciudadana, que establece la reforma sanitaria en el plano formal e institucional, se da cuenta de ciertas dificultades que estarían ancladas a una concepción tradicional de la salud, marcada por el paradigma biomédico que privilegia una relación asistencialista/paternalista de los equipos de salud para con la comunidad usuaria y/o beneficiaria de servicios, lo que se impone como un gran obstáculo a la hora de plantearse un trabajo con la comunidad en el marco de un proceso deliberativo – democrático que implica relaciones horizontales y de inclusión en discusiones y reflexiones, generalmente, reservada a los equipos directivos y profesionales..

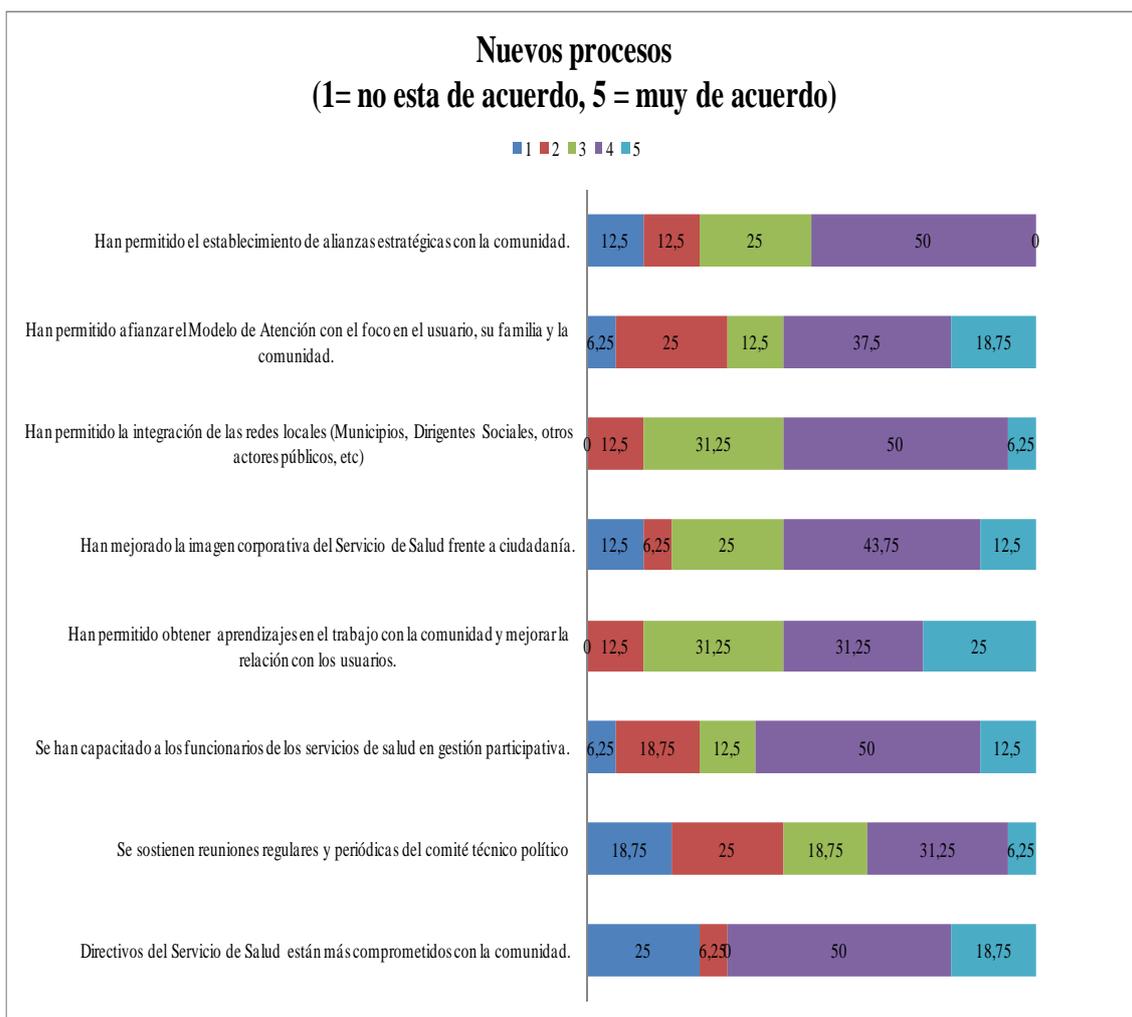
Por ello, expresan los entrevistados, no sería suficiente, pensar ni suponer que el tema está relevado en la institucionalidad de salud (autoridades, directivos, profesionales de salud en general, técnicos y administrativos) sólo por el hecho de que existe la función escrita (marcos legales, instructivos, normas técnicas, ordinarios, circulares, etc.).

*“se tiende a pensar que el usuario no tiene mucho que opinar sobre su gestión, no tiene argumentos, no tiene antecedentes y no tiene por que evaluarlos... Esa es la resistencia más grande que está... no sólo en directivos... en niveles asistenciales, en la tradición... digamos además que esto no pasa en ninguna malla curricular de las carreras de la salud... tal vez en trabajo social....”* (Entrevistado Servicio de Salud).

Por otro lado, se desprende del análisis de las entrevistas, que la participación de la ciudadanía en salud, ha estado circunscrita al campo de la corresponsabilidad de la salud que pone el acento en los estilos de vida, desde una concepción salud-enfermedad y que no interpelan a la institucionalidad pública de salud en cuanto a su concreción o realización, pues finalmente, quedan situados en el plano de las decisiones individuales (cambios conductuales).

Contraviniendo lo anterior, en este sentido, los PPS vienen a contribuir a generar nuevos procesos. El siguiente gráfico ilustra esta situación:

## **Gráfico N° 2: Nuevos procesos.**



Fuente: Elaboración propia

De lo anterior se colige que debe existir un cambio de paradigma asociado al cambio en las condiciones acerca de los enfoques tradicionales de la medicina. En efecto, podemos apreciar que existen distintos atributos como son la constitución de las alianzas estratégicas y otras que permiten a los usuarios afianzar un modelo de salud con enfoque familiar y comunitario.

#### **4.2. Los PPS demandan superar el paradigma biomédico, tradicional, burocrático, jerarquizado y paternalista del sector salud.**

Los entrevistados afirman que, superar el paradigma biomédico tradicional, demandaría, iniciar distintos procesos orientados a un cambio de paradigma que incorpore como marco referencial el enfoque de derechos en salud, que promueve la reforma a través del Plan Auge, al establecer garantías explícitas en salud, donde el ciudadano puede incluso, interpelar judicialmente al Estado cuando la institucionalidad de salud, no cumple con estas garantías y por lo tanto, se transgrede un derecho que el Estado está obligado a reparar.

Por lo tanto, la reflexión apunta, a que este enfoque de “derechos en salud”, se constituye en una oportunidad para superar el modelo tradicional de respuesta de satisfacción a necesidades, ampliando y profundizando la concepción de ciudadanía, al promover con ello, una nueva relación de las personas con la institucionalidad pública de salud, donde los usuarios, en tanto ciudadanos, pasan a ser sujetos titulares de derechos exigibles y donde las necesidades pasan a expresar derechos vulnerados que la propia ciudadanía deben ser capaces de reconocer, exigir y gestionar desde sus realidades cotidianas en una relación directa y horizontal con la institucionalidad pública de salud.

De esta manera, se plantea que el primer esfuerzo que se debe emprender es superar el importante déficit de información sobre la gestión de los Servicios de Salud que posee la población usuaria.

*“Es que este diferencial de información que hay entre el usuario y el prestador es muy grande, o sea, cuando uno va a un supermercado y compra chocolates no necesita un curso de chocolatería, es un gusto personal y si no te gusta el producto lo deshechas y cambias, pero el producto salud tú no puedes...”* (Entrevistado Servicio Salud).

#### **4.3. Los directivos de los servicios de salud en el PPS.**

Para la mayoría de los entrevistados, ha sido un proceso complejo sumar a los cuerpos directivos de los Servicios de Salud, no obstante, es lo primero que se debe hacer ya que son ellos quienes, finalmente, toman la decisión, de destinar parte del presupuesto anual para trabajarlo con la comunidad.

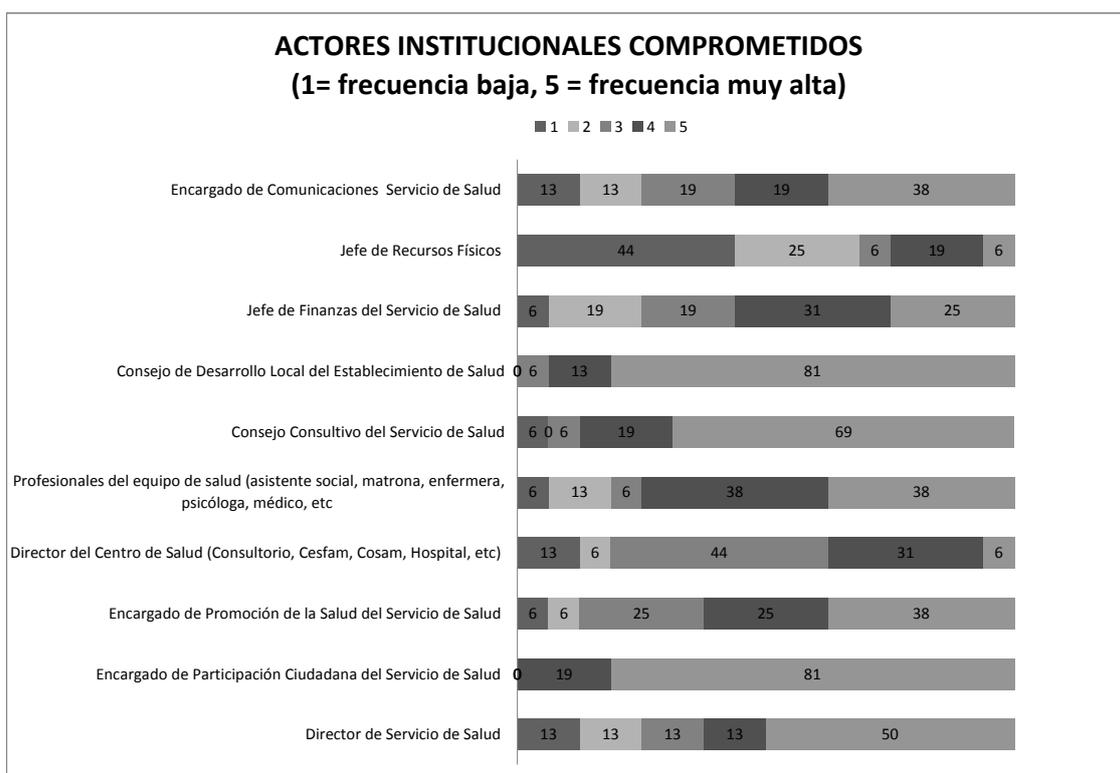
Desde el nivel central del Ministerio de Salud, se lograron definir instancias de formación y capacitación para los directivos en gestión participativa en salud a través de un diplomado, en coordinación con un proyecto de cooperación internacional que se gestiona con la Comunidad Europea. No obstante, esta posibilidad concreta de realizar cambios en las concepciones de participación ciudadana en salud de los directivos y avanzar con ello, hacia una gestión más abierta a la ciudadanía desde la concepción de los Estados Modernos, no logra, finalmente los resultados esperados. Esto, queda de manifiesto en la siguiente opinión:

*“Se invito a 150 directivos a participar en el diploma y fueron a la primera y después delegaron en un subordinado... en el jefe de participación... porque es una cosa, en la escala de sus prioridades, que ocupaba mucho tiempo y era pasa hacer algo muy puntual. Aquí hay una estrategia que desde el ministerio falló, era bien intencionada, estaba bien dirigida, estaba bien pensada, pero falló. De ese diploma egresamos la mitad y directivos tres. La instalación a nivel directivo fue débil”* (Entrevistado Servicio de Salud).

Sobre lo anterior, expresan, que aún priman las concepciones tradicionales o burocráticas acerca de la gestión en la administración del Estado. En efecto, en los primeros momentos de la implementación de los PPS, los directivos lo asocian a un proyecto más, en que la comunidad usuaria será “beneficiada”, siendo difícil para ellos, comprender, que uno de los propósitos centrales planteados en las orientaciones ministeriales, es avanzar en la democratización de las decisiones en salud, incorporando a la ciudadanía en un ejercicio deliberativo sobre el destino y/o inversión de una parte del presupuesto anual del Servicio de Salud que dirige.

“...no es un proyecto a parte de lo que tú gestionas habitualmente, lo que queremos instalar es un nuevo modelo de gestión, por lo tanto esto no es un proyecto a parte... de promoción o de prevención donde lleve un presupuesto ad-hoc, es del presupuesto habitual que tu recibes y que tu gestionas y te estamos pidiendo que una parte de ese presupuesto, una mínima parte... la gestiones de una manera diferente a como gestiones todo lo otro” (Entrevistado Servicio de Salud).

**Gráfico N° 3: Compromisos de los actores.**



Fuente: Elaboración propia

Esto se ve reflejado por parte de los encuestados, en las valoraciones con las que describen el grado de compromiso de los actores institucionales donde los representantes de los servicios de salud, relacionados a las disciplinas económicas, como son los jefes de recursos físicos y de finanzas, su valoración es menor, que aquellos vinculados a la participación ciudadana, que es un nexo entre la institución y la ciudadanía, y que por lo tanto, son en quiénes ha recaído gran parte del esfuerzo en instalar los dispositivos de los presupuestos participativos.

En esto, la concepción tradicional y paternalista de la participación ciudadana, que persiste en los equipos de salud y en sus directivos, impone la supremacía del criterio de expertos y/o conocimiento técnico – sanitario, en desmedro de la incidencia de la ciudadanía en las decisiones pública. Bajo este paradigma, propio de las concepciones burocráticas, muy ancladas en las culturas organizacionales de la administración del Estado durante el siglo XX, sitúa la participación de la sociedad civil en el plano de la recepción pasiva de beneficios del Estado.

Es así como nos encontramos, incluidos los últimos gobiernos de la concertación de partidos por la democracia, con posiciones más avanzadas, pero que, dentro de esta misma concepción, otorgan a la ciudadanía roles de validación y de colaboración en las fases de implementación de las políticas públicas, y en la eventualidad de incorporar a algún actor social en este proceso decisorio, es presentado como una “concesión”, de la cual, la autoridad puede prescindir en cualquier momento.

En los últimos años, se ha puesto un mayor acento, en los niveles de información y consulta ciudadana, sin embargo, las estrategias de participación ciudadana en salud no logran trascender en una incidencia real y efectiva en los niveles de decisión de las políticas públicas en salud, quedando esta responsabilidad, delegada fundamentalmente, en la experticia técnica, desplegada en la matriz institucional del sistema público de salud.

*“No, nadie opina: se utilizan otras estrategias de coordinación de red asistencial pero en las que no había participación determinante de los usuarios y en donde cada vez que se genera esa instancia el estamento técnico vuelve a llevarlos a lo que conoce que es: la discusión técnica... las especialidades... del desarrollo de la especialidad... del dato epidemiológico duro o el dato que se usa poco, de prestaciones atendidas, oferta demanda. Entonces tú tomas las decisiones con directivos, a veces consultas de la red, tienes una reunión periódica con el hospital, atención primaria ya tiene una ley particular por lo tanto más bien ahí negocias que acuerdas. ¿Y los usuarios qué opinan de lo que tú estás gestionando, que son varios millones?...”* (Entrevista a integrante del Comité Técnico Político)

La preeminencia de esta concepción de la participación ciudadana en salud determina o condiciona, en gran medida, la vigencia de una cultura clientelar en las relaciones entre la población usuaria y la estructura institucional del aparato público de salud. A través de este tipo de relaciones, la ciudadanía puede acceder a beneficios de información, bienes o servicios que concede la administración pública a cambio de validar y/o respaldar la gestión institucional de turno o la implementación de una determinada política que han decidido llevar a cabo la autoridad.

Una de las dificultades importantes que enfrentaron los Presupuestos Participativos en salud, fue la vigencia que este tipo de prácticas tienen hasta el día de hoy y que se expresan, claramente, en el tipo de relaciones entre establecimientos de salud y población usuaria, que participa en Consejos de Desarrollo de los Establecimientos de Atención Primaria o Consejos Consultivos de los Hospitales. Al respecto, señalan los entrevistados, cuando se refieren a las primeras etapas de implementación del PPS.

*“Fue muy duro, hubo un momento en que se produjo un conflicto entre la atención primaria y los hospitales... entonces descubrimos que había clientelismo de los dirigentes, es decir, el dirigente del hospital defiende su hospital y el dirigente de atención primaria defiende su atención primaria, su consultorio y por lo tanto cuando tu pones la posibilidad de discutir sobre en qué cosa es mejor gastar esto... la primera discusión no es con altura de mira si no que es: tengo que tratar de llevar el máximo de esta plata para lo mío. Esto no sólo atravesó a los usuarios si no que después los usuarios fueron inducidos por los equipos de salud a esta pelea. Porque la lucha por el poder existe... mi territorio, mi jefatura... aquí no se viene a meter el servicio... yo decido las cosas aquí...”* (Entrevistado Servicio de Salud).

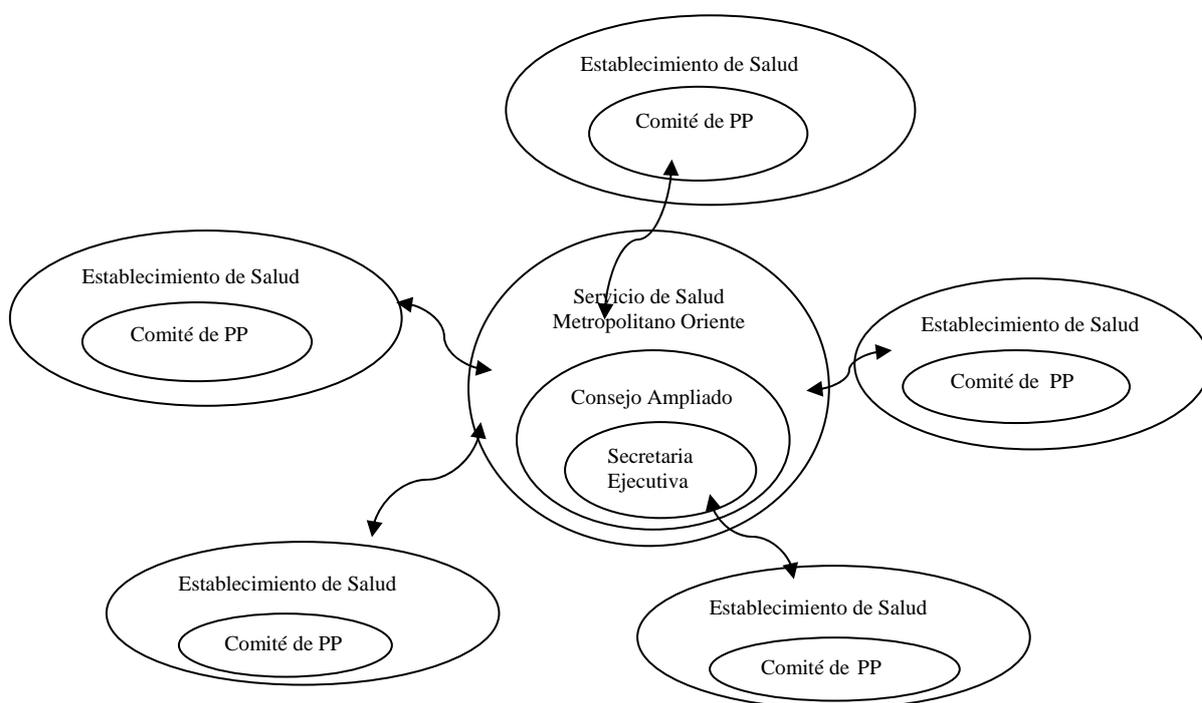
## **5. MODELOS INSTITUCIONALES PARA EL DESARROLLO DE LOS PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS**

El modelo de implementación de los presupuestos participativos es diferente, dependiendo de las complejidades sociales, culturales y territoriales de la población usuaria adscrita a un servicio de salud determinado.

En el caso del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, la decisión de directivos, funcionarios y dirigentes comunitarios representados en el Comité Técnico Político del Consejo de Participación del Servicio, es implementar el presupuesto participativo en el conjunto de la red asistencial de salud constituida en todo el territorio jurisdiccional del Servicio de Salud.

Los espacios territoriales, en este modelo de implementación, no corresponderá a las “comunas” como unidades territoriales para el ejercicio participativo, sino más bien a la jurisdicción territorial de cada uno de los establecimientos de salud que participaran voluntariamente del proceso a través de su propia institucionalidad participativa (Consejos de Desarrollo Local, Consejos Consultivos, Oficinas de Información Reclamos y Sugerencias), delimitación territorial que no necesariamente coincide con la de las comunas, abarcando población, eventualmente, del área territorial de más de una comuna.

### Esquema N°1: Modelo de trabajo en red del Servicio de Salud Metropolitano Oriente.



Fuente: Elaboración propia

En cambio, en el caso del Servicio de Salud Metropolitano Occidente, dada la dispersión geográfica y un porcentaje importante de su población beneficiaria en sectores rurales como la Provincia de Melipilla y Talagante, determinó definir unidades comunales y provinciales para la gestión del proceso y en la fase final del proceso deliberativo, circunscribir la participación a la base social organizada de la red de salud, representada en Consejos de Desarrollo Local, de usuarios de la red de hospitales y centros de atención primaria de salud y organizaciones territoriales y funcionales representativas de las realidades comunales.

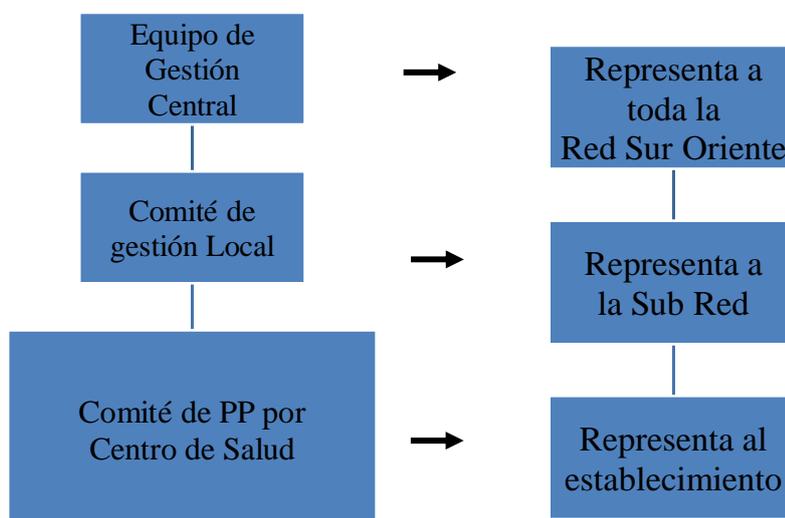
Es por ello que, se diferencia con el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, en cuanto al proceso electoral o votación popular de las iniciativas, no pudo ser abierto a la población general, dada la dispersión geográfica y los altos costos de traslados y de medios de información para abordar todo el territorio y por lo tanto garantizar equidad en el acceso a la información de toda la población.

