

# **GOBERNANCIA Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA REFORMA DE SALUD EN CHILE\***

***Carmen Celedón\*\****  
***Renato Orellana***

## ***Contenido***

### ***Introducción***

***ESTADO-SOCIEDAD CIVIL, GOBERNANCIA Y GOBERNABILIDAD DEMOCRÁTICA***

***SOCIEDAD CIVIL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA***

***EL SECTOR SALUD Y LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA***

***PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA REFORMA DE SALUD DE CHILE***

***EL DISEÑO DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL PROCESO DE LA REFORMA DE SALUD***

***RESULTADOS OBTENIDOS DE LA ESTRATEGIA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA DEFINICIÓN DEL PROYECTO DE REFORMA:***

***DESAFÍOS FUTUROS***

***Bibliografía***

---

\* Presentado en el Tercer Foro Interamericano Subregional de Liderazgo en Salud. Enero 2003. Publicado en la Biblioteca Virtual TOP con autorización de los autores.

\*\* Carmen Celedón Cariola: Ingeniera Comercial y Magister en Economía de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Actualmente es consultora en asuntos públicos; socia e integrante del directorio de Imaginación Consultores. Se ha desempeñado como investigadora en la Corporación de Investigaciones Económicas para Latinoamérica, CIEPLAN y como consultora en políticas públicas en la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda, en la Corporación de Desarrollo Signos y en asesoría parlamentaria. Fue Subdirectora de CIEPLAN, Directora Ejecutiva y coordinadora de Proyectos de la Corporación de Desarrollo Signos. Es socio-investigadora de CIEPLAN.

# **GOBERNANCIA Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA REFORMA DE SALUD EN CHILE**

**Carmen Celedón**  
**Renato Orellana**

## ***Introducción***

Este documento intenta aportar algunos elementos sobre los temas de gobernancia, relación estado-sociedad civil y participación ciudadana a partir de un análisis de la experiencia de participación en el proceso de reforma de salud en Chile. En el trabajo se realiza un balance de logros y fracasos a la luz de los objetivos planteados inicialmente y su impacto en la gobernabilidad del proceso de reforma. Sobre la base de esta experiencia, actualmente en desarrollo, se intenta identificar preguntas y áreas de investigación que contribuyan al diseño e implementación de futuros cambios en el sector de la salud en Chile y en otros países de la región.

El documento define brevemente la relación entre estado y sociedad civil y la interrelación entre los conceptos de gobernancia y gobernabilidad democrática. Al considerar la participación bajo el prisma de la gobernancia estamos seleccionando una forma específica para la interacción entre el estado y la sociedad civil, con el propósito de ordenar diversos procesos que inciden en el ciclo de definición e instalación de políticas públicas, buscando consecuencia con los valores de la democracia, eficiencia y eficacia institucionales. Este fue precisamente el propósito de la Comisión de Reforma de la Salud para su propuesta de participación ciudadana.

La Reforma de Salud en Chile busca reorganizar el sistema de seguridad social en salud de forma tal que los recursos sean asignados en función de las necesidades sanitarias de la población. Los elementos centrales de la reforma son: a) la determinación de Objetivos Nacionales de Salud para el Sistema público y privado, b) un cambio en el modelo de atención desde un énfasis en lo curativo hacia el fomento de la salud y la prevención de la enfermedad; c) la incorporación de criterios de equidad mediante el establecimiento de garantías exigibles para toda la población, de acceso, calidad, oportunidad de atención y de protección financiera frente a las urgencias y problemas de salud que tienen un mayor impacto en la calidad de vida de las personas y sus familias, y d) un cambio en el modelo de regulación y gestión del sistema. Las garantías exigibles se irán extendiendo en la medida que el país disponga de mayores recursos y el sistema de salud se vaya ajustando a la nueva forma de funcionamiento.

En la actualidad, nadie cuestiona la necesidad de realizar cambios profundos en la organización del sistema de salud en Chile, en su gestión y financiamiento. Existe también amplio consenso en torno a las ideas centrales de la reforma de salud y en que estos cambios van en beneficio directo de la población y del país. Sin embargo, la magnitud de los cambios implícitos en esta reforma desata importantes conflictos en sectores políticos y gremiales.

La reforma de salud implica el establecimiento de un nuevo contrato social en torno a la organización del sistema de seguridad social en salud. La participación ciudadana debe jugar un rol fundamental en la definición de este nuevo contrato social porque la salud es un derecho ciudadano fundamental, pero además porque los ciudadanos tienen el derecho a participar en la definición de las reglas que gobiernan sus vidas. Este es un imperativo democrático.

## ***ESTADO-SOCIEDAD CIVIL, GOBERNANCIA Y GOBERNABILIDAD DEMOCRÁTICA***

El concepto de gobernancia se refiere a la existencia de arreglos institucionales, formales e informales, de interacción entre el Estado y la sociedad civil, que ordenan los procesos de

intercambio, coordinación, control, interacción y toma de decisiones sobre las políticas públicas, buscando una consecuencia con los valores de la democracia (representatividad, legitimidad), la eficiencia y la eficacia institucionales.

**Cuadro N° 1: Estado-Sociedad Civil, Gobernanca y Gobernabilidad Democrática**

Estado	Gobernanca	Gobernabilidad Democrática
<p>Garante de derechos ciudadanos:</p> <p><u>Acceso universal a la salud</u></p> <p><u>Funciones:</u></p> <p>Rectoría y regulación</p> <p><u>Compartidas con S. Privado</u></p> <p>Financiamiento</p> <p>Aseguramiento</p> <p>Provisión de servicios</p> <p><u>Instrumento:</u></p> <p>Políticas Públicas</p>	<p>Existencia de arreglos institucionales que permitan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recoger demandas (representatividad)</li> <li>- Acceso a Información</li> <li>- Transparencia de los Procesos</li> <li>- Rendición de cuentas</li> <li>- Evaluación y Control Ciudadano de las Políticas públicas</li> </ul>	<p>Estado con capacidad de conducción de las políticas con el objeto de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Difundir el poder en la Sociedad</li> <li>- Favorecer la igualdad de Oportunidades</li> <li>- Legitimidad social</li> <li>- Aumentar la confianza y el capital social</li> <li>- Mejorar eficiencia y Eficacia de las políticas</li> <li>- Sustentabilidad</li> </ul>

El concepto de gobernanca es particularmente útil para el análisis de experiencias de reforma de los modelos de organización y de gestión estatal. En estas experiencias el papel de la sociedad civil es fundamental en la identificación y expresión de demandas sociales, en la evaluación de la gestión pública, para la creación y el refuerzo de capacidades sociales y camino para profundizar la democratización y alcanzar la mayor eficiencia y efectividad en la entrega de servicios y prestaciones públicas. Además, su incorporación a las políticas públicas es un medio para el aprovechamiento de las capacidades y la canalización de los recursos sociales, porque se aprovechan las economías de escala, reduce costos de transacción y pone límites a los comportamientos oportunistas.

Gobernabilidad y gobernanca son conceptos interdependientes ya que la