“Claro, y en esos lugares pedimos que convocaran a las juntas de vecinos, a quienes era sus interlocutores, esta fue nuestra forma de ampliar. Ellos indagaban y subían información pero los que finalmente deliberaban eran los dirigentes de los consejos, pero obligamos a que consultaran a sus bases. No pudimos salir a la población general, colocar carteles... porque el presupuesto era mínimo y si lo hacíamos así, también, porque creemos que es más importante discutirlo por personas interesadas que votarlo por todos...” (Entrevistado Servicio de Salud).

Por otro lado, el modelo de trabajo implementado en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, aunque también aborda toda la red, define tres “subredes” con el propósito de descentralizar el proceso participativo, dada la alta densidad poblacional en sectores urbanos y la presencia de una red sanitaria integral en cada una de estas subredes que incluye todos los niveles de atención (primaria y alta complejidad).

**Esquema N° 2: Estructura orgánica del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.**

La estructura orgánica del servicio de salud sur oriente



Fuente: Extractado de [www.ssmso.cl](http://www.ssmso.cl)

A través de esta estructura de trabajo, será posible incluir más actores y resguardar el proceso deliberativo en torno a factores territoriales y sociales comunes a esas subredes.

*“La Florida es una sub red sola como comuna porque están ahí todo lo que se refiere a atención primaria y el hospital La Florida. Después está la sub red Santa Rosa, donde están las comunas San Ramón, La Granja y La Pintana y el hospital Padre Hurtado más todos los SAPU y los servicios de urgencia comunal. Y la sub red Cordillera donde están San José de Maipo, Puente Alto y están los hospitales Cordillera, el Sótero y el hospital San José de Maipo”* (Entrevistado Servicio de Salud).

En este modelo del servicio de salud sur oriente, al igual que en los otros modelos de trabajo, la base participativa está en los Comités de Presupuestos Participativos que reúne a organizaciones sociales y comunitarias circunscritas al área territorial del establecimiento.

No obstante aquello, a diferencias de los otros modelos analizados, se constituye a nivel de las direcciones comunales de salud municipal, los Comités de Gestión Local. Estos Comités implementan los procesos de convocatoria a la base social organizada de los consejos de desarrollo local y consejos consultivos de toda la red de establecimientos de la comuna para la realización de las asambleas, que conforman una de las principales fases del proceso deliberativo (identificación de ideas y de priorización).

## **6. EL PROCESO DELIBERATIVO DEMOCRÁTICO**

### **6.1. Inicio del proceso: Convocando a la red.**

Se inicia entonces el proceso, convocando a los establecimientos de la red (hospitales y consultorios) a realizar un diálogo organizado y sistemático que demanda la creación y consolidación de una estructura de trabajo que abarca al conjunto de la red de salud, incorporando a representantes de las organizaciones sociales y de usuarios en las distintas fases de este dialogo, destinando recursos del presupuesto anual de los

Servicios de Salud y finalizando con proyectos, inversiones e intervenciones discutidas, analizados y formulados por la propia comunidad organizada en distintos puntos de la red de salud (Direcciones de Servicios de Salud, Centro Integrado de la Red Asistencial, Establecimientos de Salud).

## **6.2. Las primeras medidas para la instalación del proceso. Motivación, difusión de información y apresto.**

Las primeras medidas y actividades destinadas a la instalación del proceso participativo están orientadas al apresto, motivación y difusión de información para generar los compromisos y condiciones institucionales mínimos que se requieren. Estas son las siguientes:

- **La pasantía** realizada por profesionales de los Servicios de Salud de la Región Metropolitana al Servicio Salud de Talcahuano, experiencia que en su fase piloto de implementación, logra altos niveles de éxito, se constituye en una fuente referencial y motivacional importante para definir las bases institucionales y organizacionales que sustentarán el proceso participativo.
- **Inducción de los directivos** y otros equipos técnicos claves del proceso (Subdirector Administrativo, al Asesor Jurídico, al Jefe de Jurídica, al Jefe de Finanzas, al Jefe de Capacitación, al Jefe de la Unidad de Comunicaciones y al Jefe de Recursos Humanos) a través de recorridos por distintos establecimientos de salud que contaban con una base social de apoyo importante para la gestión de los establecimientos. Estas actividades de apresto fueron determinantes para lograr respaldo institucional, tal como expresa una de las entrevistadas:

*“...la idea era ganarse a los directivos... porque si nosotros íbamos a subir a una estrategia que estaba fuertemente arraigada en el compromiso de la comunidad, entonces tiene que haber una confianza de que esto va a ser posible y que en los fondos va a haber capacidad de gestión. Así que se hizo esa actividad”.* (Entrevistado Servicio Salud).

- **Jornadas de capacitación** y motivación para directivos de todos los establecimientos, más representantes de los equipos de salud y de la comunidad organizada, realizadas con el objetivo de dar a conocer la estrategia, responder inquietudes y sumar compromisos.
- **Constitución del Comité Técnico – Político:** Este comité lo integran distintas unidades técnicas que cumplirán distintos roles en la supervisión, acompañamiento y asesoría técnica de las distintas fases del proceso. Dentro de este grupo de trabajo, se constituye un equipo gestor/operativo, asumiendo funciones de “Secretaría Ejecutiva” del Comité, que en una fase posterior, una vez que logra resolver ciertos consensos institucionales, incorpora a representantes de la comunidad que, en igualdad de condiciones, aportan en la dirección, control y evaluación del proceso.
- **Comité de Presupuestos Participativos o Grupo Gestor por Establecimiento.** Las orientaciones elaboradas por la Secretaría Ejecutiva del Comité Técnico Político establecen que, en cada uno de los establecimientos de la red, se debe constituir un equipo gestor, integrado por tres actores claves; por miembros de la comunidad organizada, por funcionarios y directivos de los establecimientos. En el caso de los representantes de la comunidad, el 100% de ellos, corresponden a dirigentes sociales que participan, históricamente, de los Consejos de Desarrollo de los establecimientos (CDL) de salud tanto de Hospitales como de Consultorios o Centros de Atención Primaria.

### **6.3. El proceso para la definición de los ejes temáticos: Centrando el debate.**

El primer paso metodológico para abrir el proceso deliberativo que surge de la interacción entre los tres actores claves del proceso (directivos, funcionarios y comunidad) corresponde a la definición de ejes temáticos, decisión surgida en el marco del debate del Consejo Ampliado del Comité Técnico Político.

El Comité Técnico Político, selecciona diferentes ejes temáticos, sin embargo, las ideas, susceptibles de transformarse en proyectos, que presente la comunidad en estos ejes, deben responder a los siguientes criterios:

- **Las ideas deben ser “replicables”**. Esto implica que las ideas no sólo se implementarán en el área social e institucional de donde surgieron, sino que, deben ser también implementadas en otros establecimientos de la red de salud, superando la lógica de fondos concursables.

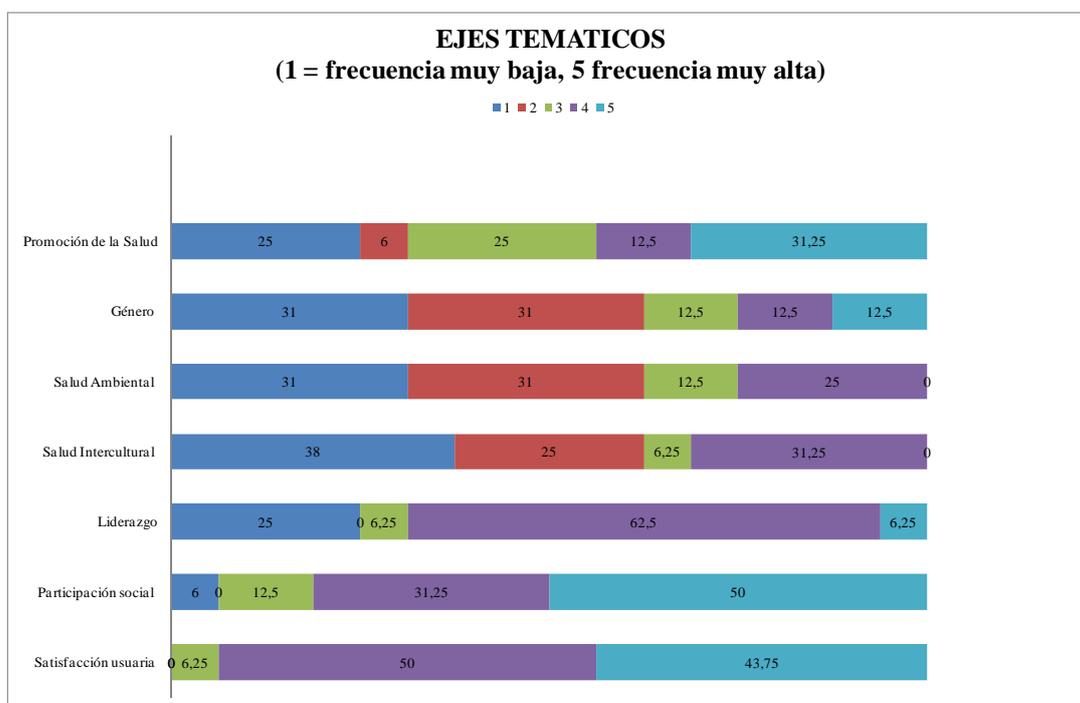
*“La solidaridad, que aportaba a las replicas. Las ideas se compartían. Fue una experiencia muy generosa porque empezó a salir lo mejor de la gente, tenían actitudes voluntarias de participación”* (Entrevistado Servicio de Salud).

- **Las ideas deben tener un carácter “sinérgico”**, es decir, deben permitir el desarrollo y/o movilización de distintos recursos existentes tanto en la comunidad con en las bases institucionales, resguardando el impacto de las iniciativas en otras áreas de influencia de la red de salud más allá del establecimiento o espacio territorial específico donde estas hayan surgido.
- **Las ideas no deben tener un carácter “asistencial”**, puesto que las prestaciones asistenciales tienen una determinada cobertura y financiamiento específico por el sistema, lo que se promueve es el involucramiento activos de los actores de la comunidad en el proceso decisorio que dará lugar a la definición, deliberación y financiamiento de iniciativas concretas de carácter colectivo.
- **Los recursos no se destinarán a cubrir “déficit de infraestructura”** ni contratación de recursos humanos, problemas estructurales de la red sanitaria que deben resolverse vía proyectos de inversión a través de los procesos normales de programación presupuestaria que realizan anualmente los servicios de salud al Ministerio de Hacienda.

#### 6.4. Los ejes temáticos. Ordenado las ideas en grandes áreas.

- **Promoción y prevención:** Se consideran iniciativas vinculadas a problemas de salud colectiva de interés de las comunidades y asumidos como problemas comunes, como alcoholismo y drogadicción en jóvenes, déficit de espacios para la vida saludable, problemas de obesidad en los niños y adolescentes, espacios de integración para la vida comunitaria, etc.
- **Satisfacción Usuaria:** En este eje se consideran las iniciativas destinadas a la satisfacción de las expectativas de la población usuaria en el proceso de atención de salud. Aquí encontramos iniciativas como las del “Hospital Amigo” y todas aquellas acciones vinculadas al buen trato.
- **Participación Ciudadana:** Aquí se formulan iniciativas para ampliar los conocimientos, desarrollar habilidades y destrezas en dirigentes sociales relacionados con la capacidad de organización y liderazgo en variados temas de salud y calidad de vida de la población.

**Cuadro N°: Valoración de Ejes temáticos.**



Fuente: Elaboración propia

Respecto, a los ejes temáticos se destaca en el gráfico precedente, como un tema de mayor concurrencia la satisfacción usuaria con un 93.75% de menciones de frecuencia entre los encuestados. Se denota que los temas de satisfacción usuaria en el proceso de atención de salud viene a ser una temática central en los PP.

**El momento de la deliberación. Jornadas de trabajo, asambleas y reuniones en todos los niveles de la red (Consultorios, Hospitales, Centros de Salud Familiar (CESFAM, Postas de Salud Rural, etc.)**

*“Las mesas de trabajo hasta la más pequeñita, son espacios horizontales porque cada uno tenía un rol, porque si no estaba la comunidad, simplemente... no se hace el proyecto”* (Entrevistado Servicio de Salud).

Una vez definidos estos ejes temáticos, se da lugar a una serie de reuniones y jornadas de trabajo con la comunidad. Para ello, ya se han generado los medios para que los profesionales de salud, a cargo de la relación directa con la comunidad, y dirigentes sociales integrantes de la red de Comités de trabajo tanto a nivel de los establecimientos y de las direcciones de los Servicios de Salud, comuniquen, informen y dialoguen con la comunidad acerca de los acuerdos de implementación (ejes temáticos, fechas, recursos, instancias de deliberación y decisión, responsabilidades, etc.).

En las instancias de trabajo con la comunidad se utilizan distintas herramientas metodológicas (árbol de problemas, de soluciones, la lluvia de ideas, la discusión grupal, etc.) que permiten discutir con la comunidad el diagnóstico de salud (territorial), conocer sus propuestas en torno a los tres ejes temáticos priorizados y realizar un primer ejercicio para priorizar estas problemas y demandas y transformarlos en ideas de proyectos.

### **El momento del levantamiento de las ideas. Recogiendo los aportes de la comunidad.**

Para el momento del levantamiento de las ideas, se instalan buzones en cada una de las oficinas de los establecimientos de la red. A través de este sistema, se logran recopilar la totalidad de propuestas que surgen de la comunidad y que son analizadas, en un primer momento, por la Secretaría Técnica del Comité Técnico Político o Consejo Ampliado del Servicio de Salud.

*“Hicimos formularios para que a través de las O.I.R.S. la gente a través de buzones metiera ideas. Y dijimos de tal fecha a tal fecha, y comenzaron a llegar las ideas, llegaron más de 540 ideas, no hallábamos qué hacer con todas las ideas. Esto fue un primer impacto positivo, hay masa crítica, hay gente motivada que quiere aportar...”*  
(Integrante del Comité Técnico Político del Servicio de Salud).

Como ya hemos señalado, esta Secretaría Ejecutiva, que es de carácter multidisciplinario en términos del perfil de los profesionales de salud que participan allí y representativa de los dirigentes de la comunidad organizada en torno a la red de establecimientos donde funcionan los Comités de PPS, realizan una revisión exhaustiva de las ideas presentadas por la comunidad a través de los buzones O.I.R.S. considerando los siguientes pasos:

- **Se establece un sistema de semáforos** para calificar la pertinencia de las ideas con los ejes temáticos definidos. El resultado de este análisis será comunicado a todos los establecimientos de la red donde surgieron las ideas.
- **Se agrupan las ideas en grandes temas** y se solicita la participación de profesionales que tenían directa relación con las ideas, por ejemplo, en los proyectos que abordan el tema de alimentación, tenía que haber una nutricionista, o sobre capacitación, tenía que estar presente un profesional con competencias en esa área.

- **Las propuestas analizadas y agrupadas en grandes temas, se devuelven a los Comités de Presupuestos Participativos de los Establecimientos**, donde deben ser discutidas por la comunidad, apoyándose para esta tarea en formularios que deben ser discutidos y analizados por la comunidad en función de sus objetivos, cobertura, recursos involucrados (financieros, humanos y materiales) impactos, etc. Como resultado de este proceso surgirán los proyectos.

*“Entonces juntaron las ideas y nos mandaron proyectos. Para el envío de proyectos nosotros hicimos una capacitación en terreno por toda la red. Se presentaron 48 proyectos, tuvimos que votar los proyectos. También agrupamos los proyectos de distintos establecimientos por tema, entonces hicimos una convocatoria a esos equipos chiquititos por tema...”* (Entrevista a integrante del Comité Técnico Político del Servicio de Salud).

#### **6.4.1. La validación técnico – política.**

Antes de que los proyectos presentados por la comunidad sean sometidos a votación popular, van a una última instancia de validación técnico – política. Esta instancia corresponde al Comité Integración de la Red Asistencial (CIRA) donde los cuerpos directivos de los distintos establecimientos deben tomar conocimiento y en su caso, realizar abogacía y procesos de negociación en favor de uno u otro proyecto. En esta instancia, concluye el proceso de priorización de los proyectos.

#### **6.4.2. La votación popular.**

Finalmente, los proyectos serán sometidos a votación popular, donde todos los usuarios de los establecimientos de salud pueden sufragar, sin ningún tipo de discriminación. Este proceso es abierto, informado y transparente convocando a un gran número de personas a este proceso eleccionario.

*“Nosotros hicimos una votación ciudadana, no hicimos una votación delegada. Aquí se hizo una campaña con lienzos en la calle, con urnas de votación, con voto público, con*

*Tricel, invitamos gente del ministerio al Tricel, gente de capacitación, al Dr. Vacarezza de ética. Y se constituyeron mesas de votación...” (Jefa de Unidad de Satisfacción Usuaría Servicio Salud).*

Transversalmente, los entrevistados señalan al proceso eleccionario como un hito relevante del proceso, pues en la totalidad de los casos analizados, logran una alta concurrencia ciudadana a votar en las urnas las iniciativas y una eficiente organización del proceso de votación en cuanto a su transparencia, eficiencia y legitimidad. Al respecto los entrevistados manifiestan:

*“Nosotros salimos con el director del servicio a ver el proceso de votación y quedé impresionado porque la gente fue muy ordenada, con urnas, mesas de votación, votos, los delegados miraban que votaran bien. Teníamos gigantografías con el nombre del proyecto y el objetivo, porque la gente tenía que saber qué estaba votando. Nos encontramos con cosas muy interesantes como que el establecimiento hacía propaganda para que la gente votara por los proyectos que ellos habían formulado...”*  
(Entrevista a integrante del Comité Técnico Político del Servicio de Salud).

## **7. LOS RESULTADOS DEL PROCESO DELIBERATIVO DEMOCRATICO**

### **7.1. La participación de la comunidad como una constante en todo el proceso.**

Junto a los altos niveles de participación logrados en la contienda electoral de proyectos de salud, lo que le otorga legitimidad al proceso desarrollado, el Comité Técnico Político que analiza la globalidad del proceso, emprende acciones que permitan una adecuada ejecución de las iniciativas, resguardando la participación ciudadana en esta fase. Durante la fase de implementación de estas iniciativas, la comunidad seguirá desempeñando un rol activo, que en algunos casos, decidirá la continuidad de estos proyectos, transformándolos, incluso, en nuevos servicios para la comunidad.

*“El proyecto más votado fue: con una colación... con gusto me tomo mis exámenes. Consistió en entregarles una colación a todos los pacientes que se van a hacer exámenes con indicación de ayuno. Se entregaba un vaso de leche y galletas. El segundo más votado fue un taller de primeros auxilios, pero lo negociamos para que se ampliara y se formaran monitores de primeros auxilios para salir en auxilio de su población, el otro fue el rincón infantil y el otro fue el proyecto de TV y salud”* (Entrevistado del Comité Técnico Político de Servicio Salud).

Por lo tanto, es un elemento común de los proyectos más votados por la población usuaria, es que incluyen, en la fase de implementación, la activa participación de la comunidad organizada, lo que será un elemento clave durante la ejecución y para el éxito de los proyectos. En efecto, la comunidad logra un alto desempeño en capacidad de organización y compromiso con sus resultados.

*“Una cosa importante era que estas ideas no significaran comprometer recurso del establecimiento, el establecimiento no ponía, por ejemplo en el proyecto de la colación, personal destinado a la entrega. Estos proyectos comprometían que era la comunidad la que entregaba, entonces había sistemas de turnos muy puntuales y ordenados”* (Entrevistado Comité Técnico Político Servicio Salud).

## **7.2. Alto nivel de satisfacción de las iniciativas implementadas.**

Como una forma de determinar el nivel de satisfacción de cada una de las iniciativas en la población usuaria, la Secretaria Ejecutiva del Comité Técnico Político, propone al Consejo Ampliado de Participación del Servicio Salud, la aplicación de encuestas de satisfacción usuaria sobre cada una de las iniciativas implementadas junto a un balance general que implica dimensionar cuantitativamente el alcance de los proyectos ejecutados.

*“Aquí se hizo **encuesta de satisfacción**, en el proyecto de colaciones, se aplicó en 15 establecimientos, se entregaron con este proyecto 17.060 colaciones, el nivel de satisfacción que arrojó la encuesta fue de 98.6% y la modalidad de entrega fue un pack*

*de leche más galleta o de leche... algunos contrataron una máquina de expendio. El de primeros auxilios se replicó en diez, tenía un valor de un millón y medio, se capacitaron 456 personas, un nivel de satisfacción de un 100% y fue un taller teórico práctico. El TV y salud se replicó en 16 establecimientos y se instalan TV, DVD o soportes. El rincón infantil se replicó en 7 y la evaluación no fue tan feliz porque faltaba uno por instalar que ya se instaló...” (Entrevista a integrante del Comité Técnico Político del Servicio de Salud).*

### **7.3. Ideas surgidas del proceso deliberativo financiadas por otros actores institucionales.**

Es importante también destacar la constitución de bancos de ideas de proyectos que, al haber vivido todo el ciclo de identificación, priorización y deliberación ciudadana, son legítimas y representativas de los intereses de la comunidad aunque finalmente no hayan logrado la cantidad de votos que requería su aprobación. Sin embargo, será posible gestionarlos en otros espacios institucionales que trascienden las redes de salud, movilizando otros recursos y actores institucionales que no estaban contemplados por el Servicio de Salud inicialmente.

*“Por ejemplo en Barnechea, se planteó la idea de que los baños del establecimiento tuvieran mudadores, resulta que ellos (los dirigentes) lo plantearon en el municipio y consideraron que era una muy buena idea y lo implementaban ellos.” (Entrevistados Servicio de Salud).*

### **7.4. La continuidad de las iniciativas.**

Otro componente importante de analizar en esta fase de resultados, es la continuidad de estas iniciativas en términos los altos niveles de aceptación que logran en la población usuaria. Estos proyectos ejecutados no sólo consistían en la adquisición de bienes, sino que también, en servicios acotados en el tiempo, que para su continuidad requieren de un financiamiento estable. Aunque no es el caso de la mayoría de los proyectos votados, es interesante analizar esta situación, pues, las iniciativas y/o proyectos de estas

características demandan la movilización de la comunidad y logran instalar servicios que trascienden el tiempo de vigencia para el cual fueron formulados y aprobados. Esto se logra a través de gestiones que los propios líderes comunitarios realizan con los municipios.

*“Hay algunos dirigentes que se movilizaron antes, que entendieron claramente el mensaje inicial que esto no iba a ser de continuidad. Ellos empezaron a hacer negociaciones antes. Algunos ya tenían medio palabreados al municipio, hubo dirigentes que llevaron a los Directores de Desarrollo Comunitarios (DIDECOS) a mostrarles... entonces se comprometieron que no iba a acabarse este año...”*  
(Entrevista a integrante del Comité Técnico Político Servicio de Salud)

La movilización de recursos de otros actores claves en el territorio, como los municipios, la continuidad de algunas iniciativas que finalmente se transforman en nuevos servicios para la comunidad usuaria y gestionados por los propios líderes sociales y la participación de la comunidad en la fase de implementación de los proyectos, indican una percepción positiva del proceso y sus resultados, tanto a nivel de los profesionales de salud involucrados como de la red de dirigentes sociales y sus organizaciones de base. Al respecto, precisan:

*“Nosotros hicimos la evaluación del proceso y la comunidad, esta gente que está implicada desde el comienzo, decían que esto era tan bueno, que la gente se iba a poner contenta, que era gratificante... esto no lo podemos cortar, debemos seguir...”*  
(Entrevista a integrante de Comité Técnico Político Servicio de Salud Metropolitano).

Esto es una gran lección aprendida del proceso: el aunar voluntades de diversos actores, en una iniciativa que impacta en el desarrollo de la ciudadanía. Esto último se transforma en un motor, replicable para la legitimidad de los proyectos y programas públicos, al hacerse cargo de las expectativas de la población y de ser viables técnica, política y económicamente.

## 8. COMPETENCIAS PARA EL PROCESO DELIBERATIVO DEMOCRATICO

### 8.1. Generar instancias de formación en gestión participativa.

Al abordar las distintas dimensiones del proceso deliberativo - democrático de los presupuestos participativos en salud, surge como un elemento común en la reflexión, la necesidad de generar instancias de capacitación y formación en gestión participativa, para que este ejercicio se logre con éxito, dado que se requiere incorporar, principios conceptuales y metodológicos para abordar esta fase del proceso. Sobre este punto expresan:

*“tú supones que la gente que trabaja en participación a nivel local fundamentalmente es del área social... tienen concepto pero no hay metodologías adecuadas para deliberar, entonces uno se encuentra con que lo que todo el mundo hace son reuniones y votaciones a mano alzada o por mayoría... ese es todo el proceso... lo demás demora... hacer un árbol de problemas... pero eso es lo que provoca verdadera deliberación porque va entregando elementos de juicio a la gente...”* (Entrevistado Servicio de Salud).

Es así como el proceso deliberativo, supone ciertas competencias metodológicas y conceptuales pero también la inversión de tiempo que no siempre es posible planificar con certeza para resguardar la asimilación de información, debates de intereses e intercambio de ideas de intervención que surge de la comunidad.

Esto requiere un cambio importante en las prácticas que los equipos de salud tienen incorporadas en el trabajo en participación, donde generalmente, el proceso participativo es acotado a la disposición horaria y los tiempos formales de la programación anual de la red de salud.

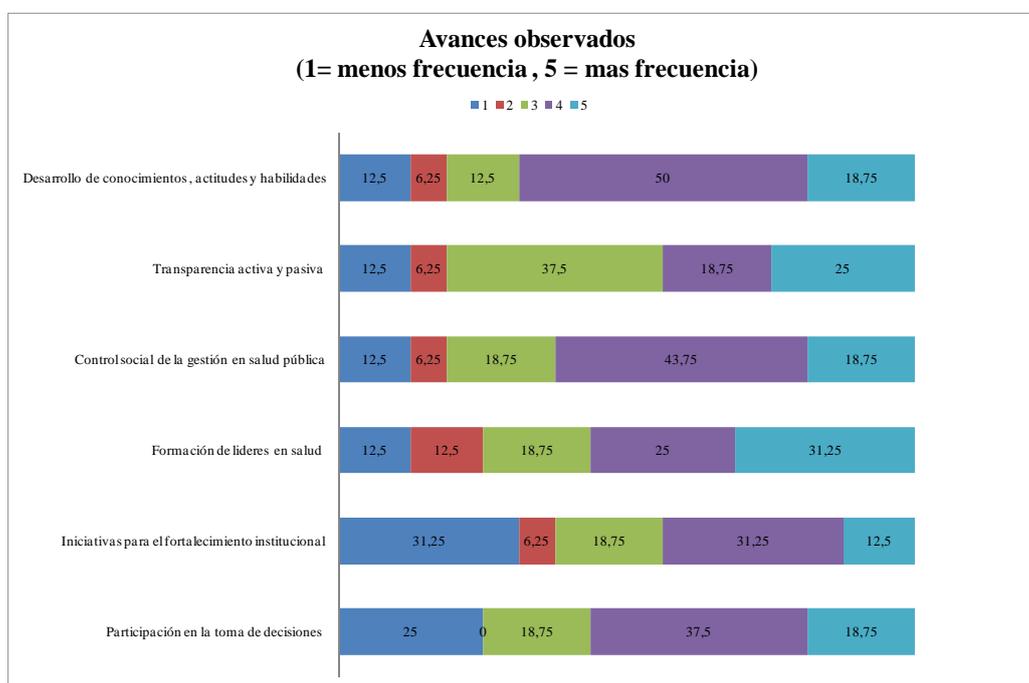
*“pero salir a la comunidad... eso es más trabajo... todos los niveles están sobrepasados... para hacer un proceso... deliberativo eso hay que tenerlo claro, es más trabajo que lo habitual, es más esfuerzo...”* (Entrevistado Servicio de Salud).

## 8.2. Conocimiento que permitan comprender la problemática de salud desde sus dimensiones de causalidad.

El proceso deliberativo – democrático, debe permitir la comprensión de los problemas de salud, desde sus dimensiones de causalidad y desde los recursos que las comunidades y el propio sistema posee para enfrentarlos en una relación de dialogo horizontal y abierto.

Por lo tanto, los procesos para la deliberación ciudadana sobre los problemas de salud más sentidos por la población requieren de dedicación de tiempo, con información sanitaria de calidad y de espacios de debates que permita identificar acuerdos e ideas que sean representativas de los intereses de la comunidad.

**Gráfico N°4: Avances observados.**



Fuente: Elaboración propia

En esto, en la encuesta aplicada se muestran las competencias obtenidas durante el proceso participativo, en donde se destaca el desarrollo de conocimientos actitudes y habilidades, seguido por el control social de la gestión pública. En general, respecto a

los atributos consultados, las personas entrevistadas valoran positivamente las afirmaciones propuestas.

### **8.3. Los presupuestos participativos como una herramienta para la construcción de ciudadanía en salud.**

Para ello, la población usuaria convocada a este ejercicio de ciudadanía en salud, debe comprender, desde un comienzo, los propósitos del presupuesto participativo en salud, donde el centro de la atención, no sólo debe estar en gastar ciertos recursos asignados a resolver problemas concretos de salud, sino que, fundamentalmente, a la forma en que se decide su ejecución.

Al no tener en cuenta, estas consideraciones, el proceso deliberativo se puede frustrar tempranamente, obligando al equipo de salud a realizar ajustes en el proceso que permitan retomar esta intención original del presupuesto participativo que busca, finalmente, democratizar las decisiones en salud a través de un ejercicio de empoderamiento ciudadano informado, dinámico y propositivo.

*“Tú puedes hacer un primer levantamiento, tuvimos una gran jornada con 250 dirigentes... y salieron 60 prioridades y las teníamos que ordenar en ejes... y después teníamos que devolverle eso y la gente se aburría. También está acostumbrada al sistema de que ellos hacen su demanda, reclama por lo que falta y la autoridad les responde sí o no... y que sea rápido... Eso nos llevó a que en algún momento paramos y nos fuimos a una capacitación”. (Entrevistado Servicio de Salud).*

#### **8.4. Habilidades y destrezas para el trabajo con la comunidad.**

Sobre las competencias que se requieren en el equipo de salud para el proceso participativo, se señalan habilidades para trabajar con grupos, destrezas comunicacionales y conocimientos sobre gestión comunitaria. El déficit de estas competencias en los equipos de salud, es señalado como una de las principales dificultades para el desarrollo del proceso participativo. Al respecto expresa uno de los entrevistados:

*“...donde menos funcionó esto fue con los funcionarios, que además fueron encargados de participación... Tienen una formación que no está cercana a escuchar a las personas, a aceptar las opiniones divergentes, como que les falta esta cosa del juego democrático”* (Entrevistado Servicio de Salud).

Así mismo, estas competencias habrían ido perdiendo terreno en los equipos de salud, cada vez más exigidos por la demanda asistencial y por las prioridades programáticas establecidas por las políticas de salud, que no han promovido una política sistemática de formación de recurso humano en los ámbitos de la salud comunitaria, promoción de la salud o gestión participativa en salud.

*“...muchas de esas habilidades de trabajo comunitario...Que de alguna manera, se han ido perdiendo ya sea porque las personas han ido cambiando, porque los enfoques desde el ministerio no los han fortalecido o han estado en el discurso pero no en la práctica”* (Entrevistado Servicio de Salud).

En general, el ciclo completo del presupuesto participativo, incluye la capacitación, destinada al desarrollo de las herramientas, manejo de procedimientos, conocimiento de normas básicas y principios orientadores que se requieren para llevar adelante el proceso. En efecto, la experiencia, en sí misma, constituye un aprendizaje valorado en forma significativa por todos los entrevistados.

*“Fue un aprendizaje muy grande con la comunidad y los equipos de salud. Porque nosotros estamos acostumbrados a que te den todo definido y aquí todo está por definir. Todo fue un ir construyendo juntos, la gran experiencia fue la construcción colectiva. Y lo otro fue que restableció las confianzas mutuas en el servicio y la comunidad”* (Entrevistado Servicio de Salud).

### **8.5. Reconocer las competencias que posee la comunidad.**

Es importante considerar en este campo de las competencias, que se requieren para el proceso participativo; los conocimientos, habilidades y destrezas que la propia comunidad posee y que se pueden sumar a las distintas dimensiones del proceso (técnicas, financieras, sociales, etc.) lo que implica incorporar, en los primeros diálogos con la comunidad, los espacios para el conocimiento y socialización de las características de la estructura institucional y también de las características de la estructura social-comunitario que permita conocer los recursos que posee la población y que puede poner a disposición del proceso.

*“Todo esto pone en evidencia competencias tanto en los equipos y de los dirigentes, con dirigentes que desbordaron a los encargados de participación local con más competencias diligenciales. Había uno que era contador auditor y se manejaba muy bien con los dineros”* (Entrevistado Servicio de Salud).

### **8.6. Los Presupuestos Participativos como una oportunidad para avanzar hacia un enfoque basado en determinantes sociales de la Salud.**

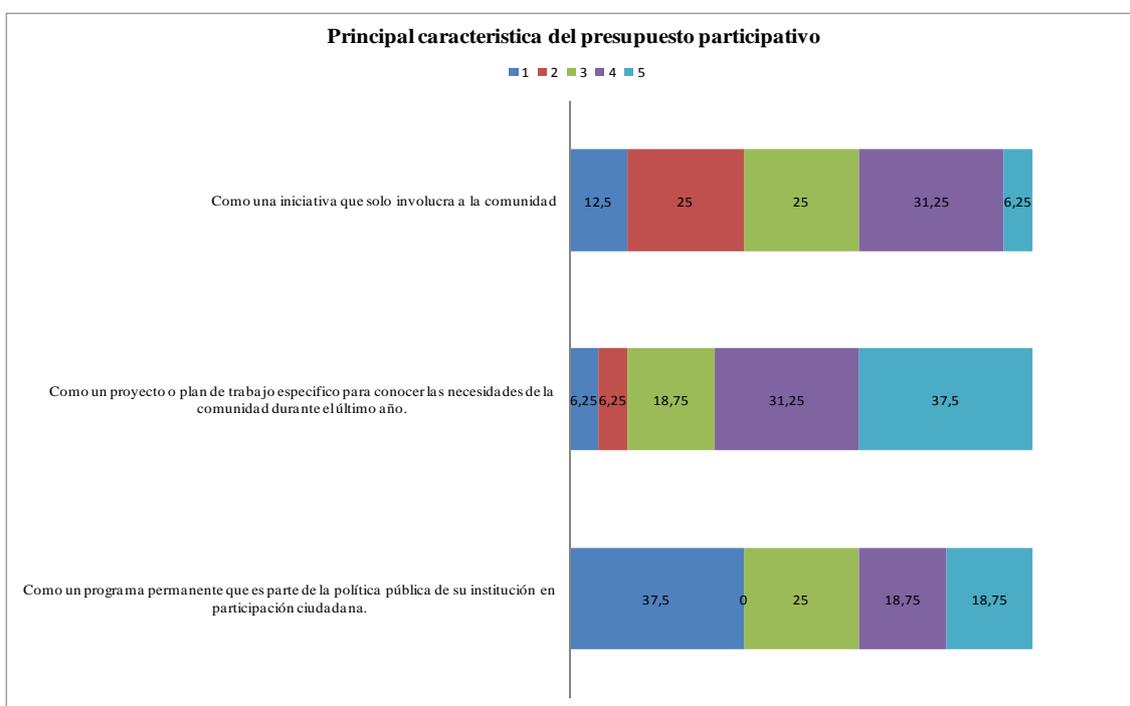
Desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud, se promueve fortalecer el enfoque colectivo/social de las políticas públicas lo que debe orientar las prioridades programáticas del sector. Desde este enfoque, los diferentes procesos de gestión de las políticas sanitarias deberán incorporar, progresivamente, la dimensión de las inequidades en salud a partir de la contextualización de los determinantes sociales y sus influencia en los resultados concretos de salud y calidad de vida, dimensiones tales

como las condiciones de género, ruralidad, escolaridad, etnia, territorialidad, deberán ser incorporadas a los diagnósticos y a las intervenciones programáticas.

Lo anterior implica desarrollar una mirada integral sobre el problema sanitario a través del trabajo intersectorial y la participación de la ciudadanía, buscando una respuesta social organizada del Estado sobre los factores determinantes, desde sus causas estructurales y funcionales, que en su interacción impactan la calidad de vida de la población y las metas sanitarias.

*“Entonces, otro aprendizaje es que hay competencias pero hay que desentrañarlas en la comunidad... es una memoria histórica... y que además se confirma, que el diagnóstico más certero o que afina mejor el dato epidemiológico, es lo que la gente te va contando en su vida cotidiana, o sea, nosotros descubrimos cuestiones que para ellos ni siquiera había que comentar... el transporte... la micro... la sequía. Para salud, fue una novedad enorme... ¿Cómo nos pasamos tantos años sin saber eso, preguntar eso? Y ¿cómo nos pasamos tanto tiempo sin considerar que eso es parte del diagnóstico epidemiológico que debíamos hacer?”... y eso para nosotros, es un cambio paradigmático y eso los coloca mirando la salud pública no el daño... darse cuenta que la inequidad comienza cuando no tienes micro para llegar al hospital... obliga a la salud a darse cuenta que la cosa comienza mucho más afuera” (Entrevistado Servicio de Salud).*

**Gráfico N°5 : Principales características del presupuesto participativo.**



**Fuente:** Elaboración propia en base a encuesta autoaplicada

No obstante lo anterior, los entrevistados reconocen como característica principal del presupuesto participativo el constituirse en una herramienta específica para conocer las necesidades de la comunidad durante el último año, siendo menor la valoración del PP como un programa permanente, lo que se explica por la fase de instalación que aún se encuentran.

### **Factores de Éxito, Lecciones Aprendidas y Competencias necesarias**

Esta sección explora (a) los factores de éxito, (b) las lecciones aprendidas y (c) las competencias que han resultado necesarias en el abordaje algunos aspectos claves de la Estrategia: Gestión Política, Gestión Programática y Gestión Organizacional (gestión eficaz, transparencia y eficiencia administrativa, recursos). En el siguiente cuadro se ofrece una síntesis de la información recopilada en el trabajo de campo (entrevistas semi-estructuradas y cuestionarios).

**Tabla N°6: Factores de Éxito, Lecciones Aprendidas y Competencias necesarias**

Categorías de Resultados	Gestión Política (normas , leyes, mandatos, instructivos, estrategias)	Gestión Programática (procesos deliberativo democrático: dialogo, negociación, consenso, priorización, deliberación)	Gestión Organizacional (gestión eficaz, transparencia administrativa, recursos, eficiencia administrativa, etc.)
<b>Factores de Éxito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ley de Autoridad Sanitaria 19.937 que crea los Consejos Consultivos y de usuarios de salud, las OIRS, Unidades de Satisfacción Usuaría, etc.</li> <li>- Instructivos Presidenciales de Participación Ciudadana (definición y monitoreo de compromiso por parte del Gobierno Central).</li> <li>- Presupuestos Participativos como compromisos de gestión de los servicios de salud.</li> <li>- Orientaciones políticas y técnicas del nivel central para la participación con enfoque de derechos y de incidencia de la ciudadanía en la gestión pública.</li> <li>- Norma de Participación Ciudadana del MINSAL.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición de los modelos de gestión del presupuestos participativos en base a realidades territoriales y características de la población usuaria (trabajo en red, subredes, provinciales y comunales)</li> <li>- Definición de ejes temáticos para centrar el debate, la identificación y priorización de ideas de proyectos (satisfacción usuaria, prevención y promoción de la salud, participación social)</li> <li>- Definición de criterios base para la discriminación y selección de ideas de proyectos: no asistenciales, replicables, carácter sinérgico).</li> <li>- Inclusión de representantes de la comunidad en todos los niveles de la red (atención primaria y alta complejidad)</li> <li>- Definición de mecanismos de selección de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formulación de convenios con municipios para transferencia de recursos financieros y garantizar ejecución de actividades.</li> <li>- Comisiones de Servicios (viáticos) para conocer experiencias exitosas (experiencia Servicio de Salud de Talcahuano).</li> <li>- Líderes informados y empoderados de todos los procesos, gestionan la continuidad de iniciativa movilizando recursos financieros de otros actores institucionales (municipios).</li> <li>- Uso de tecnologías de información y comunicación (TIC)</li> </ul>

Categorías de Resultados	Gestión Política (normas , leyes, mandatos, instructivos, estrategias)	Gestión Programática (procesos deliberativo democrático: dialogo, negociación, consenso, priorización, deliberación)	Gestión Organizacional (gestión eficaz, transparencia administrativa, recursos, eficiencia administrativa, etc.)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abogacía con directivos de salud a través de contactos directos con comunidades organizadas (visitas a terrenos, entrevistas con líderes comunitarios, etc.).</li> <li>- Difusión de información de evidencia de resultado de experiencias pilotos exitosas de implementación de Presupuestos Participativos en Salud por medios oficiales (Ordinarios, documentos).</li> <li>- Conseguir la adhesión de Directivos a través de Instancias de validación técnico – política de las iniciativas como el C.I.R.A.</li> <li>- Incorporar en el proceso a todos los cuerpos directivos involucrados en el proceso.</li> <li>- Estrategia de alineación de actores tantos institucionales como no institucionales.</li> </ul>	<p>proyectos: sistema de semáforos, agrupación de ideas en grandes temas, devolución y retroalimentación a la comunidad en todo el proceso</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La votación popular de las iniciativas que legitima el proceso técnico – social y a sus actores.</li> <li>- Equipos multidisciplinarios de salud participando del proceso (finanzas, jurídica, administración) en los comités técnicos políticos.</li> <li>- Inclusión de nuevas organizaciones sociales y estructuras de delegados a partir de la participación de la población general en las Asambleas (10 participantes= 2 delegados).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asegurar la participación de la comunidad en la fase de ejecución, evaluación y sistematización.</li> <li>- Aplicar encuestas de satisfacción usuaria una vez que los proyectos han sido ejecutados (altos niveles de aprobación: 90 y 100%).</li> <li>- Ideas surgidas del proceso deliberativo financiadas por otras instituciones.</li> <li>- Institucionalización de los procesos a través de resoluciones exentas.</li> <li>- Presupuestos asignados desde el comienzo del proceso.</li> </ul>
<b>Lecciones aprendidas</b>	- Considerar y disponer del soporte institucional existente de la red de salud para el proceso	- Considerar el involucramiento de distintos estamentos profesionales y técnicos en el proceso	- Incorporar, desde un comienzo, a todos los actores institucionales que

Categorías de Resultados	Gestión Política (normas , leyes, mandatos, instructivos, estrategias)	Gestión Programática (procesos deliberativo democrático: dialogo, negociación, consenso, priorización, deliberación)	Gestión Organizacional (gestión eficaz, transparencia administrativa, recursos, eficiencia administrativa, etc.)
	<p>participativo (Oírse, Consejos de Desarrollo Local, Consejos Consultivos, Cuentas Públicas anuales, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Definir mecanismos de incentivos para garantizar la inducción y formación de los directivos en gestión participativa.</li> <li>- No bastan los marcos legales ni normativos, se requiere generar compromisos y motivación en los directivos, funcionarios y comunidad.</li> <li>- Vincular la visión y misión institucional al trabajo con la comunidad como un elemento constituyente de la gestión institucional.</li> <li>- Exponer los resultados del proceso a través de encuestas de satisfacción usuaria.</li> <li>- Tener en cuenta los marcos legales del sector, las definiciones políticas del gobierno central y los desafíos sanitarios país para promover un cambio de paradigma que incorpore el enfoque</li> </ul>	<p>participativo, definiendo funciones e integrándolas al quehacer institucional.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El significado social de la salud como derecho, fuertemente arraigada en la población.</li> <li>- Existencia de una red de organizaciones sociales que históricamente han estado vinculadas a la institucionalidad de salud (consejos de salud, voluntariado, grupos de salud, etc.).</li> <li>- Los procesos de deliberación ciudadana requieren más tiempos de lo que normalmente se programa, puede ser un trabajo lento y depende de las características de la población que participa (intereses, nivel socioeconómico, territorialidad, etc.).</li> <li>- Establecer los espacios de debate y dialogo necesarios que permitan comprender el presupuestos participativo como un mecanismo de participación ciudadana que busca contribuir a la democratización</li> </ul>	<p>participaran del proceso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Debe existir una etapa de inducción y apresto institucional que comprenda el propósito fundamental de los presupuestos participativos; la deliberación ciudadana para la democratización de la toma de decisiones.</li> <li>- Los directivos de salud deben conocer evidencias de éxito para la decisión sobre la destinación de recursos.</li> <li>- Enfrentar, permanentemente, el déficit de información sobre gestión de los servicios de salud que posee la población usuaria.</li> <li>- Reconocer la vigencia y/o influencia en el proceso de la cultura clientelar tanto en directivos, funcionarios y comunidad</li> </ul>

Categorías de Resultados	Gestión Política (normas , leyes, mandatos, instructivos, estrategias)	Gestión Programática (procesos deliberativo democrático: dialogo, negociación, consenso, priorización, deliberación)	Gestión Organizacional (gestión eficaz, transparencia administrativa, recursos, eficiencia administrativa, etc.)
	<p>de derechos de las personas en salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los primero que se debe hacer en el proceso de instalación, es sumar a los cuerpos directivos, pues son ellos los que deciden el destino del presupuesto.</li> <li>- Flexibilidad financiera para la instauración y aplicación de los PP.</li> <li>- Cambio de paradigma de verticalidad del la función.</li> </ul>	<p>de las decisiones, al control social y a la calidad de los servicios (comunidad, directivos y funcionarios)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En el proceso deliberativo, los ciudadanos deben reconocerse como sujetos titulares de derechos que la propia comunidad debe ser capaz de reconocer, exigir y gestionarlos desde sus propias realidades.</li> <li>- Descentralizar el proceso participativo en subredes u otras unidades territoriales e institucionales que permitan una mayor inclusión de actores considerando dispersión geográfica y densidad de la población en determinados sectores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proponer prácticas de dialogo y de relación que superen la cultura clientelar</li> <li>- Promover la visión territorial de la red de salud y no sólo “centrada” en los establecimientos.</li> <li>- Se debe garantizar la participación activa de la comunidad en todo el proceso. Por ejemplo, en la votación popular de las iniciativas (en Tricel, mesas de votación, conteo de votos, etc.).</li> <li>- Constitución de banco de ideas o proyectos que la comunidad puede gestionar con otras instituciones.</li> </ul>
<b>Competencias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimiento de los cuerpos directivos de los servicios de salud en gestión participativa.</li> <li>- Habilidades y destrezas discursivas y comunicacionales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimientos en metodologías y técnicas para el trabajo con grupos y comunidades tales como; diagnóstico participativo, identificación y priorización de problemas y soluciones,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimientos, habilidades y destrezas para el trabajo en equipo, estructuras matriciales y de colaboración.</li> <li>- Líderes con competencias específicas</li> </ul>

Categorías de Resultados	Gestión Política (normas , leyes, mandatos, instructivos, estrategias)	Gestión Programática (procesos deliberativo democrático: dialogo, negociación, consenso, priorización, deliberación)	Gestión Organizacional (gestión eficaz, transparencia administrativa, recursos, eficiencia administrativa, etc.)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conocimientos y habilidades de resolución de conflicto y de negociación.</li> <li>- Generar espacios de formación y capacitación que permita comprender que el proceso deliberativo – democrático implica relaciones horizontales, de inclusión y de empoderamiento de la comunidad organizada.</li> <li>- Capacitación destinada al desarrollo de las herramientas metodológicas, manejo de procedimientos, conocimientos de normas básicas (administrativas, técnicas y financieras) y principios orientadores que se requieren para llevar adelante el proceso.</li> <li>- Conocer y difundir el enfoque colectivo/social de las políticas públicas en salud lo que debe orientar las prioridades programáticas del sector.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>negociación, resolución de conflictos.</li> <li>- Desarrollo de liderazgos democráticos con capacidad de escucha y establecimientos de relaciones horizontales.</li> <li>- El proceso deliberativo democrático depende, en gran medida, de la calidad de la información sanitaria y manejo de herramientas para el trabajo comunitario.</li> <li>- El proceso deliberativo – democrático debe permitir la comprensión de los problemas de salud, desde sus dimensiones de causalidad y desde las competencias tanto de la comunidad como de la institucionalidad de salud.</li> <li>- Frente al paradigma biomédico tradicional anteponer el enfoque de determinantes sociales.</li> <li>- Frente al paradigma asistencial y paternalista anteponer el enfoque de derechos y de capacidades de las personas como activos para la gestión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>deben ser incorporados al proceso.</li> <li>- Habilidades para trabajar con grupos.</li> <li>- Frente a la supremacía del criterio de expertos y/o conocimiento técnico sanitario relevar las capacidades de las personas, grupos y organizaciones de la comunidad.</li> <li>- Destrezas comunicacionales y conocimientos sobre gestión comunitaria.</li> <li>- Conocimientos para la sistematización y retroalimentación del proceso.</li> <li>- Habilidades para la evaluación y comunicación de los resultados como bases para la abogacía y la sostenibilidad de los presupuestos participativos.</li> <li>- Habilidades para la gestión intersectorial y el trabajo territorial de los equipos de</li> </ul>

<b>Categorías de Resultados</b>	<b>Gestión Política (normas , leyes, mandatos, instructivos, estrategias)</b>	<b>Gestión Programática (procesos deliberativo democrático: dialogo, negociación, consenso, priorización, deliberación)</b>	<b>Gestión Organizacional (gestión eficaz, transparencia administrativa, recursos, eficiencia administrativa, etc.)</b>
	- Construir un sistema de identificación, sistematización y transferencias de buenas prácticas en gestión participativa.	institucional.	salud y de la comunidad. - Organización Flexible para acoger demandas ciudadanas.

Fuente: Elaboración propia adaptado de modelo de gerencia social INDES /BID, 2004

## CAPITULO V CONCLUSIONES

### 1. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES.

Uno de los primeros aspectos, que surge como relevante en el análisis, en términos de su alcance estratégico, para garantizar que los presupuestos participativos en salud se constituyan, efectivamente, en una herramienta de deliberación democrática para la construcción de ciudadanía en salud, es tender hacia su institucionalización que otorgue un soporte organizacional dinámico, flexible y contar con los recursos financieros y humanos que se requieren para su implementación.

En el sector salud, avanzar en la gradiente de participación ciudadana hacia niveles como la colaboración en la gestión, control social y empoderamiento de la ciudadanía en salud, tal como se lo han planteado los presupuestos participativos en estas experiencias, no sólo significa responder a las definiciones programáticas de los gobiernos de turno en participación ciudadana, sino que además, se ubica como uno de los desafíos estratégicos de las políticas públicas en salud, planteada en los principios de la reforma sanitaria y en los propios objetivos sanitarios, como lo es, el “satisfacer la expectativas de la población en salud”.

Estos objetivos, trazados en décadas y que en la actualidad, se ha planteado su continuidad para el nuevo período 2011 -2020, marcan un horizonte estratégico que demanda el concurso de la ciudadanía en salud, desde los procesos de definición programática, hasta las fases de implementación y evaluación de las mismas.

Es por ello que, la experiencia de implementación de los presupuestos participativos en salud, que hemos analizado en tres servicios de salud de la región metropolitana, expresan un modo de hacer gestión pública en salud que avanza en esa dirección, incorporando a la ciudadanía en un ciclo completo y ordenado de trabajo con la comunidad para “diagnosticar, priorizar, deliberar, ejecutar y retroalimentar el conjunto del proceso”. En efecto, al identificar los resultados del proceso llevado a cabo, nos

encontramos con espacios diálogo, debate y reflexión donde la comunidad y el equipo de salud; priorizan, ordenan y planifican el abordaje de los problemas sanitarios desde relaciones horizontales, con concepciones de territorialidad y solidaridad, superando la mirada asistencial y paternalista de la gestión sanitaria.

El enfoque de los determinantes sociales de la salud, de acuerdo a las orientaciones de la OMS/OPS para la región y por la propia reflexión realizada en torno a las políticas de salud pública en Chile, viene a interpelar a las autoridades sanitarias, directivos y funcionarios públicos de salud, a enfrentar los problemas de inequidad que persisten en el sector, siendo para ello necesario, reconocer la influencia que tienen variables sociales como la escolaridad, inserción ocupacional, género, la territorialidad, interculturalidad, etc., en el acceso y ejercicio del derecho a la salud.

En este desafío, los presupuestos participativos en salud, se están constituyendo en una práctica social e institucional que permite operacionalizar la influencia y contextualización de estas variables sociales en la producción de salud en comunidades específicas, interpelando a los actores sociales e institucionales involucrados a concebir y a encontrar una respuesta social organizada frente a desafíos, metas o iniciativas en salud que surgen desde instancias de debate territoriales para mejorar la calidad de los servicios y enfrentar de ese modo los múltiples problemas de salud colectiva que el Estado, por sí sólo, no puede abordar en su integralidad.

Es por ello que, la institucionalidad pública de salud para la definición de estrategias sanitarias no puede prescindir de la participación ciudadana, puesto que sólo desde el enfoque de los determinantes sociales es posible observar la causalidad social de la salud para concebir respuestas más integrales.

La participación ciudadana se viene a transformar en un aspecto clave en la gestión de las políticas públicas, pasando a ser un elemento determinante a la hora de evaluar la pertinencia, los estándares de calidad de las intervenciones (según la opinión ciudadana) el uso eficiente de los recursos y la movilización de presupuestos locales y el necesario complemento del conocimiento técnico con la información territorial que

garanticen el impacto, en el mediano y largo plazo, de los objetivos sanitarios. Además como objetivo político, legitima las políticas públicas antes emanadas con un modelo de gestión vertical de los organismos públicos, muchas veces tornando inaplicables ciertas políticas o restando efectividad a los fines propuestos por estas. En esto, surge la reflexión de ampliar los procesos deliberativos democráticos hacia otros ámbitos de la gestión de la institucionalidad de salud, tales como programas, proyectos de mayor envergadura u otros. Superar el déficit de ciudadanía es un objetivo estratégico, es el objetivo superlativo que permitirá aumentar los niveles de incidencia de los ciudadanos en la corresponsabilidad de su salud, familia y comunidad.

Así mismo, es posible concluir, desde la percepción de los actores involucrados que hemos expuesto, altos niveles de éxito en el proceso de implementación de los presupuestos participativos en salud, lo que se condice con las diferentes conceptualizaciones, sistematizaciones y evaluaciones de la eficacia de las políticas pública que hemos situado en el marco teórico, indicando una mayor productividad e impacto de los programas públicos, toda vez que, incorporan la participación ciudadana desde su génesis, marcando así, una diferencia importante con los modelos organizacionales de corte tradicional como los burocráticos, paternalista y centralistas tan arraigados en la administración del Estado durante el Siglo XX y que persisten hasta el día de hoy en el sector salud.

Lo anterior, demanda el fortalecimiento de un marco teórico, conceptual, experiencia y referencial de nuevo cuño, que ponga en el centro de la vida democrática, la construcción de ciudadanía o ampliación de un nuevo espacio público en salud para el ejercicio activo de los derechos de las personas y colectivos que demanda una sociedad moderna, que tenga como base el reconocimiento de las capacidades de las personas, grupos y comunidades en el proceso de producción social de la salud, donde tanto el Estado, como la propia ciudadanía, asumen responsabilidades en la conquista de estándares de salud y calidad de vida compartidos por la sociedad civil organizada y la orgánica institucional (derechos y deberes).

En el proceso de implementación, los presupuestos participativos encuentran un soporte institucional importante en los distintos mecanismos creados y reconocidos por la reforma de salud para la relación con la ciudadanía, lo que permite encontrar, en la orgánica actual de la institucionalidad de salud, diferentes espacios para la inclusión y desarrollo de la gestión participativa en salud. Tal es el caso de las Oficinas de Informaciones Reclamos y Sugerencias en todos los establecimientos de salud, los Consejos Consultivos de las direcciones de los Servicios de Salud y de los Consejos de Desarrollo Local de Consultorios y Hospitales, entre otros.

Independientemente de este soporte institucional que permite integrar, a la gestión de los servicios de salud, procesos de participación ciudadana como los presupuestos participativos y lograr con ello, resultados positivos de empoderamiento ciudadano, la decisión de destinar parte del presupuesto para trabajarlo, participativamente con la comunidad, sigue quedando situada en el plano de la voluntad, concepciones o valoraciones que los cuerpos directivos de salud poseen acerca de la incidencia de la ciudadanía en la gestión pública de salud. Ello, pone en peligro la continuidad de los recursos y fundamentalmente, la continuidad y profundización de estas experiencias.

No obstante, la evidencia de la efectividad de estas experiencias, en resultados concretos que hemos señalado ampliamente, traducidos en múltiples intervenciones concebidas e implementadas por la propia comunidad organizada en la red de salud, así como, las relaciones de confianza construidas en el ejercicio participativo y que se expresan, finalmente, en una mayor conexión y colaboración entre los equipos de salud y la población usuaria, desde los diferentes espacios territoriales e institucionales que hemos identificado, se constituyen, claramente, en una plataforma estratégica, desde la cual es posible avanzar en la construcción de una ciudadanía más activa en salud. Para ello, es necesario difundir y comunicar la experiencia de los presupuestos participativos de estos tres servicios de salud como una buena práctica, que desarrolla un modelo que integra, en forma efectiva, a la ciudadanía organizada en la gestión pública de salud.

Otro activo, importante de explicitar corresponde al significativo aprendizaje obtenido en el nivel técnico de los servicios, dado fundamentalmente, por el carácter

multidisciplinario del proceso (finanzas, administración, jurídica) lo que se constituye en otro nivel de evidencia en cuanto al fortalecimiento de las condiciones institucionales para abordar procesos participativos. Esto, en la práctica, significa la existencia de procesos nuevos, equipos de trabajo, actores, funciones y metodologías de trabajo definidas.

Por lo tanto, las experiencias de presupuestos en salud, que hemos analizado, se presentan como una oportunidad para contribuir a una gestión más participativa de los servicios de salud, al convocar a la población a desarrollar un proceso de deliberación ciudadana que tiene como base la concepción de una ciudadanía con plenos derechos, que se informa, se involucra y reflexiona sobre las distintas dimensiones individuales y colectivas de la salud, siendo esta una oportunidad concreta de ejercicio de ciudadanía y de la ampliación de un espacio público donde interactúan en relaciones de horizontalidad y colaboración tanto los equipos de salud como los ciudadanos organizados en los distintos puntos de la red sanitaria.

Junto a ello, es importante tener presente las nociones de democracia participativa donde los ciudadanos no sólo concurren en la sociedad delegando poder cada cierto tiempo, sino que también pueden ejercer, de manera directa, su derecho a participar en espacios públicos concretos, fortaleciendo así la calidad de la democracia. Al respecto, los presupuestos participativos son un claro ejemplo de cómo trasladar el espacio de decisión, generalmente, circunscritos a espacios formales y técnicos del Estado, a espacios territoriales y comunitarios, que implican cesión de poder, confianza en el ciudadano en tanto sujeto y no sólo objeto de políticas públicas.

Es importante, por lo tanto, tener en consideración todos los marcos conceptuales, legales, institucionales y políticos que permitan fundamentar los propósitos planteados por los presupuestos participativos en salud, tales como son; la ampliación de la democracia, que demanda la construcción de nuevos espacios públicos para la inclusión ciudadana en salud y por lo tanto, en el proceso de toma de decisiones públicas; los marcos valóricos y éticos que sitúan a la participación de las personas en la sociedad como un derecho o un valor en sí mismo; la evidencia disponible de su resultado y

efectividad otorgadas por las experiencias chilenas y de otros países y regiones del mundo; la persistencia en la conciencia colectiva de la población de la salud como un derecho y por la tanto, las expectativas de la población; el programa de gobierno cuando se refiere al ejercicio de los derechos de las personas en salud y la búsqueda de un rol más activo de la ciudadanía en las gestión de las políticas públicas, entre otros argumentos, posibles de encontrar en la propia comunidad, directivos y profesionales de salud involucrados en la larga tradición de colaboración e incidencia de la sociedad civil en el logro de metas sanitarias país y en la conquista de mejores condiciones estructurales de la red de pública de salud de Chile.

Es así como, el proceso deliberativo democrático que instalan los presupuestos participativos en el sector salud, requiere de un soporte organizacional, normativo, referencial y simbólico importante para garantizar los niveles de confianza, colaboración y transparencia que se necesita, así como el establecimiento de flujos de información oportunos y eficientes, y, sobretodo, la creación de las instancias para la discusión, el consenso y la negociación. Así mismo, estas condiciones institucionales, orgánicas y metodológicas deben ser, desde un comienzo, construidas y validadas por todos los actores, sociales e institucionales involucrados.

El proceso deliberativo, además, sólo es posible desencadenarlo, una vez que han existido las instancias de diálogo suficientes para que la comunidad y los profesionales del equipo de salud involucrados, están conscientes tanto del proceso que se quiere desarrollar, es decir el “cómo” hacerlo y de las finalidades últimas del ejercicio participativo, que es la construcción de nuevos espacios para la construcción de ciudadanía en salud.

Lo anterior, es central, antes de iniciar el proceso de deliberación en torno a los problemas o temas de salud que será posible abordar, pues persiste tanto en la cultura funcionaria y en los propios dirigentes sociales de la comunidad, un fuerte arraigo de los paradigmas paternalistas y asistenciales que privilegian las relaciones entre usuarios y establecimientos de salud, desde una lógica clientelar, que impide la contextualización de las problemáticas planteadas y la identificación de soluciones integrales que trascienden, eventualmente, los ámbitos territoriales y/o jurisdiccionales de

organizaciones comunitarias y establecimientos de salud circunscritas, generalmente, a relaciones bilaterales y puntos de información unidireccionales.

Estos factores culturales que determinan las relaciones entre usuarios y funcionarios públicos de salud, deben ser abordados en las primeras actividades vinculadas al apresto y a generar las motivaciones, compromisos y condiciones institucionales básicas para desarrollar el proceso. En este marco; las pasantías, la inducción de técnicos y directivos, las jornadas de capacitación y la constitución de los primeros grupos de trabajo operativos, deben tener presente este componente de la cultura organizacional para enfrentarlo con efectividad.

La misma consideración se debe tener con los distintos actores institucionales para, comprometerlos en el proceso de implementación, pues su participación es determinante a la hora de definir las bases orgánicas (normativas, administrativas, jurídicas y presupuestarias) que otorgaran el soporte técnico-institucional al presupuesto participativo. En efecto, la socialización de la estrategia, en cuanto a sus dimensiones operativas y fines perseguidos, es clave para lograr su posicionamiento intra-institucional, en término de que los funcionarios y directivos puedan comprender, transversalmente, su contribución y directa vinculación con la misión y a los objetivos estratégicos globales de la gestión de los servicios de salud, donde se encuentra la satisfacción usuaria, la calidad de los procesos y una gestión más abierta a la ciudadanía y al control social de la salud, como un bien público que debe ser gestionado y resguardado por el Estado y también por los ciudadanos.

Aunque el análisis precedente da cuenta de un importante nivel de involucramiento de éstas áreas, más vinculadas a las disciplinas económicas y financieras, aún es bajo su nivel de involucramiento, lo que determina que las unidades de satisfacción usuaria y participación social asumen gran parte de la responsabilidad en la conducción del proceso, lo que se comprende en una fase de implementación y posicionamiento institucional de los presupuestos participativos, no obstante aquello, no se debe perder de vista la importancia estratégica de incorporar al mayor número de actores institucionales posible, transfiriendo y descentralizando el máximo de funciones

posibles, desde concepciones de trabajo en equipo y de colaboración matricial y holográficas, en lugar de estructuras piramidales y jerarquizadas.

Lo anterior indica, que el cambio hacia relaciones más horizontales y de colaboración que persiguen los presupuestos participativos, en la institucionalidad pública de salud para con los ciudadanos, también debe plantearse al interior de los muros institucionales, como un desafío central, amparados en concepciones más modernas de la gestión pública, centradas en la colaboración, la responsabilización, visión estratégica y en la generación de cadenas de valor público que demandan un reconocimiento más amplio de las capacidades de las personas y de su interacción en la estructura organizacional.

Por otro lado, el presupuesto participativo, en cuanto a su modo de implementación, debe cautelar la mirada sobre el conjunto del territorio y lograr la inclusión del máximo de actores sociales posibles en el proceso, ya sea en los espacios institucionales existentes (red de salud) o en otros que se pueden crear en niveles comunales o provinciales tal como lo ha demostrado la experiencia del servicio de salud occidente, siempre en función de características geográficas, culturales y sociales específicas de la población usuaria.

Estas condiciones propias de la red y de la población en que se ubica (urbano, rural, escolaridad, actividad económica, etc.) son relevantes, no sólo en términos de la estructura orgánica que se va a constituir para llevar a cabo el proceso, sino que también es importante tenerlo en cuenta, para situar el debate y la reflexión en variables contextuales, globales en que se inserta el debate local o micro social, trascendiendo así, a la mirada reducida de los problemas o temas de salud desde dimensiones asistenciales y/o uni-causales, generalmente sostenidas, por el concepción biomédica salud-enfermedad.

Para el proceso deliberativo, tanto la definición de ejes temáticos como de los criterios de inclusión y exclusión de las ideas que serán parte del proceso de formulación de proyectos específicos y que serán, posteriormente, sometidas a votación popular, es fundamental.

Desde la percepción de los actores, este es un punto crucial, que permite centrar y ordenar el proceso de discusión y reflexión, puesto que establece los límites del debate, administrando de esta manera las expectativas y múltiples necesidades que la población usuaria tiene respecto de las prestaciones en salud, los procesos de atención y gestión de la red y que, generalmente, expresa en procesos de consulta ciudadana. No obstante, estos criterios de inclusión de las ideas de proyectos o de intervenciones, promueven la participación activa de la comunidad no sólo en la génesis de las propuestas, sino que también en su ejecución y evaluación.

Es por lo tanto, un acierto del proceso técnico - metodológico y una de las principales características del presupuesto participativo en salud; centrar el debate y la reflexión en ejes temáticos como la satisfacción usuaria, la participación social y la promoción de la salud, estableciendo además, que las ideas que serán vertidas en estos campos, no deben tener un carácter asistencial ni orientarse a paliar déficit de infraestructura ni de recursos humanos, deben ser ideas de proyectos “replicables” a otros territorios o establecimientos de la red, entre otros.

Otro aspecto relevante del proceso deliberativo, consiste en los distintos mecanismos que se establecen para el tratamiento de las ideas que surgen de las instancias de debate y dialogo con la comunidad (jornadas de trabajo, asambleas territoriales, sesiones de comités, etc.). Para ello, la coordinación institucional y el trabajo multidisciplinario y en conjunto con la comunidad son los principales factores de éxito.

Mecanismos como; (1) disponer de la red de oficinas O.I.R.S. para recopilar ideas de proyectos (2) sistema de semáforos que permita calificar la pertinencia de las ideas (3) agrupar las ideas en grandes temas y/o macro – proyectos (4) solicitar la participación de profesionales de salud con competencias específicas en temas o proyectos priorizados (5) devolución del proceso de análisis y reordenamiento de las ideas a las bases (6) validación técnico política a través de instancias como el C.I.R.A (7) votación popular, etc.

Todos estos mecanismos, constituyen en su conjunto, lo que podríamos denominar el modelo de gestión de los presupuestos participativos en salud y que a la luz del análisis realizado; han permitido establecer los canales, con flujos de información que circulan, oportunamente, por los diferentes niveles institucionales y orgánicos que se han establecido en la red para el desarrollo del ciclo participativo, facilitando el desempeño de roles técnicos y políticos en el proceso de decisorio, lo que hace posible la retroalimentación, la transparencia del proceso, la formulación de las ideas en proyectos y lo más importante, la toma de decisiones como hito que corona el proceso deliberativo – democrático, que se ha llevado a cabo, con la activa participación de la comunidad y con la movilización y activación de una serie de dispositivos institucionales, propios de la red de salud.

Si bien, esta fase de deliberación, es la que demanda la mayor atención y experticia de los equipos de salud y la propia comunidad, en términos de velar por la calidad de la información y metodologías de trabajo que sustentarán los debates, diálogos, consensos, acuerdos de implementación y de ideas de proyectos, se deben tomar las medidas que garanticen, no sólo el control por parte de la comunidad en los momentos de la implementación, sino también, su activa participación en esta fase de ejecución y evaluación de los proyectos.

El modelo de trabajo implementado, por lo tanto, expresa resultados concretos en la fase de deliberación, donde hemos observado, altos niveles de participación de la comunidad en el momento de deliberación de ideas, lo que lleva finalmente a la materialización de las discusiones, diálogos y reflexiones en ideas y proyectos de intervención, que una vez concebidos y formulados en sus dimensiones financieras y de gestión interna, se debe procurar mantener activa la participación de la comunidad en calidad de gestores y ejecutores de los mismos. Esto, que hemos descrito en el análisis, reporta satisfacción y empoderamiento en todo el ciclo de trabajo.

Es así, como encontramos, ideas que han surgido del proceso deliberativo y que no han sido incluidas en los procesos de votación popular para su sanción final, financiadas por otros actores institucionales como los municipios. Así mismo, los líderes sociales han

gestionado, en forma autónoma e independiente, la continuidad de iniciativas o proyectos más allá del ciclo de vida establecidos para ellos en el momento de su formulación. Estos espacios de actuación y liderazgo que se observan como hallazgos complementarios a los procesos de diseño e implementación, deben ser incorporados como componentes posibles de desarrollar, generando para ello, los espacios de trabajo que promuevan un rol activo de los dirigentes y la propia comunidad en la gestión, ejecución y evaluación de las iniciativas, reconociendo las competencias que la ciudadanía posee o pueda llegar a poseer para el ejercicio democrático.

La movilización de recursos de otros actores institucionales para el financiamiento de iniciativas surgidas en el proceso deliberativo – democrático, es posible incluirlo, entonces, como uno de los propósitos del proceso de implementación de los presupuestos participativos en salud, fortaleciendo la dimensión territorial e intersectorial de la estrategia participativa, estableciendo alianzas y colaboración con otros actores institucionales, lo que se cimienta, en la legitimidad y transparencia de todo los ciclos de trabajo con la comunidad que aborda este modelo de trabajo con la comunidad.

Existe una brecha que cerrar en la construcción de ciudadanía, a través de la implementación de diversos instrumentos tales como los PPs . Esto dice relación en lo político con el aumento del compromiso de los directivos de salud y cuerpo técnico, y el consiguiente cambio de paradigma de la cultura vertical con la horizontal; en lo programático, respecto a la efectividad y dimensión de las acciones en salud, abarcando acciones que contribuyan al mejoramiento de la condiciones de vida de las personas; y en lo organizacional, en la creación de una estructura presupuestaria continúa y oportuna, y un modelo de gestión que sea eficiente y suficiente para abordar los objetivos de las intervenciones de los servicios de salud y la ciudadanía.

La sostenibilidad de la estrategia va aparejada con los resultados de esta experiencia y la negociación política para alinear a los actores en el cambio de paradigma de las organizaciones burocráticas en general.

## BIBLIOGRAFIA

- Agenda Pro Participación Ciudadana 2006 – 2010.
- Agenda Pro Participación Ciudadana. Resultados esperados al final del Período Presidencial. Avances 2006- 2007.
- Ardila Acuña, Federico, (2003), “La Reforma de la Administración Pública: entre los paradigmas y las realidades nacionales”, CLAD, Panamá, 14 pp.
- Banco Interamericano de Desarrollo (2000), Marco de Referencia para la acción del Banco en los Programas de Modernización del Estado y Fortalecimiento de la Sociedad Civil, Washington DC, 23 pp.
- Banco Interamericano de Desarrollo, (2005), “Evaluación del presupuesto participativo en Brasil”, BID, Departamento de Desarrollo Sostenible, Washington DC, 112 p.
- Canto, M., (2008). Las Políticas Públicas Participativas, Las Organizaciones de Base y la Construcción de Espacios Públicos de la Concertación Local, 30 pp.
- Castillo, A., y H. Villavicencio (2005), Hacia una Democracia Deliberativa, Ediciones El Tercer Actor, Santiago, Chile, p. 9.
- Consejo de Participación Social en Salud, experiencia premiada año 2004. [www.premioinnovacion.cl](http://www.premioinnovacion.cl)
- Cunill, N., (1995), “La Rearticulación de las relaciones Estado Sociedad: en búsqueda de nuevos sentidos”, Revista del CLAD Reforma y Democracia, N°4, Caracas, 20 pp.
- Cunill, N., (1998), Los posibles fundamentos de la participación ciudadana, en Gaceta, Mexicana de Administración Pública Estatal y Municipal, N°58, México D.F., P.17.
- Domike, Arthur, (2006), Sociedad Civil y Movimientos Sociales, Washington DC, BID, 457 pp.
- Donoso Valenzuela, N., Presupuestos Participativos en Salud. Jefa de la Unidad de Participación Social de la Subsecretaría de Redes Asistenciales desde el 2006 al 2008, actualmente a cargo de la línea estratégica de Presupuestos Participativos.
- Gabinete. Presidencial (27 de agosto de 2009), Instructivo Presidencial para la Participación Ciudadana en la Gestión Pública N° 008, Santiago, Chile.

- Gobierno de Chile, (2001), Participación Ciudadana en la Gestión Pública. Marco conceptual, P. 40.
- Gobierno de Chile, (2001), Ministerio Secretaría General de la Presidencia “Participación Ciudadana en la Gestión Pública”.
- Gobierno de Chile, (2009), Mensaje que envía proyecto de Ley sobre el Establecimiento de una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecimiento de la participación ciudadana”, Santiago de Chile, 45 pp.
- Godoy Fuentes, Roberto.(2000) Participación Ciudadana En El Espacio Local: Hacia La Construcción De Una Nueva Ciudadanía En Chile, Universidad de Chile, Departamento de Ingeniería Civil Industrial, 2000, Santiago.47 pp
- Habermas, Jürgen, (1991), Tres Modelos de Democracia, Sobre el concepto de una política Deliberativa, Conferencia pronunciada en el Departamento de Filosofía, Universitat de Valencia , Ediciones Episteme, Instrumentos de trabajo, Vol. Nº 43, Valencia 1994, 8 pp.
- Kliksberg, Bernardo, (1997), Repensando el Estado para el desarrollo social; más allá convencionalismo y dogmas, Revista del CLAD Reforma y Democracia, Nº 8, Caracas, 25 pp.
- Licha, Isabel ., (2002) “Gerencia Social en América Latina”, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC, 311pp.
- Ministerio de Salud, (2001), Modelo de Salud con enfoque familiar y comunitario, Santiago de Chile, 20 pp.
- Ministerio de Salud (2008), Política de Participación Social en Salud, Santiago, Chile.
- Morlachetti, A; Guzmán, J.; Cuevas, M., (2007), “Estrategias para abogar a favor de las personas mayores” CEPAL, Santiago, 44 pp.
- Mujica, P., (2002), “La Participación Ciudadana en relación con la gestión pública”, Corporación Participa.
- Navarro, H., (2005), Manual para la evaluación de impactos de proyectos y programas de lucha contra la pobreza, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES), CEPAL, Santiago de Chile, 85 p.

- Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública del Sistema Nacional de Servicios de Salud, aprobada por Resolución Exenta N° 168 del 02 de Abril de 2009.
- OMS, (2008), Subsanan las desigualdades en una generación. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Pág. 18.
- Pérez, Ana María, Oraison, Mercedes, (2007), Exclusión, participación y construcción de ciudadanía. Una aproximación al estudio de los procesos de exclusión/inclusión, Centro de Estudios Sociales, Universidad Nacional del Nordeste, Argentina, 5 pp.
- Porras, Jorge., (2005), Internet y las nuevas oportunidades para la deliberación pública en los espacios locales, en Revista Nueva Sociedad, N°195, enero – febrero 2005 Caracas, pág. 103 – 104.
- Rawls, John, (1993), “Las Capacidades Ciudadanas y su Representación”, Centro de Estudios Públicos, N° 53, 171- 210
- Restrepo, D., (1997), “Relaciones Estado – Sociedad civil en el campo social. Una reflexión del caso colombiano”, Revista CLAD Reforma y Democracia, N° 7, Caracas, 16 pp.
- Secretaría General de la Presidencia, (1997), “Participación ciudadana en la Gestión Pública: Marco conceptual”, Santiago, Chile, 54 pp.
- Simon, Jeanne.(2009) Apuntes de Clases.
- Unidad de Participación Social, (2006), Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud, Santiago, Chile
- Varios autores, Programa de Gobierno de Sebastián Piñera Echenique “Para el Cambio, el Futuro y la Esperanza”, Capítulo III “Hacia Una Sociedad de Instituciones” Santiago, 2009, 34 p.
- Varios autores (1998), Una Nueva Gestión Pública para América Latina, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD), 19 pp.
- Vega, Jeanette., (2005), Enfoque de Determinantes Sociales de Salud, orientaciones para la agenda social, documento síntesis del ciclo de Diálogos Democráticos, Santiago, Chile.
- Villarroel, Mónica, (2006), Mecanismos Participativos en el diseño, formulación e implementación de leyes, políticas y programas sobre envejecimiento, Centro

latinoamericano y caribeño de demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL, 94 pp.

- Waissbluth M, Larrain F, (2009), “Modelos de gestión pública y sus implicancias para la planificación, evaluación y control de la gestión del Estado”. Consorcio para la Reforma del Estado, Santiago, Chile, 26 pp.

## **ANEXOS**

**Anexo N°1: Cuestionario autoaplicado “Presupuestos participativos en Salud”.****MAGISTER EN POLITICA Y GOBIERNO**
 Cuestionario Autoaplicado  
 “Presupuestos Participativos en Salud”
**Presentación**

Usted ha sido identificada como una persona clave para profundizar en el conocimiento de los nuevos procesos participativos, marcos institucionales y nuevos espacios para la toma de decisiones que han generado los Presupuestos Participativos en Salud, por lo que es importante para nosotros, conocer sus percepciones sobre la experiencia de implementación de esta estrategia de participación ciudadana en su Servicio de Salud.

La información que usted aportará será de tipo confidencial y será significativa tanto al conocimiento de la estrategia como a la obtención de nuevos insumos para su retroalimentación y a través de ello, la profundización de los procesos de participación ciudadana en la formulación e implementación de políticas públicas de salud.

## Descripción de la Estrategia de Presupuestos Participativos en Salud

1. Según su conocimiento y experiencia, le solicitamos que identifique los nuevos procesos participativos, marcos institucionales y nuevos espacios para la toma de decisiones que se han generado en el marco de la implementación de los Presupuestos Participativos en Salud en su Servicio de Salud. En la siguiente tabla, identifique al menos 3 aspectos destacados por cada componente.

**Tabla 1: Procesos, actores y marcos institucionales**

Componentes	Identificación
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuevos procesos para la toma de decisiones</li> </ul>	1. 2. 3.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuevos actores del proceso participativo</li> </ul>	1. 2. 3.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nuevos arreglos institucionales para el proceso participativo.</li> </ul>	1. 2. 3.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Otro Componente:</li> </ul>	1. 2.

	3.
--	----

2. Respecto al proceso de toma de decisiones a través de los presupuestos participativos. Marque de 1 a 5 (1= no esta de acuerdo a 5 = muy de acuerdo)

Nuevos procesos para la toma de decisiones	Nota				
	1	2	3	4	5
Desde su puesta en marcha, los presupuestos participativos, han incidido en transformar la toma de decisiones en salud en un proceso más democrático.					
Desde su puesta en marcha los presupuestos participativos han sido un instrumento eficiente para conocer las necesidades de los usuarios.					
Desde su puesta en marcha los presupuestos participativos han proporcionado una oportunidad para la convergencia entra las distintas visiones y voluntades (Directores SS, Alcalde, dirigencia social)					
Desde su puesta en marcha los presupuestos participativos han servido para financiar iniciativas de alto impacto en calidad de atención y situación de salud y en la calidad de vida para la comunidad.					
Desde su puesta en marcha los presupuestos participativos han fortalecido el trabajo en red					
Desde su puesta en marcha los presupuestos participativos han proporcionado aprendizajes en gestión participativa para actores sociales e institucionales relevantes.					

3. Respecto al proceso de instauración de los presupuestos participativos. Marque de 1 a 5 (1= no esta de acuerdo a 5 = muy de acuerdo)

Nuevos Procesos	Nota				
	1	2	3	4	5
Desde su puesta en marcha, los directivos del Servicio de Salud están más comprometidos con la comunidad.					
Desde su puesta en marcha se sostienen reuniones regulares y periódicas del comité técnico político para constatar los avances en todo el proceso (diagnóstico, priorización, ejecución, evaluación, otros).					
Desde la puesta en marcha de los presupuestos participativos se han capacitado a los funcionarios de los servicios de salud en gestión participativa.					

Los PP han permitido obtener aprendizajes en el trabajo con la comunidad y mejorar la relación con los usuarios.					
Las PPs han mejorado la imagen corporativa del Servicio de Salud frente a ciudadanía.					
Los PP han permitido la integración de las redes locales (Municipios, Dirigentes Sociales, otros actores públicos, etc.)					
Los PP han permitido afianzar el Modelo de Atención con el foco en el usuario, su familia y la comunidad.					
Los PP han permitido el establecimiento de alianzas estratégicas con la comunidad.					

4. Respecto a los actores que se involucran en el proceso de PPS. Señale de lo siguiente (1= no esta de acuerdo a 5 = muy de acuerdo)

Nuevos Actores	Nota				
	1	2	3	4	5
Los PPS han permitido una mayor conciencia de parte de la ciudadanía de su rol en la prevención, mantención y cuidado de la salud.					
Ha afianzado los lazos de cooperación entre los usuarios de los servicios de salud.					
Ha permitido una renovación de liderazgos locales.					
Ha permitido que los usuarios conozcan el sistema de salud, sus oportunidades y sus limitaciones.					
Ha servido para dar a conocer la oferta de programas de salud del Ministerio de Salud.					
Ha permitido que los usuarios prioricen sus necesidades en base a una cantidad limitada de recursos.					
Ha permitido que los usuarios conozcan la disciplina de formulación de proyectos.					
Ha permitido a los usuarios influir en otros ámbitos de su vida comunitaria (JJVV, Municipio, otros)					

5. Marque con una cruz un valor entre 1 y 5 la frecuencia con que cada una de las siguientes afirmaciones, mejor caracteriza los Presupuestos Participativos en su servicio de salud, territorio o comuna (1=frecuencia muy baja, 5 = frecuencia muy alta).

Principal Característica del Presupuesto Participativo	Nota				
	1	2	3	4	5
Como un programa permanente que es parte de la política pública de su institución en participación ciudadana.					
Como un proyecto o plan de trabajo específico para conocer las necesidades de la comunidad durante el último año.					
Como una iniciativa que solo involucra a la comunidad.					

6. Marque con una cruz (X) con un valor entre 1 y 5 su valoración en cada una de los siguientes ejes temáticos de la Estrategia de Presupuestos Participativos (1= frecuencia muy baja, 5= frecuencia muy alta)

Ejes Temáticos	Nota				
	1	2	3	4	5
Satisfacción usuaria					
Participación social					
Liderazgo					
Salud Intercultural					
Salud Ambiental					
Género					
Promoción de la Salud					
Otros (Especificar).....					

7. ¿Cuáles son los grupos de población que con más frecuencia se involucra en las acciones de los Presupuestos Participativos en Salud? ( Señale con una cruz los tres más frecuentes)

<b>Grupos</b>	<b>Marque con una cruz, los tres más frecuentes</b>
Adolescentes	
Adultos	
Adultos mayores	
Niños y niñas, menores de 5 años	
Niños y niñas, mayores de 5 años	
Mujeres	
Personas con Discapacidad	
Migrantes	
Indígenas	
Hombres	
Otros (especifique).....	

8. Indique con un valor entre 1 y 5 la frecuencia con que cada uno de los siguientes actores institucionales se involucran en los presupuestos participativos (1=frecuencia my baja, 5 = frecuencia muy alta)

<b>Actores Institucionales Comprometidos</b>	<b>Nota</b>				
	1	2	3	4	5
Director de Servicio de Salud.					
Encargado de Participación Ciudadana del Servicio de Salud.					
Encargado de Promoción de la Salud del Servicio de Salud.					
Director del Centro de Salud (Consultorio, CESFAM, COSAM, Hospital, etc.)					
Profesionales del equipo de salud (asistente social, matrona, enfermera, psicóloga, médico, etc.					
Consejo Consultivo del Servicio de Salud					
Consejo de Desarrollo Local del Establecimiento de Salud.					
Jefe de Finanzas del Servicio de Salud.					
Jefe de Recursos Físicos.					
Encargado de Comunicaciones Servicio de Salud.					
Otros (indicar)					

Valoración / percepción de impactos
-------------------------------------

En esta sección le pedimos que nos ayude a valorar el impacto alcanzado por la estrategia en una serie de aspectos. Para ello es necesario que valore, desde su punto de vista, los avances alcanzados (desde los orígenes hasta la fecha) de acuerdo a la información y experiencia que UD.

1= Muy insuficiente o muy malo

2= Insuficiente o malo

3= Regular

4= Bien o Bueno

5= Muy bien o Muy Bien

Para evaluar cada uno de factores se solicita marcar con una x aquella nota (escala de 1 a 5) que representa de mejor manera su parecer en los aspectos mencionados

1. Valore los avances en la incorporación de los Presupuestos Participativos en la agenda anual de su institución.

Avances Observados	Nota				
	1	2	3	4	5
Participación en la toma de decisiones.					
Iniciativas para el fortalecimiento institucional.					
Formación de líderes en salud.					
Control social de la gestión en salud pública.					
Transparencia activa y pasiva.					
Desarrollo de conocimientos, actitudes y habilidades.					
Desarrollo de políticas integrales (intersectoriales o inter programáticas).					

2. Sobre el desarrollo de conocimientos, actitudes y habilidades en los equipos temáticos que aportan los Presupuestos Participativos para fortalecer una cultura más democrática en la relación con los usuarios, señale por favor, lo que usted considera más destacado.

Competencias en directivos para la gestión participativa	Señale lo más destacado (ideas fuerzas)
Conocimientos	- - -
Actitudes	- - -
Habilidades	- - -

3. señale por favor, de acuerdo a su experiencia y opinión a lo más dos recomendaciones que usted realizaría para mejorar la calidad del proceso participativo que genera este mecanismo de participación ciudadana.

1.....  
.....  
.....  
2.....  
.....  
.....

## **Anexo N°2: Entrevista 1**

Trabajo hace 15 años y 9 meses en el servicio de salud occidente, pasé por muchos programas. Fui encargado del programa de drogo dependencia, trabaje en salud mental, en coordinación de gestión de red y finalmente hace 4 o 5 años, se abrió el tema de la participación social en el servicio, donde se van a instalar las OIRS y el ministerio abrió toda una política, un abanico de instancias y mecanismos de participación que iban desde la reclamación individual, de las OIRS, que es una política que supera al ministerio de salud, que es transversal al estado, pero en particular, en salud, había que trabajar y todavía no se consolida la ley de deberes y derechos, que es la última ley de la reforma que está pendiente. Sin embargo se ha potenciado el ámbito de la transparencia, por lo tanto las cuentas públicas. La propia ley de la reforma indica que los directores de los servicios de salud están mandados a generar instancias de participación a modo de consejos resolutiveos de usuarios donde históricamente nosotros recuperamos una historia que era anterior a eso... con otros nombres... redes amigables... desde los años 60 existían redes comunitarias, consejos de salud, consejos de desarrollo local. Entonces hay muchas denominaciones que la ley, lamentablemente recogió con un solo adjetivo que era consejo resolutiveo de usuarios pero que finalmente ahí hemos recogido, bajo ese concepto, todo lo anterior. Incluso localmente la gente, por la tradición e historia, quieren seguir llamando de la misma manera. Esto es relevante para el tema del presupuesto participativo porque este no cabe en el vacío de la participación social, en la inexistencia. Cae en un proceso progresivo que tiene que ver con las reformas de los años 60 a esta otra y que si tuvo un impulso preponderante los últimos 25 o 30 años pero yo creo que... Y donde se estableció una serie de mecanismos diversos... y si uno hace la gradiente de grados de participación que ofrecen distintas instancias... el presupuesto participativo se ubica dentro de uno de las instancias que ofrece mayor grado de participación social. Porque se define como una estrategia que permite a los usuarios o destinatarios de las políticas públicas participar de la toma de decisiones sobre los recursos públicos. Los usuarios pueden reclamar por los derechos adquiridos puede consultar por una determinada situación, puede hacer una reclamación, eventualmente puede demandar al gobierno.

Nosotros en nuestra hipótesis hemos planteando que el presupuesto participativo esta señalando un cambio en la cultura democrática, que se vería en una relación distinta con los usuarios y ciudadanos. Y hablamos de un proceso deliberativo democrático. Entonces teniendo eso en mente ¿qué cosas te ayudaron, te sirvieron de argumento para convencer, para tomar decisiones, para generar un proceso nuevo.

El antecedente es una política ministerial que amén de la política nacional y a pesar de no existir, de no haber arribado una política sobre la organización social que tiene el país, durante el gobierno de Lagos y el de Bachelet, se mantuvieron siendo instructivos presidenciales que obligaban transversalmente a los ministerios a meterse en esos temas y a profundizar en ellos, a pesar de que ello sigue siendo una debilidad. En todas la evaluaciones que yo conozco, dicen que el ministerio de salud fue el que más avanzó de todos los ministerios en desarrollar participación social aunque el que está metido adentro puede decir que es insuficiente, es menos de los que uno esperaba... pero comparativamente, lejos, fue el que más avanzó en esto. Existe una base de participación social en salud que también nos ponía expectantes con respecto a otros ministerios y es que históricamente, la salud y la previsión y protección social en Chile (años 30 o 40) se creó no por iniciativa del estado, las mutuales... fueron las organizaciones de artesanos... y fueron armando el seguro social y el ministerio de salud, el sistema nacional de salud se formó juntando todo eso que había creado la sociedad civil. De ahí hay una tradición donde en salud hay una impronta cultural que está en la gente que es dable, es necesario y es de derecho participar en salud. Entonces cuando yo llegué al servicio hace 15 años seguramente, aun no estaba promulgada la ley de la reforma, sin embargo habían consejos locales de desarrollo que sí habían ido adquiriendo una lógica dependiendo de las comunas y de los liderazgos locales, una lógica más distanciada, más colaborativa, hay mucho voluntariado, uno llega a un hospital y hay damas de rojo, de verde... que ayudan voluntariamente y que esta como institucionalizada. La lógica que cambia en estos últimos años es que se pasa de lo asistencial, de lo meramente voluntariado... se pasa a una concepción de ejercicio de derecho, se empieza a meter el tema que es un derecho y que además aparece otro elemento con estas distintas instancias, aparece la instancia que permite el control social. O sea, las cuentas públicas, desde la primera que yo vi hasta las últimas, se la

hacía el director del servicio a sus colegas y nadie entendía nada y si se dignaba hacía un power point con cifras y gráficos muy complejos no dirigidos a la comunidad. Entonces, en la medida que pauteamos eso y que la cuenta pública fue cada vez una instancia de control social donde lo que hace el directivo no es informar si no dar cuenta de su gestión, entonces comienza a haber un empoderamiento comunitario.

Como digo, esto es desigual, todavía sigue habiendo déficit o clientelismo en algunos lugares... porque hay un diferencial muy grande y eso es lo que más ha sido obstáculo para que la antigua tradición burocrática... (...) acepte las instancias participativas. Es que este diferencial de información que hay entre el usuario y el prestador es muy grande, o sea, cuando no va a un supermercado y compra chocolates no necesita un curso de chocolatería, es un gusto personal y si no te gusta el producto lo deshechas y cambias, pero el producto salud tu no puedes... y por eso es tan importante el tema de las evaluaciones de satisfacción usuaria, incluso muchas veces no está asociada al resultado. O sea, puede que tu puede que no salgas bien parado de una intervención, pero si te dieron un buen trato y la persona se sintió acogida, la persona no tiene capacidad para evaluar si este cirujano lo hizo mejor o peor... después puede compararlo con otras evidencias... pero la gente se queda con el trato. Entonces eso te habla del diferencial de información que hay entre los... y por lo tanto generalmente en salud, se tiende a pensar que el usuario no tiene mucho que opinar sobre su gestión, no tiene argumentos, no tiene antecedentes y no tiene por que evaluarlos... Esa es la resistencia más grande que está... no solo en directivos... en niveles asistenciales, en la tradición... digamos además que esto no pasa en ninguna malla curricular de las carreras de la salud... tal vez en trabajo social... (...)

Pero en el servicio de salud no. La verdad es que... tuvimos que hacer un proceso para convencer a la dirección de esos momentos y después que los convencimos la pregunta siguientes era... pasen la plata. Entonces hacer convencer a los directivos de esta otra vuelta de tuerca que era... mira... esto no es un proyecto a parte de lo que tú gestionas habitualmente, lo que queremos instalar en un nuevo modelo de gestión, por lo tanto esto no es un proyecto a parte... de promoción o de prevención donde lleve un presupuesto ad-hoc, es del presupuesto habitual que tu recibes y que tu gestionas y te estamos pidiendo que una parte de ese presupuesto, una mínima parte... la gestiones de

una manera diferente a como gestionas todo lo otro. Una parte la entregas a los establecimientos, a los hospitales por el PPV por actividad, por PAD, transfieres a los municipios por per cápita, etc. ¿En qué parte opina alguien de los usuarios con respecto a esto? Nada, son criterios técnicos, financieros, verticales, etc., con orientaciones ministeriales, con alguna adecuación local y lo demás se va todo... ¿En qué momento los usuarios opinan? cuando tú tienes una red del servicio de salud, como el caso nuestro con 16 comunas con 8 hospitales y con 55 establecimientos de atención primaria en la red, ¿en qué momento la gente opina cuál es el polo de desarrollo? Tienes la provincia entera de Melipilla y Talagante y tienes un millón doscientos mil habitantes y la mitad de la población la tienes en tres comunas urbanas: Lo Pardo, Pudahuel y Cerro Navia tienen quinientos mil habitantes y los otros quinientos mil están repartidos en 10 comunas. Entonces en qué momento la gente decide si es mejor desarrollar el hospital de Melipilla porque si no a los pacientes hay que trasladarlos, a través de toda la provincia hasta Santiago, o que pasa con lo de Curacaví y qué pasa con Alhué que está casi llegando a la sexta región... No, nadie opina: se utilizan otras estrategias de coordinación de red asistencial pero en las que no había participación determinante de los usuarios y en donde cada vez que se genera esa instancia el estamento técnico vuelve a llevarlos a lo que conoce que es: la discusión técnica... las especialidades... del desarrollo de la especialidad... del dato epidemiológico duro o el dato que se usa poco, de prestaciones atendidas, oferta demanda. Entonces tú tomas las decisiones con directivos, a veces consultas de la red, tienes una reunión periódica con el hospital, atención primaria ya tiene una ley particular por lo tanto más bien ahí negocias que acuerdas. ¿Y los usuarios qué opinan de lo que tú estás gestionando, que son varios millones?...

Cuando se decide acá hacer un presupuesto de 50 millones, en el presupuesto del servicio de salud anual. Entonces es más bien la experiencia y la experiencia nuestra fue... si bien uno cierra el proceso y encuentra que hay éxito al final, hay progreso, etc. Fue muy duro, hubo un momento en que se produjo un conflicto entre la atención primaria y los hospitales... entonces descubrimos que había clientelismo de los dirigentes, es decir, el dirigente del hospital defiende su hospital y el dirigente de atención primaria defiende su atención primaria, su consultorio y por lo tanto cuando tu

pones la posibilidad de discutir sobre en qué cosa es mejor gastar esto... la primera discusión no es con altura de mira si no que es: tengo que tratar de llevar el máximo de esta plata para lo mío. Esto no sólo atravesó a los usuarios si no que después los usuarios fueron inducidos por los equipos de salud a esta pelea. Porque la lucha por el poder existe... mi territorio, mi jefatura... aquí no se viene a meter el servicio... yo decido las cosas aquí...

Así que el proceso fue súper complejo. Cometimos muchos errores porque no había un decálogo... uno podía leer otras experiencias pero las instalaciones eran muy distintas... Nosotros partimos convocando a una reunión en Melipilla a todos los consejos consultivos de usuarios y a las direcciones de salud y al hospital. Pero nos equivocamos en una cosa muy sutil, para nosotros sin importancia... los problemas de transporte. Después evaluamos que haberla citado en el hospital marcó toda la circunstancia. Esto iba a ser la provincia de Melipilla, esto incluso a Alhué, San Pedro, María Pinto, Curacaví, etc. Resulta que Curacaví, estando en la provincia de Melipilla, no deriva nada al hospital de Melipilla porque le queda más cerca el hospital San Juan de Dios y eso uno no lo ve en el mapa. Entonces la demanda para ellos era en el San Juan de Dios y sus prioridades era resolver cosas acá. Los otros derivaban a Melipilla y ahí, habiendo un hospital que en nomenclatura se acerca a un hospital de tipo 2... todas las falencias de especialistas también van al San Juan de Dios. Entonces... por técnico empezamos a re descubrir toda la verdadera existencia de la red: todo no se satisface donde debiera... la red de derivación está casi por especialidad, o sea, para una especialidad tienes toda una provincia para otra especialidad tienes una parte aquí otra por allá...

Pero lo sintomático que marcó más bien políticamente, no en términos partidistas ni ideológicos, si no en términos de las relaciones sociales entre los distintos poderes... de las organizaciones sociales de los dirigentes, de los encargados de participación, de los directores de salud y de las direcciones de hospital, es que si los habíamos citado en el hospital... era el presupuesto participativo del hospital. Entonces, la gente del hospital quería señalar eso porque al tiro querían marcar eso. Entonces el comidillo, las negociaciones, los acuerdos poco claros.

Nosotros volvimos felices de esa primera reunión y en realidad fuimos a instalar un conflicto. Porque el director del hospital dio las gracias por los 50 millones y le explicamos que sólo nos habían prestado una sala de reuniones porque lo que queremos es hacer un proceso deliberativo para definir cuáles son las necesidades de la población de la provincia y para que en conjunto con la población organizada y los equipos de salud le demos un destino a estos fondos, no importando si se gastan en atención primaria o no. Vamos a definir cuál es el problema y después vamos asignar...

Llegar a acuerdo requiere un sustrato metodológico en quien lo haga que fue nuestro segundo error. Yo soy sociólogo y no estaba formado. La verdad es que nos formamos y el ministerio generó un programa de formación en algunos casos simultáneo o posterior a la decisión del presupuesto. Por lo tanto nos pilló a algunos mientras estábamos haciendo el diploma de participación... habíamos empezado ya hace unos meses a hacer la ejecución del presupuesto participativo... y esa es otra cosa... como equipo tú descubres que cuando se tratan de cosas deliberativas los equipos también piensan distinto. Si bien para cualquier otra cosa, como equipo de salud, teníamos consensuado por nuestras orientaciones técnicas que habíamos adecuado a todo lo demás y en este proceso de adecuación tú haces un proceso de equipo de definición de prioridades... haces un consenso de equipo. Respecto a esto todos creíamos que pensábamos igual pero... ¿qué es más participativo, mucha gente o poca gente bien calificada? Cuando es mucha gente tenemos que ir a muchos lugares o tenemos que concentrarlos, además, en mitad del proceso tuvimos que para y hacer una capacitación ya que los dirigentes nos dijeron que para tomar decisiones tenían que saber más de salud de cómo funciona el sistema, de los programas... Entonces hubo muchas cosas que en términos cronológicos de debieron hacer de manera distinta. Se deben hacer aprestos y capacitación primero, unificar criterios en los equipos técnicos, criterios directivos... (...) en el servicio teníamos distintos frentes: organizaciones sociales, vinculación de esas organizaciones sociales con sus determinados referentes y adscripción a ponerse la camiseta de la atención primaria u hospital y lealtades de los equipos de salud con nosotros, lealtades locales y que tanto pesaban en las discusiones habituales del servicio... en que yo participo metiendo el tema en el consejo técnico o creando un consejo técnico, tengo que hacer una reunión de consejo técnico que es más o menos la misma que se hace

para tomar grandes decisiones del servicio con la directora, su director administrativo, su director médico... la encargada de atención primaria, jefe de finanzas, jurídica y yo... por 50 millones de pesos. Me daban 5 minutos porque ellos estaban decidiendo sobre dos mil millones en otras cosas, la construcción de establecimientos... me decían: saquemos rápido tu cuestioncita...

Esto hace que los procesos se demoren mucho, la gente se anduvo angustiando en algún momento. Tú puedes hacer un primer levantamiento, tuvimos una gran jornada con 250 dirigentes... y salieron 60 prioridades y las teníamos que ordenar en ejes... y después teníamos que devolverle eso y la gente se aburría. También está acostumbrada al sistema de que ellos hacen su demanda, reclama por lo que falta y la autoridad les responde sí o no... y que sea rápido... Eso nos llevó a que en algún momento paramos y nos fuimos a una capacitación.

En algún momento nos llega una carta sin firma pero con todos los nombre de los consejos de usuarios de atención primaria de Melipilla, no incluía al hospital y a Curacaví, diciendo que ellos no estaban de acuerdo con el proceso... era una especie de boicot... Respondimos con una larga carta dando respuesta a cada uno de los puntos... Como no tenía firma, llamamos a la gente y no tenía idea de la carta... había sido ella por unos pocos... esta respuesta la enviamos certificada a cada dirigente para que no siguiera levantando alboroto, después de eso reaccionaron y ellos nos citaron a una reunión que le explicáramos de la carta que ellos no habían firmado. Fue una cosa fea, ya que había manipulación... se desencadenaron las pasiones y los intereses... hay intereses legítimos en estas cosas... incluso creo que los intereses políticos son legítimos porque los dirigentes no son una cosa aséptica... y están limpios de pensar ideológicamente... el problema es que instalado esto... el objetivo del bien común era de un proyecto de la comunidad para la comunidad, en donde conducen a sus directivos a que evalúen generosamente en donde es mayor la necesidad. Entonces eso, que parece tan de sentido común no es así porque las pasiones...

Finalmente arribamos a puerto, después de eso se allanó un montón el camino y ahí fue que son pidieron que era imprescindible que la capacitación, que era una de sus

demandas, que ellos pensaban que era uno de los productos... en vez de ser producto final... era un producto intermedio... Necesitamos capacitación para seguir escuchando. Entonces trajimos un metodólogo en esto.

¿En qué capacitaron? ¿Cuáles eran los temas que la gente decía que eran importantes?

Lo que pasa es que lo que necesitábamos eran mecanismos para tomar decisiones, para priorizar problemas, mecanismos principalmente de priorización. Era imprescindible legitimar un procedimiento técnico y que no fuera exclusivamente por la mano alzada. El otro problema que teníamos y lo resolvimos a medias es que para nosotros eran premisa los consejos consultivos de usuarios, que los teníamos en mucha cantidad en cada consultorio, consejos de salud, y que participaban os mismos en distintas instancias... el problema era como evaluar el asunto de la representatividad y nos dimos cuenta que ahí también quedábamos capturado en un universo que más o menos conocíamos, que son los de siempre... cómo salíamos a la comunidad. La verdad que eso lo conseguimos a medias porque eso habría significado una elección popular... pero si era complejo transferir todo ese proceso a este grupo de unos doscientos dirigentes. Cómo lo haces para incluir a unos millares más para incluir a la población no organizada. Se debe hacer reasignando información, se hace llegar una lista de las priorizaciones a las que se llegó y que voten sin demasiada información, para no gastar dinero en información, folletos y comunicación.... Sí lo que hicimos fue ir a cada comuna y eso permitía ampliar la base de solamente reunirte con el dirigente y ampliamos la base de participación.

¿No fueron sólo al consultorio o al establecimiento de salud, fueron a los consejos de salud?

Claro, y en esos lugares pedimos que convocaran a las juntas de vecinos, a quienes era sus interlocutores, esta fue nuestra forma de ampliar. Ellos indagaban y subían información pero los que finalmente deliberaban eran los dirigentes de los consejos, pero obligamos a que consultaran a sus bases. No pudimos salir a la población general, colocar carteles... porque el presupuesto era mínimo y si lo hacíamos así, también,

porque creemos que es más importante discutirlo por personas interesadas que votarlo por todos. Esa fue nuestra elección, se que otros servicios hicieron otra cosa, hicieron elección, hicieron urnas, llegaron a un numero definido de proyectos pre aprobados y convocaron a votar a quienes entraban a atenderse en el consultorio...

Pero ese es el problema de la representatividad, la legitimidad y de la extensión de la participación. Es un tema que aparecerá cada vez que se haga.

¿En qué situaciones se dio el proceso deliberativo democrático del que hablamos, en la experiencia? Y nos puedes, además dar algunas recomendaciones para mejorar el presupuesto participativo como mecanismo de participación ciudadana en los servicios de salud.

La primera etapa es la implantación, es dar a conocer algo que no está. Primero se informa que hay algo llamado presupuesto participativo, una modalidad nueva de gestionar recursos en salud y para eso no basta con un input simple, amerita una capacitación. Para lograr comprender cambios reversivos, como le dicen los españoles, hay un momento en que se produce una reflexión y hay un cambio cualitativo, pero significativo o un cambio epistemológico, un cambio de paradigma...

Se corta el audio

Ese grado de complejidad era difícil preverla... porque era un proceso nuevo.

El primer momento es como bajas a la comunidad y le informas... El mecanismo que utilizamos fue, pensando en la instalación democrática era que todas las cosas se bajan por conducto regular y finalmente llegan al usuario. Entonces la primera reunión que hicimos también provocó mucho... porque invitamos simultáneamente a la comunidad, a los técnicos y a los directivos, Nosotros teníamos que dar esa señal pero después tuvimos que aguantar que esa señal provocara resquemores, porque lo tradicional es que la cuestión me baje por conducto regular y yo no tengo porque saberlo al mismo tiempo que otro que está más bajo en la escala jerárquica que yo.

Luego hay que preparar las condiciones para eso a nivel local, al nivel del equipo impulsor que acá se le llama equipo motor, que debe ser el equipo que instala, en este

caso el equipo del servicio incluso este equipo lo tiene más claro que sus directivos, porque el ministerio convocó a que los directivos se capacitaran en esto y los directivos lo rechazaron. Se invito a 150 directivos a participar en el diploma y fueron a la primera y después delegaron en un subordinado... en el jefe de participación... porque es una cosa, en la escala de sus prioridades, que ocupaba mucho tiempo y era pasa hacer algo muy puntual. Aquí hay una estrategia que desde el ministerio falló, era bien intencionada, estaba bien dirigida, estaba bien pensada, pero falló. De ese diploma egresamos la mitad y directivos tres. La instalación a nivel directivo fue débil.

En segundo lugar, cuando estás instalado en un servicio del territorio... para nosotros también fue insuficiente el nivel de despliegue y de comprensión y además nos topamos con esta sorpresa que el nivel de conflictividad entre estas dos leyes, la reforma y lo asistencial hospitalario versus la atención primaria, genera efectivamente una brecha muy grande y una forma de relacionarse que es negociación, conflicto y confrontación... o sea, habían intereses comunes pero esto que antes era una red ahora esta fracturada por las leyes y por la autonomía que tiene la atención primaria y eso es más conflictivo que lo que tú supones. Y además a nivel local ambos se deben al mismo público o destinatario pero que, viéndolo así, se clienteliza de alguna manera. – yo a los míos, lo que tengo que hacer con el lo tengo bien hecho, son los otros los que lo tratan mal – Los pacientes se pasean por los hospitales pero está inscrito en el consultorio, entonces es una lógica que el paciente pertenece a esta comuna y a este consultorio... y lo otro es un pasar por la vida. Pero eso depende de cuando convenga el paciente es tuyo o de otro. Ese es otro nivel de instalación, para eso debe haber previo al proceso efectivo de ejecución del proceso participativo, hay que partir con un proceso de capacitación y para los equipos técnicos debe haber capacitación en metodología participativa, porque esto es como la calidad de la democracia, si tú dices que todos pueden participar pero después no generas instancias eficaces de participación... no pasa... Lo mismo aquí, tú supones que la gente que trabaja en participación a nivel local fundamentalmente es del área social... tienen concepto pero no hay metodologías adecuadas para deliberar, entonces uno se encuentra con que lo que todo el mundo hace son reuniones y votaciones a mano alzada o por mayoría... ese es todo el proceso... lo demás demora... hacer un árbol de problemas... pero eso es lo que provoca verdadera

deliberación porque va entregando elementos de juicio a la gente... porque la elección en salud no es sencilla... (...)

En la gestión del presupuesto nosotros suponíamos que los agentes locales manejaban procedimientos democráticos que permitieran que la discusión fuera ampliada y no... hay instalados mecanismos clientelares, porque para in asistente social que le dan 2 ó 3 consultorios es mejor tener un dirigente por cada uno y cada vez que hay que hacer reuniones ocupamos a la misma gente de siempre... para poner protocolarmente que hubo participación social... pero salir a la comunidad... eso es más trabajo... todos los niveles están sobrepasados... para hacer un proceso... deliberativo eso hay que tenerlo claro, es más trabajo que lo habitual, es más esfuerzo y requiere más competencias técnicas, que hoy yo no las veo instaladas.

¿Qué aprendizaje hay producto de esta experiencia, que otro aprendizaje relevante podrías identificar?

El otro aprendizaje es que en el disco duro de la dirigencia está una voluntad, una concepción más participativa pero se han clientelizados y hay que recuperar eso... nosotros cuando hicimos una línea de tiempo, les preguntamos cuál habían sido los hechos más participativos que habían tenido y marcaban eventos... como el terremoto del 60, porque la gran mayoría es población adulta... y aparecía gente que decía que lo más participativo en su vida había sido CEMA Chile, todavía, y al otro lado había gente muy humilde que les contestaban... - pero ahí les enseñaban a coser... a cocinar, a hacerle las cosas al hombre, en cambio ahora yo aprendí a valerme por mi misma – Te das cuenta que en el ADN de las personas o que en una dirigente que apenas escribe... tiene liderazgo urgencia de las cosas que se requieren... como los comités de agua...

Entonces, otro aprendizaje es que hay competencias pero hay que desentrañarlas en la comunidad... es una memoria histórica... y que además se confirma, que el diagnóstico más certero o que afina mejor el dato epidemiológico, es lo que la gente te va contando en su vida cotidiana, o sea, nosotros descubrimos cuestiones que para ellos ni siquiera había que comentar... el transporte... la micro... la sequía. Para salud, fue una novedad

enorme... ¿Cómo nos pasamos tantos años sin saber eso, preguntar eso? Y cómo nos pasamos tanto tiempo sin considerar que eso es parte del diagnóstico epidemiológico que debería haber... la variable social que debería rentar la política o la inversión en salud o socio culturales... Y finalmente, en todo proceso tiene que haber una sensación de superación de los problemas y de éxito, porque cuando le planteamos esto a algunos directivos, ellos dijeron lo mismo que habían dicho al principio: - pero eso yo lo habría hecho en dos meses... yo sabía que faltaba otorrino... - Entonces hay un cambio cultural que hay que producir en nuestros equipos que no están en las mallas curriculares formación o en la formación permanente de salud, lo atingente a la salud pública, que se ha perdido en la medida que nos hemos ido especializando... la gente se ha ido especializando pero endureciendo sus conocimientos de lo comunitario, de lo social. Por ejemplo, nos dimos cuenta que en las listas de espera que nosotros resolvimos, son más o menos las mismas listas de espera que tienen ellos desarrolladas para...(..) pero que no estaban acotadas... porque llevan no sé cuantos años y recién se están limpiando las listas de espera... Es un proceso que se inicio en la administración anterior... y darnos cuenta cual es realmente la lista de espera... y nos dimos cuenta que en esa provincia... fíjate que el problema asistencial no es tan grave... el problema asistencial estaba sólo en la comuna de Curacaví... En esta otra, con 50 millones de pesos, barrimos con dos de los problemas más graves de la provincia... ¿y por qué no se les ocurrió con todos los antecedentes epidemiológicos que hay?

A lo mejor si nos ponemos a mirar las otras cosas que están pasando en salud pública como la contaminación ambiental, o la cosa de las empresas y los químicos... nos vamos a meter en otro rollo, pero en lo asistencial hospitalario... nosotros llegamos a las mismas conclusiones sin tener el listado, porque llagamos a la comunidad. Entonces, cuando se resolvió el problema, ellos sintieron que fueron parte de la decisión y de la solución, no fueron solamente el problema.

¿Cómo llamarías tú a ese aprendizaje?

De empoderamiento y de corresponsabilidad. Cuando tú a la gente le tratas de explicar a la gente cómo es el funcionamiento de los establecimientos... la gente no lo aprende

hasta que tú no le pasas a ellos la responsabilidad y se involucran en las licitaciones y procedimientos... y comienzan a entender a los directores de hospitales... es así como logramos que la gente se haga cargo del proceso de salud.

Finalmente hay que terminar con un evento que deje cosas para adelante y no hacer de eso otro proyectito más a los cuales ya está acostumbrada la gente... Esta es una opción objetiva para trabajar con la comunidad y propusieron una nueva organización, más allá de la provincia y más allá del hospital... y eso para nosotros es un cambio paradigmático y eso los coloca mirando la salud publica no el daño... darse cuenta que la inequidad comienza cuando no tienes micro para llegar al hospital... obliga a la salud a darse cuenta que la cosa comienza mucho más afuera.

### **Anexo N° 3: Entrevista 2**

Hoy día, en la nueva estructura del servicio, desde un par de años atrás, se creó el Dpto. de atención al usuario y participación social yo soy la encargada de la jefatura el dpto...

**¿Ese dpto. desde cuándo funciona en el servicio?**

Como dpto. desde la reforma el 2005 – 2006 se crea la unidad y después, viendo los temas prioritarios a nivel de desarrollo y la importancia de esos temas para la institución se cambia a dpto.

**¿La reforma, como los marcos formativos de política en el sector... define u obliga a la institucionalidad del servicio de salud a tener una instancia específica que trabajará el tema de la atención al usuario y la participación ciudadana?**

Claro, porque hay un título de las limitaciones que dice específicamente que esa es la instancia de participación, de ahí lo toman, el servicio y lo traduce en el equipo profesional con ese nombre y con funciones definidas.

**Específicamente de los temas de la reforma y la normativa legal ¿Qué cosas de la normativa te han servido a ti para poder trabajar el tema de participación?**

Se tomaron todas las orientaciones de ahí y el dpto. desarrolla ejes temáticos que concentra todo el trabajo de la gestión de solicitudes ciudadanas, la línea de trabajo, todo lo que tiene que ver con las O.I.R.S. de los establecimientos y la gestión de las solicitudes ciudadanas y hoy incorporamos la ley de transparencia, esa es una línea de trabajo. La otra línea es participación con todos los componentes y estrategia de participación, mantener el funcionamiento los consejos de participación de los establecimientos con los enfoques de acuerdo a lo auto gestionado, a hospital amigo, a la acreditación... a todo. Los otros temas son satisfacción usuaria que tienen que ver con conocer, hacer estudios, tomando siempre el pulso a como la población está recibiendo las prestaciones del servicio. Otra línea que se incorpora pero que no es tan específica en la normativa pero que el servicio la entiende como satisfacción usuaria también y concentra programas socio-sanitarios, los auxilios extraordinarios, la relación con el Conadi, todo eso que constituye a satisfacción usuaria en el marco de algunas prestaciones que son clínicas también lo vemos nosotros. Otra línea de trabajo es todo lo que tiene que ver con la salud del programa especial de pueblos originarios. Una serie de temas que fueron dándole forma y se traduce... como que contribuyen a la

satisfacción usuaria, a la atención al usuario... responde a las demandas de solicitud ciudadana y las líneas de participación

En promoción hacemos una suerte de coordinación también compartido con el dpto. de participación de la red.

### **¿Y los presupuestos participativos?**

En participación social

### **Llegando al tema de presupuesto participativo ¿Qué es el presupuesto participativo?**

Se puede entender de dos formas. Uno, como un ejercicio ciudadano pero también se puede entender como un proceso de trabajo porque tiene claramente ventajas para su implementación. También podrías decir que es una estrategia porque es una forma de hacer las cosas, pero básicamente es un ejercicio y que implica un proceso.

¿Desde qué año se están implementando, en el servicio de salud oriente, estas estrategias o ejercicios?

Fue esto a través de que Laura Donoso hizo una conversación con el director del servicio, con el doctor Olgún en ese momento, a fines del año 1996, contándole de esta estrategia y motivándolo a que pudiéramos nosotros incorporarnos en términos de que habían algunas condiciones. Ella veía desde el ministerio que este servicio tenía algunas condiciones como para hacerlo. Entonces con esta conversación, es que el director del servicio me lo comenta como encargada del tema, que lo veamos y después vinieron las pasantías para conocer las experiencias que ya estaban instaladas en el país y nosotros nos inscribimos en Talcahuano que eran los pioneros. En ese momento el director considero que también tenía de ir alguien de la comunidad a Talcahuano a conocer la experiencia, que era del consejo. Nosotros tenemos un consejo de participación de la dirección. El servicio tiene un consejo de participación, como servicio

### **¿Qué también ve otros temas?**

Otros temas, entonces de ese consejo, elijo a una persona que vaya a conocer la experiencia, porque esto claramente tiene un componente que depende a la comunidad... de primera fuente. Así es que fuimos y conocimos la experiencia de Talcahuano.

Los que fuimos hicimos un informe y una propuesta de cómo lo queríamos implementar aquí y esa propuesta contempló las líneas... lo primero que hicimos nosotros fue revisar las condiciones que se suponía que tenían que tener los servicios para sumarse a esta estrategia y ahí vimos que la condiciones estaban presentes pero había algunas que había que fortalecer, entonces una de las primeras propuestas fue hacer algunas acciones para fortalecer aquellas condiciones que nosotros sentíamos que faltaban. Como por ejemplo, nosotros sentíamos en ese momento que, de los temas de participación, la valoración del soporte comunitario estaba muy presente en quienes trabajamos con la comunidad directamente, pero sentíamos que los directivos sabían a través de nosotros que había una comunidad activa. Entonces hicimos una primera actividad muy potente, un recorrido en terreno por distintas experiencias de participación y en ese recorrido invitamos a subirse al auto al director del servicio, al sub director administrativo, al asesor jurídico, al jefe de jurídica, al jefe de finanzas, al jefe de capacitación, al jefe de la unidad de comunicaciones, al jefe de recursos humanos, o sea, un grupo clave de autoridades del servicio y armamos una muestra en terreno. Nosotros llegábamos a un establecimiento y ahí nos estaba esperando el director o a quien hubiera delegado con representante de la comunidad y hacían una presentación de lo que había sido el proceso de participación, en vivo y en directo.

**¿Pero eso es antes del presupuesto participativo o parte del proceso?**

Es parte del proceso, porque esto es el apresto

**¿Es una estrategia para involucrar a los directivos?**

Claro, porque si nosotros íbamos a subir a una estrategia que estaba fuertemente arraigada en el compromiso de la comunidad, entonces tiene que haber una confianza de

que esto va a ser posible y que en los fondos va a haber capacidad de gestión. Así que se hizo esa actividad.

**¿A qué comunas fueron?**

Fuimos a Ñuñoa, no pudimos ir a todas obviamente. Fuimos a Macul, a Barnechea, a Vitacura...

**Esta idea del recorrido ¿Se les ocurrió a ustedes o era parte de una orientación?**

Fue por parte nuestra, porque era revisando las condiciones del servicio para acercar. Porque yo llevo años en esto, conozco a la gente pero sentía que era yo quien transmitía, el equipo lo hacía, pero pensábamos que lo importante era el acercamiento. Esto se logró y después de eso se hicieron dos jornadas entre capacitación y motivación donde invitamos a los directivos de todos los establecimientos más representantes de los equipos de salud y de la comunidad organizada, más funcionarios para mostrar que era esto, para poder responder inquietudes y sumar compromisos ya para empezar a hacer el ejercicio de implementarlo. Esas son las principales actividades de apresto. Después se constituyó el comité técnico, también con los directivos de la dirección y dentro de ese comité técnico un comité operativo.

**¿Operativo para qué?**

Para llevar el proceso, era de conducción, como el equipo motor y lo otro sería como el comité ampliado.

**¿Por quién estaba liderado ese equipo motor?**

La jefa de capacitación, la encargada de comunicación y yo, también teníamos una persona de planificación, un ingeniero, éramos como cinco.

**¿Era esto un espacio institucional o había también comunidad?**

No, espacio institucional. Empezó como espacio institucional, después incorporamos a alguien de la comunidad, pero no a cualquier alguien, si no que de este consejo de participación se eligieron dos representantes.

### **¿Este comité operativo no es un comité político ampliado?**

Es como la secretaría ejecutiva del comité político... es el grupo motor... el que mueve todo el proceso, el que va haciendo los reportes al comité ampliado, el que va negociando, haciendo abogacía por los temas. Ahora, la decisión de este servicio fue que para nosotros los territorios no iban a ser las comunas. Acá la decisión fue bajarlo por los establecimientos, o sea, se trabajo como red, el tema fue fuertemente de red. También nos ayudaba a fortalecer este concepto de red entonces no se bajó por las comunas se bajó por la red. Cuando se vio como priorizar y en que establecimiento llegamos a la conclusión de que no íbamos a priorizar íbamos a invitar a quien se quisiera subir a la estrategia, no nos fijamos en quien tenía más nivel de desarrollo, porque además, nuestras comunas, son de perfiles muy distintos, pero en todas hay desarrollo de trabajo comunitario. Entonces dijimos: esto se abre y se baja por la red.

La estructura fue: un consejo ampliado, un grupo motor y esto se baja, es decir, se invita, por toda la red, por todos los 27 establecimientos de la red y en cada uno de estos se pide, a través de un documento técnico elaborado por nosotros, se pide que se constituya un equipo para presupuesto participativo en cada uno de estos. La orientación decía que ese equipo tenía que estar constituido por representantes de la comunidad y por representantes del equipo de salud y por directivos, al menos. En número no les decíamos cuantos, pero sí debía haber, al menos, dos personas o el 50%, y ahí fuimos negociando, fueran representación de la comunidad. Entonces cada uno de estos tenía un soporte organizacional.

Dentro de los establecimientos se pidió que hubiera un soporte, un grupo de motor chico, para que nosotros convocáramos a ese grupo de motor para todo el proceso. Nosotros creamos un soporte organizacional para la estrategia y en la evaluación que hemos hecho, ha sido fundamental el éxito que llevamos a la fecha... esto fue fundamental.

Cuando ya teníamos armado esto, hicimos documentos técnicos de apoyo y nos planteamos que íbamos a pedirle a la gente que nos mandara ideas, la comunidad tenía que plantear ideas en cuatro ejes.

Otro factor que nos ayudo que tuvimos apoyo de comunicación, tuvimos un soporte comunicacional muy bueno.

### **¿Cómo se designan esos cuatro ejes temáticos?**

Lo primero que se dijo fue: ejes temáticos sinérgicos. No inventar cosas nuevas, si no de lo que estamos haciendo, donde al servicio le interesa recoger de la comunidad, eso se trabajo después con el consejo de participación y se fueron haciendo algunas modificaciones. Nosotros hacíamos propuestas al consejo y estos la modificaban, las mejoraba, todo, incluso los materiales comunicacionales fueron vistos por el consejo. Se trabajó con una frase comunicacional que también se hizo en forma participativa hasta la imagen que salía en presupuesto participativo... todo fue participativo, fue un proceso. Entonces los ejes fueron negociados.

### **¿Cuáles fueron los ejes?**

No los recuerdo, pero no podían ser cosas asistenciales, porque lo asistencial tiene cobertura. Debían ser cosas que no implicaran infraestructura, porque los montos eran escasos, que no implicaran recursos humanos porque no podíamos comprometer continuidad, estábamos recién abriéndonos. Un eje era promoción y prevención, otro tenía que ver con hospital acogedor, amable, el otro tenía que ver con prevención y auto cuidado... no recuerdo más pero eran esos. La satisfacción usuaria estaba dentro de las definiciones. Y con eso hicimos todo un planteamiento para que la gente nos mandara ideas.

### **¿Nos puedes describir como se da este proceso de participación deliberativo democrático, de empoderamiento?**

Nosotros comenzamos a negociar los temas, dijimos: aquí se abre el proceso, ahora denos ideas sin otra limitación que no fueran estas ideas gruesas que no podían ser, que no impliquen continuidad. Hicimos formularios para que a través de las O.I.R.S. la gente a través de buzones metiera ideas. Y dijimos de tal fecha a tal fecha, y comenzaron a llegar las ideas, llegaron más de 540 ideas, no hallábamos qué hacer con todas la ideas. Esto fue un primer impacto positivo, hay masa crítica, hay gente motivada que quiere aportar. Entonces se hizo una pega de locos, ayudó mucho el ingeniero, es clave, porque es un profesional que no es del área social, es de calificación. Se estableció un sistema de semáforo con las ideas y a cada establecimientos le comentamos todas sus ideas. Después, como nosotros necesitábamos proyectos para poder financiar y ahí nos dimos cuenta que las ideas se empezaban a congregarse frente a grandes temas, entonces se lo planteamos al consejo y vimos que si podíamos hacer una suerte de negociación con los equipos y se vio que sí, que era la opción, entonces se mandó un comunicado diciendo que, como estaban estos consejos chiquititos, éstos convocaban a su gente, a toda la gente que mandó ideas y señalaban de que nuestras ideas hay cinco ideas que tienen que ver con esto y otras cuatro con esto y se hizo una suerte de negociación para que eso reflejara más bien proyectos. Entonces juntaron las ideas y nos mandaron proyectos. Para el envío de proyectos nosotros hicimos una capacitación en terreno por toda la red. Se presentaron 48 proyectos, tuvimos que votar los proyectos. También agrupamos los proyectos de distintos establecimientos por tema, entonces hicimos una convocatoria a esos equipos chiquititos por tema.

Para este momento ya definimos referentes técnicos. Cuando ya vimos que las ideas estaban yéndose a distintos temas, buscamos referentes técnicos para cada tema. Entonces armamos una reunión con todos los establecimientos por ejemplo: todos los proyectos de alimentación con una nutricionista como referente, todos los de capacitación... se hicieron como cinco cupos y cada uno con un referente técnico y alguien de este comité operativo de este grupo motor, entonces se hizo una mesa de negociación con la autoridad. No fue fácil la negociación pero el resultado fue óptimo. Una de las cosas difíciles eran los nombres, porque cada uno de los proyectos tenía un nombre y si uno junta cinco proyectos ¿qué nombre le ponemos? Cada grupo quería su

nombre. Fue muy simpático, fue un trabajo muy arduo pero se logró. De los 48 proyectos logramos llegar a 27 proyectos.

Con esto aun no tenemos los proyectos seleccionados, tuvimos que hacer otro trabajo porque teníamos que cinco proyectos distintos que se tenían que juntar en uno solo, entonces los referentes técnicos hicieron una recopilación de los que se podía juntar, hicieron una matriz con las ideas de la gente en un solo proyecto. Esto se conversó y se decidió.

Fue tremendo, aquí aparecieron algunos aprendizajes, cosas que se nos fueron.

Nosotros hicimos una votación ciudadana, no hicimos una votación delegada. Acá se hizo una campaña con lienzos en la calle, con urnas de votación, con voto público, con Tricel, invitamos gente del ministerio al Tricel, gente de capacitación, al Dr. Vacarezza de ética. Y se constituyeron mesas de votación.

### **¿Se votó en todas las redes?**

En todas las redes. Nosotros salimos con el director del servicio a ver el proceso de votación y quedó impresionado porque la gente fue muy ordenada, con urnas, mesas de votación, votos, los delegados miraban que votaran bien. Teníamos gigantografías con el nombre del proyecto y el objetivo, porque la gente tenía que saber qué estaba votando. Nos encontramos con cosas muy interesantes como que el establecimiento hacía propaganda para que la gente votara por los proyectos que ellos... (...)

... (...) eso no fue fácil porque la gente preguntaba: ¿y cuántos proyectos van a financiar? ¿y cuánto le va a tocar a cada establecimiento? Pero nosotros no sabíamos, porque la lógica es de candidatos: si Ud. votó por el candidato que gana, tendrá proyecto, pero si votó por otro... no va a tener proyecto (risas)

El director del servicio asignó 50 millones y nosotros dijimos: toda la plata en proyectos, lo que alcance con 50 millones.

Unos de los temas que nos complicó fue la réplica, porque uno de los imperativos que nos impusimos, siguiendo el modelo de Talcahuano, era que las ideas se tenían que replicar, que no es una complejidad menor. Sale una idea X y esa idea tiene que ser

aplicable para toda la red, porque esto es presupuesto participativo no es un concurso de proyectos en el que yo postulo y me lo gano para mí, por lo tanto las ideas tenían que ser factible de ser replicadas en la red.

### **¿Ese era otro criterio? que las ideas fueron reciclables**

Claro. Esto fue un tema súper complejo. Lo otro es que, si nosotros lo bajábamos por la red, esto no podía ser un proceso que fuera paralelo de la comunidad a los establecimientos y así se lo transmitimos a la gente, su idea puede ser muy buena, pero si el dueño de casa no está dispuesto... no se puede hacer... (...) Entonces nosotros presentamos la plantilla del proyecto en el CIRA. Y en ese momento los directivos... (esto es súper estratégico)... cada uno de estos consejos tenía la siguiente indicación: este consejo tiene algunos proyectos que le interesan que salgan, por lo tanto usted tiene que negociar con su directivo de que es importante que esos proyectos se hagan ahí. De manera tal que cuando el directivo levante la mano para señalar que le interesa la réplica de ese proyecto... esté en conocimiento. Entonces la lógica nuestra era perfecta: se negocia con el directivo... recuerda que este consejo estaba integrado por representantes de equipo, por la comunidad y por alguien directivo que no necesariamente era el director.

### **¿El CIRA también está constituido por los directores?**

Sí.

Durante las votaciones aparecían algunos directivos que decían que no podían votar ahora porque no habían hecho este proceso, hay otros directivos que votaron igual.

### **¿Cuál es el rol del CIRA en todo este ciclo?**

Validar el proceso y hacerse parte de él. Porque se va a ejecutar en sus establecimientos el proyecto, la idea. Es decir, validar e implicarse. Acuérdate que la gestión de presupuesto participativo, es una gestión con platas del presupuesto del servicio por tanto las ejecuta el establecimiento no las ejecuta la comunidad.

### **O sea ¿es presupuesto del servicio? ¿no es plata transferida?**

No, es plata del servicio, por eso una de las condiciones es que exista voluntad política, porque el director tenía que decir sí, de las platas del servicio... el ministerio no mandó plata para el presupuesto participativo... Nosotros creemos que hay una partecita que sí podemos financiar y desde la comunidad que aporte al mejoramiento de la gestión de la red, esa es la lógica.

**¿Nunca hubo recursos adicionales?**

Nunca hubo.

**¿Fue una decisión del servicio de salud en este caso el destinar los dineros?**

Claro, por eso es que el presupuesto participativo es un ejercicio de gestión participativa del servicio. Es creer que con las platas públicas, los recursos que son escasos, era importante hacer algunas cosas que van a tener impacto... cosas que la comunidad diga, para mejorar la gestión obviamente.

**Explícame eso que dijiste algún momento atrás de: nosotros convencimos a los directivos**

Quizás la palabra no es convencimos, porque el director del servicio ya estaba convencido. Porque el ya tenía la decisión de que este era un buen ejercicio. Lo que nosotros queríamos era compartir más con los directivos de la dirección y mostrarles que sí había condiciones para el tema de la confianza, que sí había condiciones en la comunidad instaladas para hacerlo.

En la parte más política institucional ¿qué cosas te llamaron más la atención? En términos que esto no era algo ajeno al que hacer propio de un servicio de salud, si no que era parte central de la gestión.

Mira, algunas preocupaciones que habían era en términos de la continuidad, de que no se crearan expectativas que una idea va a seguir por siempre y lo otro que les preocupaba a los directivos de los establecimientos que quedara muy claro que esto era una idea de la comunidad, en la evaluación que pudiera tener esa idea respecto que no era algo que lo instalaba el establecimiento

Dentro de las cosas que no fueron fáciles está la gestión de esto, porque como uno no sabe que ideas van a llegar, no sabe cómo van a salir las platas, como va a ser la gestión financiera.

**Esto tiene que ver con los no marcos que se crearon o espacios, pero que se crearon al calor del proceso y se tuvieron que ir definiendo, que son descubrimientos nuevos.**

Nosotros, los que fuimos a Talcahuano llegamos tan motivados con su experiencia que queríamos hacer la réplica, con estas diferencias obviamente, del sistema de gestión de Talcahuano. Ellos hicieron gestión centralizada de las platas, o sea, ahí finanzas compro lo que había que comprar, finanzas de la dirección del servicio, compró, traspasó... eso no se pudo replicar justamente porque se consideró que no estaban los marcos normativos, entonces se llegó a una forma distinta.

**¿Y cómo se decidió eso al no poder comprar centralmente?**

Mira, para eso se traspasó la plata por convenio a los municipios para ejercicios del establecimiento.

**¿Convenios con municipios, no con el establecimiento?**

Es que no se hacen convenios con establecimientos. Hicimos convenio con los municipios y a los hospitales se les traspasó la plata marcada en el presupuesto.

**¿Eso fue de un año para otro?**

Claro. Nosotros hicimos la votación... (...) nos fueron pillando los tiempos por todas estas cosas, las firmas de los convenios y prácticamente la plata se entregó a fines de año, donde se podrá ejecutar al año siguiente.

Lo importante es que una vez que se hicieron las ideas, hasta cuando salen ya los proyectos, se hace un ajuste presupuestario de los proyectos para que alcanzara a la réplica. Pero, más menos, fueron 22 establecimientos los que tener algún proyecto

implementado. Hay algunos que votaron por los que no salieron, por ejemplo el Salvador, que tuvo buena votación y fue uno de los pocos que quedo sin proyecto. Después se les traspasó la plata, se empiezan a ejecutar y en el intermedio nosotros hacemos un reconocimiento a los principales actores del proceso de presupuesto participativo. Ahí se entregaron los resultados de las votaciones, cuales eran los proyectos ganadores, cuales eran los establecimientos que se habían adjudicado esos proyectos, como iba a ser la forma de empezar a operar y se definieron unos soportes comunicacionales para que la idea que se estaba ejecutando ahí claramente la gente lo reconociera como que esto que está aquí... fue presupuesto participativo... fue una idea que dio la gente de la comunidad, para reconocer que eso no era una mejora del establecimiento. Pasaron algunas cosas curiosas con algunas ideas que fueron implementadas antes que se votaran. Por ejemplo en Barnechea se planteó la idea de que los baños del establecimiento tuvieran mudadores... resulta que ellos lo plantearon en el municipio y consideraron que era una muy buena idea y lo implementaban ellos.

El proyecto más votado fue: con una colación... con gusto me tomo mis exámenes. Es entregarles una colación a todos los pacientes que se van a hacer exámenes con indicación de ayuno. Se entregaba un vaso de leche y galletas. El segundo más votado fue un taller de primeros auxilios, pero lo negociamos para que se ampliara y se formaran monitores de primeros auxilios para salir en auxilio de su población, el otro fue el rincón infantil y el otro fue el proyecto de TV y salud. En algunos establecimientos la votación fue tan bien dirigida que se ganaron, se adjudicaron los cuatros proyectos. Aquí hubo un aprendizaje que nosotros no tomamos en cuenta desde el comienzo: El proyecto tiene que tener un valor, el valor era unitario, cada proyecto tenía un valor, por ejemplo, el de la colación tenía un valor de u millón trescientos y nosotros le pasamos a todos ese dinero en circunstancias en que la población que iba a ser beneficiada con eso era distinta... Ahora qué paso con eso... que la plata le alcanzó para más meses, porque este proyecto tenía ese valor por tres meses, hubo lugares en que el dinero le duró más meses porque tenían menos demanda... pero después aprendimos la lección y lo hicimos proporcional.

Aquí se hizo encuesta de satisfacción, se aplicó en 15 establecimientos, se entregaron con este proyecto 17.060 colaciones, el nivel de satisfacción que arrojó la encuesta fue de 98.6% y la modalidad de entrega fue un pack de leche más galleta o de leche... algunos contrataron una máquina de expendio.

El de primeros auxilios se replicó en diez, tenía un valor de un millón y medio, se capacitaron 456 personas, un nivel de satisfacción de un 100% y fue un taller teórico práctico. El TV y salud se replicó en 16 establecimientos y se instalan TV, DVD o soportes. El rincón infantil se replicó en 7 y la evaluación no fue tan feliz porque faltaba uno por instalar que ya se instaló...

... pasó con todo esto que se crearon expectativas para el próximo año...

**Debido a que esta especie de idea piloto funciona ¿La dirección del servicio decide ampliar el monto destinado al próximo ciclo de presupuesto participativo... toma medidas nuevas?**

Una cosa importante era que estas ideas no significaran comprometer recurso del establecimiento, el establecimiento no ponía, por ejemplo en el proyecto de la colación, personal destinado a la entrega. Estos proyectos comprometían que era la comunidad la que entregaba, entonces había sistemas de turnos muy puntuales y ordenados... (...)

Nosotros hicimos la evaluación del proceso y la comunidad, esta gente que está implicada desde el comienzo, decían que esto era tan bueno, que la gente se iba a poner contenta, que era gratificante... esto no lo podemos cortar, debemos seguir. Nosotros planteábamos que en realidad no nos habíamos comprometido a la continuación, pero como a veces un ejercicio a temporario, porque no fue año calendario, dijimos porque no tratábamos de financiar el resto del año, porque ya lo habríamos al otro año por la ejecución. Teníamos cincuenta millones el año 2008, pero se ejecutó en parte del 2009. Entonces negociamos una continuidad para cumplir el resto del año y ahí hicimos la reconvencción, porque no les podía tocar a todos igual. Entonces, le pedimos a cada establecimiento, como tenían los registro, cuántos exámenes toman en ayuna, llegamos

a un valor unitario de ciento cincuenta pesos y lo multiplicábamos y eso era el segundo convenio que terminó el año 2009.

Nuevamente fue exitoso, la gente estaba contenta, se lo planteamos al doctor y dijo que lo íbamos a ver. Al principio, teníamos una negociación, que no podíamos sustentar por siempre esto... decidimos hacer una transición... esto es muy importante pero nosotros son podemos comprometer para siempre esto... - hagamos algo intermedio – La comunidad valora todo esto pero que también movilicen recursos para que esto se siga manteniendo. Entonces nosotros habíamos llegado a una conversación inicial de que nosotros íbamos a financiar sólo leche y si querían ponerle galleta que lo financiara la comunidad... a ese acuerdo habíamos llegado inicialmente. Hay algunas gentes que se movilizaron antes, que entendieron claramente el mensaje inicial que esto no iba a ser de continuidad. Ellos empezaron a hacer negociaciones antes. Algunos ya tenían medio palabreados al municipio, hubo dirigentes que llevaron a los Dideco a mostrarle... entonces se comprometieron que no iba a acabarse este año... trabajaron esa parte abogaron bien, así que algunos tenían esa esperanza.

En este servicio, empezamos a trabajar este proceso este año con todo lo que implica un nuevo proceso de votación, porque nuevamente necesitábamos saber si la gente quería esto... pero la realidad de los ajustes presupuestarios nos superó y se tuvo que tomar la decisión de no... es que no había como asignar más plata. Se revisaron las horas extraordinarias de la gente... entonces no se pudo seguir haciendo, este año. Entonces tuvimos una reunión con la gente y les explicamos.

### **¿Eso fue ahora?**

El 2010... y se planteó que esto era una cosa... que en realidad los recursos tenían que priorizar lo asistencial porque llega a toda la comunidad... y que nosotros teníamos que ir evaluando más adelante... que lo íbamos a ver pero que este año no podíamos volver a pasarles plata, pero que si lo apoyábamos en todo y que si había alguna red que nosotros pudiéramos movilizar en conjunto... y como era solamente el de colaciones... porque los otros no tienen continuidad, el rincón se instaló y quedó, la TV quedó, los otros quedaron capacitados. La gente lo entendió y hubo algunas comunas que hicieron

negociación y lograron apoyo de otras fuentes. Por ejemplo las Condes quedo con las colaciones con apoyo municipal, Barnechea... son tres lo que lograron...

**Es algo muy interesante, porque en el fondo se creó un nuevo servicio que no existía y quedó siendo asumido por otros.**

Esto, en honor a la verdad, como idea no era tan novedosa... lo nuevo era que la comunidad lo llevara con tanta fuerza.

#### **Anexo N°4: Entrevista 3**

En el año 2006, aquí se decidió hacer... en realidad no se decidió hacer, fue un compromiso de gestión.

#### **¿Pero esto bajó como una demanda institucional desde el ministerio?**

Desde el ministerio pero no sé si para todos los servicios, pero por lo menos esto lo acogió como tal... por compromiso de gestión. Y se suponía entonces que se debía hacer este proceso y se decidió que, un financiamiento que venía por atención primaria que era de apoyo a la gestión se dejara un monto de eso asignado a presupuesto participativo. Esta decisión la tomo el director de la época, Dr. Pedro Yáñez, con la encargada de atención primaria. Eran ochenta y cinco millones. No sé si en principio fue ese monte pero en conclusión fue eso lo que se gestionó.

Ahora... este dpto. no era dpto., era como una pequeña unidad y habían pocas personas que se dedicaban fundamentalmente al tema de los reclamos y todo eso y muy poco al área de participación. Entonces cuando se tomo esta decisión y apareció el compromiso de gestión esta unidad se vio con las cosas encima...

#### **¿Se vio como un gran proyecto?**

No. Se vio con las decisiones tomadas, con cuestiones que se decidieron fuera del dpto. Se resolvió a nivel de dirección, no a nivel técnico ni en conjunto... fue una decisión institucional... para bien y para mal. Eso hizo, de alguna manera, es mi interpretación. Que los principios de los presupuestos participativos, que es invitar a la ciudadanía a tomar una decisión sobre parte del presupuesto institucional... en verdad se transformara en un concurso de proyecto muy particular dado que a priori se decidió que iban a haber dos millones por cada centro de salud.

### **¿Y sólo la atención primaria?**

No. También los establecimientos de atención secundaria y terciaria... (...) Y cuando se tomo esta decisión de asignar estos dos millones por establecimiento, creo, murió el presupuesto participativo. Cuando esta unidad comenzó a reaccionar frente a estas decisiones que habían sido tomadas a nivel de la dirección quisieron, de alguna manera, ir metiendo parte de lo que es la metodología, entonces hicieron toda esta parte de la difusión, la capacitación, hicieron buzones e hicieron votación de proyectos. En verdad lo que paso fue que cada establecimiento le pidieron a sus usuarios que es lo que les gustaba y de eso los hicieron votar y de ahí salieron prioridades y se quedaron con aquello que había tenido más votación. Entonces en algunas partes fue un techito para el retiro de la leche... en otro fueron banquetas... arreglos de baños... y fue todo como muy tirado al mejoramiento de la infraestructura y la habilitación.

Bueno, y así es que, sumando, se llegó a estos setenta y cinco millones... Yo, cuando llegué acá, prácticamente casi todos los proyectos ya se habían ejecutado. Entonces yo propuse ese año hacer una evaluación ¿Qué es lo que había pasado con eso? Hicimos la evaluación fundamentalmente apuntando a si los presupuestos participativos habían estado de alguna manera en la retina de la ciudadanía, que es lo que uno espera, ¿no?

Nuestra evaluación, a la época, fue que no estaba en la retina, no había quedado en la retina de la ciudadanía y que varias de las infraestructuras que se habían mejorado o la habilitación ya no estaba o estaba en malas condiciones. Por tanto, la verdad es que fue bien... desmotivador... aunque ya en ese minuto éramos un equipo más grande que no representaba para nada lo que habían hecho hace dos años atrás... eran personas... éramos un equipo los que estábamos evaluando a los que habían tenido que abordar esta estrategia.

Nosotros les hicimos una devolución a los encargados de participación de esta evaluación y no fue bien recibida, porque para la mayoría de ellos todo se había cumplido correctamente tal cual lo había dicho el servicio. Y efectivamente, si uno lo pensaba desde esa perspectiva... claro, así como lo había organizado el servicio,

efectivamente se había hecho. Pero eso no reflejaba el espíritu del presupuesto participativo.

Les cuento todo esto porque marcó mucho lo que nosotros tuvimos que hacer para adelante, se produjo una gran desconfianza... porque, además se iba a saber todo, como en el lapso de dos años y medio paso como por tres jefaturas y por lo tanto cada cual, digamos, hace su ofertón por supuesto, corresponde (jaja). Entonces una de esas jefaturas, su ofertón fue que los otros proyectos que quedaran en segundo o tercer lugar también iban a ser financiados, en el año 2008, cuestión que nadie estableció... no quedo en el presupuesto... eso provoco muchos problemas en algunas comunas, que se tradujo, finalmente, en que esas comunas no participaran en el proceso posterior que nosotros hicimos, el segundo proceso, 2009 al que estamos ejecutando hasta ahora... Y produjo también mucha desconfianza en los propios representantes de usuarios... nos tuvimos que ver, muchas veces, enfrentados a dar explicaciones... o simplemente a asentir no más, decir: "Ud. Tiene toda la razón, no hay nada más que hacer, pero queremos hacer un proceso... pero bueno... el presupuesto participativo es esto no lo otro" Y en esa situación es que nosotros decidimos bueno... todo lo que nosotros le podamos decir no va a tener mucha validez porque hay ya, instalado, una desconfianza. Que si bien éramos los mismos de años antes, pero algunos quedaban y otros ya habían provocado... dificultades. Entonces se nos ocurrió que la única manera de poder intentar revertir esta situación o mejorar la confianza era mostrar otra experiencia... una experiencia exitosa obviamente. Y en ese contexto se nos ocurrió hacer una pasantía a Talcahuano, con nuestros propios recursos sin el apoyo del ministerio.

### **¿Esto fue el año pasado?**

Sí. Así que lo organizamos. Nosotros teníamos todo esto organizado para ir en noviembre del 2008. Pero no pudimos ir porque se produjeron paros y después porque ellos mismos en Talcahuano postergaron varias de sus etapas. Y esto se vino a concretar en marzo de 2009. Partimos para allá. Yo había hecho un presupuesto que significaba que iría el encargado de capacitación de la comuna, más dos representantes de los consejos de desarrollo que ellos mismos eligieron... por comuna. Pero después vino reducción presupuestaria y nos quedamos con que nosotros, como servicio, financiamos

solamente a los consejos de desarrollo, un representante por cada comuna y les pedimos a los encargados de participación si ellos pudieran financiarse a través de sus propias direcciones comunales de salud, eso prospero en solo dos situaciones. Nosotros, de aquí, fuimos tres no más, queríamos ir todos y al final terminamos sin ir. Y Elegimos, bueno... esto fue también por propuesta de Ingrid Fontalba, que fuéramos a la asamblea de priorización. Así que partimos un día jueves y el viernes hicieron visitas. Ingrid organizó visitas a diferentes lugares para que fueran, los mismos dirigentes y funcionarios, hablando de este tema del presupuesto participativo. Y el día sábado nos fuimos todos a la gran asamblea y eso fue súper marcador... porque verdaderamente revirtió la concepción de todas las personas que fueron y que lograron después impactar en su entorno. Y de ahí, yo diría, que la cosa fue adquiriendo otro rumbo. Nosotros tratamos también de... mira nosotros... ya que había una experiencia anterior que no se ajusto a lo que era presupuesto participativo, nosotros decidimos ser lo más cercano posible a quien ha tenido éxito en esto y si esto significa que vamos a copiar gran parte de su etapa y como lo hizo... lo vamos a hacer. Entonces algunos reclamaron... si pero... - ¿Qué propone Ud.? Si propone otra cosa... - no, es que nosotros tampoco conocemos. - Bueno entonces hagamos esto, que es lo que conocemos. Nos fuimos todos para allá, vimos que fue exitoso, etc. Así que lo hicimos bien apegados al modelo de Talcahuano. Partimos haciendo el famoso reglamento, que lo hicimos nosotros como equipo y luego conformamos los comités, el comité de gestión local por cada sub red, nosotros lo hicimos en toda la red, no lo hicimos solamente en una parte. Nosotros definimos toda la red, esta red tiene siete comunas y están divididas, a su vez, para diferentes aspectos de gestión, en sub redes.

### **¿Cuáles son las sub redes?**

La Florida es una sub red sola como comuna porque están ahí todo lo que se refiere a atención primaria y el hospital La Florida. Después está la sub red Santa Rosa, donde están las comunas San Ramón, La Granja y La Pintana y el hospital Padre Hurtado más todos los SAPU y los servicios de urgencia comunal. Y la sub red Cordillera donde están San José de Maipo, Puente Alto y están los hospitales Cordillera, el Sotero y el hospital San José de Maipo.

**Después de esta evaluación viene otra historia... y nos interesa la otra historia... por tratar de mejorar una política pública que a su juicio estaba mal implementada. ¿Cómo ha sido esta experiencia para ustedes.**

Bueno, después que logramos armar todo esto, porque su uno sigue el modelito de Talcahuano, que es el modelo de Porto Alegre. Armar los comités, porque primero un comité de gestión local por sub redes. Después formamos un comité nuestro, acá, en la dirección.

**¿Acá en la dirección no existía el consejo de participación?**

No, porque aquí se formó uno, también por un compromiso de gestión, pero no resultó.

**En este marco ¿Se forma una instancia...?**

Un comité que agrupaba a las tres sub redes

**Y esos representantes de sub redes ¿Quiénes eran? ¿Cómo eran elegidos?**

Nosotros teníamos un reglamento en donde está claramente establecido como se conforma cada una de las representaciones. También hubo algunos que reclamaron contra el reglamento, pero la verdad es que sirvió hartito en la medida en que nos permitía ordenarnos. Estaban los principios generales, los principios orientadores y la organización. Se deciden tres niveles territoriales y ahí están territorios de establecimientos, territorio de la comuna que compone la sub red y territorio de la red de salud, o sea, tres instancias, después la estructura: Comité de gestión local, los consejos consultivos, consejos de desarrollo local, después grupos de trabajo específico para eso, el equipo de gestión central que se generó aquí en el servicio, el director como presidente de este comité y los comités de presupuesto participativo por centro de salud. Después fuimos viendo como se generaba cada uno de estos... comité de gestión local decide las funciones... constituido por representantes de los usuarios y directivos de las comunas, tres integrantes de participación social, tres directores de establecimientos, tres usuarios y un representante del **juridiccional**, así se conformaba. La verdad que esto funciona bastante bien.

### **Fijó las reglas de la participación.**

Claro. Los que más se ajustaron a los comité de gestión local fueron la sub red la Florida y Talcahuano. En Cordillera no funcionó mucho porque ya estaba este antecedente, estaban muy enojados y molestos por la experiencia anterior, porque ellos querían que se le financiaran los otros proyectos que habían quedado en segunda y tercera prioridad.

Nosotros le hicimos la propuesta, bueno... el proyectos eran como... cuarenta millones digamos... cuestión que no se podía, le hicimos una propuesta de seis millones, de un pozo de diez que teníamos para todas la otras comunas que estaban pataleando las mismas cosas y no lo aceptaron... así es que... ellos decidieron como comuna no participar en el presupuesto participativo.

### **Cuando hablas de comuna ¿hablas de las direcciones comunales de salud?**

Sí, de las direcciones comunales

¿Qué cosas se hicieron o... cómo se fue resguardando esto de... este proceso deliberativo democrático, cómo se fue... que decisiones se tomaron, qué instancias se construyeron para que esto sucediera?

Es que estás fueron las instancias más importantes. Los comités de gestión local, ahí fue en donde nosotros pusimos en realidad todo nuestro esfuerzo para que eso funcionara como tal y que estuviera lo más apegado a reglamento, porque aquí también dice... cuales son las funciones, elección de delegados, como se iba a hacer toda la preparación de ideas, la priorización, hicimos asambleas de sub redes, cada sub red hizo su propia asamblea para priorizar sus proyectos que iban a traerlos a asamblea general. Habían algunos bastante bien y otros no tan bien. Podríamos decir que finalmente, la sub red que mejor funcionó, en el enfoque ciudadano, fue la sub red Cordillera. Porque a pesar que la dirección comunal no quiso participar oficialmente en este proceso, dos establecimientos decidieron que participaban no más, entonces, estos dos, que fue una iniciativa personal, le pusieron mucha más energía al cuento. Participaron las dos áncoras que son del proyecto la Católica. Los áncoras son establecimientos que son muy

potentes en el trabajo comunitario, entonces esto hace también que ellos tengan mucha fortaleza para convocar a la ciudadanía, para trabajar con los usuarios. Y la gente de San José de Maipo que son muy buenos para... tienen buenos consejos de desarrollo, se mueven bien... Yo iría que la mejor asamblea territorial fue esa, hicieron negociación... que es todo lo que se espera que se produzca en el proceso deliberativo... se pusieron de acuerdo... y de hecho, en la asamblea general que fue en diciembre del año pasado, ellos ganaron tres proyectos de cinco, se llevaron más del 50% del presupuesto que estaba establecido por sus proyectos.

**Nos hemos dado cuenta, que una cosa importante también son las competencias para el proceso participativo. Estas competencias ¿Cuáles crees tú que son las más importantes de tener en cuenta?**

Yo, antes de esto, trabajé nueve años en atención primaria en San Joaquín, yo soy matrona... Yo me formé en el trabajo comunitario en forma autodidacta y trabajé en una O.N.G. varios años, es ahí donde yo aprendí trabajo comunitario, del sector rural (en los años ochenta) y cuando se acabó la dictadura y empezó el gobierno de Aylwin, sobre todo ese primer gobierno, empecé a retomar el trabajo comunitario, lo que llamaban "los apóstoles de la atención primaria". Fueron del norte, de Arica a Punta Arenas... capacitaban a la gente y hubo un gran período en que se le dio mucho a este enfoque, generando habilidades y competencias en los equipos. Y la verdad, es que hoy en día, para mi sorpresa muchas de esas habilidades de trabajo comunitario no existen. Que de alguna manera se han ido perdiendo ya sea porque las personas han ido cambiando, porque los enfoques desde el ministerio no los han fortalecido, han estado en el discurso pero no en la práctica. Entonces las habilidades fundamentales son las habilidades para trabajar con grupos, habilidades de comunicación, habilidad de gestión, gestión comunitaria fundamentalmente. Y donde menos funcionó esto fue con los funcionarios, que además fueron encargados de participación. Tienen una formación que no está cercana a escuchar a las personas, a aceptar las opiniones divergentes, como que les falta esta cosa del juego democrático.

**¿Cómo se contraponen esto, cuáles son los argumentos que hay que darle a esta gente a estos profesionales?**

Creo que se ha generado un modelo demasiado institucionalizado donde se ha perdido de vista, se ha perdido el horizonte el ejercicio del derecho, que tal vez, creo que ya recogieron este paradigma de la beneficencia que mi generación por ejemplo, que tienen muchos más argumentos para hablar del paradigma de la beneficencia y hablar de ahí, porque yo en la universidad fui formada en la beneficencia y no en el ejercicio del derecho de las personas en salud. No obstante hoy, lo que les falta de contenido a esos profesionales... (...)

**Esta unidad chiquitita de los consejos operativos de los establecimientos ¿cómo se llama?**

Se llaman comité de presupuesto participativo.

**¿Qué oportunidades se les abrieron con esta experiencia?**

Nosotros nos declaramos piloto para toda la red, esto nos permitía ir haciendo cambios que no fueron menores, en términos de ir reformulando, siempre negociando y consensuando.

Fue un aprendizaje muy grande con la comunidad y los equipos de salud. Porque nosotros estamos acostumbrados a que te den todo definido y aquí todo está por definir. Todo fue un ir construyendo juntos, la gran experiencia fue la construcción colectiva. Y lo otro fue que restableció las confianzas mutuas en el servicio y la comunidad.

**¿Qué otro elemento valórico se fortaleció?**

La solidaridad, que aportaba a las replicas. Las ideas se compartían. Fue una experiencia muy generosa porque empezó a salir lo mejor de la gente, tenían actitudes voluntarias de participación.

### **¿Qué competencias surgieron, atribuibles a este proceso?**

Una parte de la lógica que todas estas capacidades están instaladas y en la práctica nos damos cuenta que no, y ahí se van abriendo algunas brechas. Hay competencias que tienen que ver con esto de negociar de abogar... que son las más frágiles. No hay competencias para consultar a la gente en los equipos. No se fueron quemando todas las etapas. Algunos dirigentes no estaban enterados de algunas cosas por que no se les hizo llegar la información. Entonces, quedan evidencias que hay debilidades. También pasa por los recambios, llegan nuevos que les falta algunas cosas y nosotros nos dedicamos a entregar elementos para los proyectos eso si que lo fortalecimos con diversas herramientas.

Otra cosa que faltó un poco fue la relación de la gestión financiera, hubo demoras y burocracia... Todo esto pone en evidencia competencias tanto en los equipos y de los dirigentes, con dirigentes que desbordaron a los encargados de participación local con más competencias diligenciales. Había uno que era contador auditor y se manejaba muy bien con los dineros.

### **Eso es por que el sector tiene personas de ingresos de niveles medios altos.**

Claro. También eran personas más exigentes, más informadas...

En resumen el proceso fue valorado como exitoso y dejó muy satisfecho al director y los directivos

### **¿En términos relacionales que paso con la gente, fue vertical?**

Cuando tú abres una mesa de trabajo con dirigentes de la comunidad, el encargado de participación, el directivo... en conjunto, en un mismo plano... miramos las ideas, revisamos, nos planteamos, asumimos compromisos... generamos confianza... Las mesas de trabajo hasta la más pequeñita, son espacios horizontales porque cada uno tenía un rol, porque si no estaba la comunidad, simplemente... no se hace el proyecto. Todo con el estilo del servicio oriente, con el perfil de nuestra gente.

Para nosotros, los procesos de participación siempre han estado presentes, como políticas de salud, le damos una mirada humanista... en su capacidad de aportar al proceso de salud y aportar a la gestión... El objetivo común del presupuesto se llevó adelante... a nosotros nos interesaba el reconocimiento a lo que dice la comunidad, como puede evaluar las prestaciones... lo puede contribuir es valioso para el servicio. Hubo muy buenas ideas, algunas las hicimos llegar a los niveles técnicos porque eran cosas clínicas. La gente se siente un sujeto importante tanto en las prestaciones como en la gestión.

## Anexo N° 5: Pauta de Entrevista informantes claves

### MARCO DEL TRABAJO

- **Investigación:** Investigación en el marco de una tesis de Magíster en Política y Gobierno sobre los Presupuestos Participativos, entendidos como *“Una herramienta de deliberación democrática para la construcción de ciudadanía en salud”*
- **Objetivo:** Analizar el proceso participativo (deliberativo-democrático) desde la percepción de las personas que integran el Comité Gestor del Presupuestos Participativo en el Servicio de Salud
- Participación Voluntaria
- Confidencialidad de la información
- Audio grabación de la reunión si acepta

### INTRODUCCION (presentación casos)

- A su juicio ¿qué es el presupuesto participativo?
- ¿Por que el SS decidio implementar la estrategia?
- ¿Cuales fueron los objetivos de la estrategia de presupuestos participativos que se planteo su servicio de salud?
- ¿Cuáles fueron los principales facilitadores y obstaculizadores de la estrategia?

### PROCESOS, ACTORES Y MARCOS INSTITUCIONALES

- Señale los nuevos procesos para la toma de decisiones que se han generado a partir de la experiencia del PP en su Servicio de Salud (Identificarlos, nombrarlos y describirlos)
- Describir el proceso deliberativo (acuerdos, asambleas, reuniones, votaciones, etc) de todo el ciclo del PP (planificación – ejecución y evaluación)

- Señale nuevos actores del proceso participativo. Es importante identificar los actores, su procedencia y/o dependencia institucional u organizacional, así como el rol que este desempeño en el proceso.
- Nuevos arreglos institucionales (procedimientos, decisiones, acuerdos) para acompañar el proceso participativo.

#### SOBRE LOS EJES TEMATICOS DE LOS PRESUPUESTOS PARTICIPATIVOS

- Identificar los ejes temáticos del PP
- Conocer las razones o fundamentos de su elección dadas otras áreas temáticas
- Conocer el procedimiento utilizado para definir los ejes temáticos
- De los ejes temáticos seleccionados cuales de ellos generan mayor interes o más participación expresado proyectos

#### RECOMENDACIONES

- Recomendaciones para mejorar la calidad del proceso participativo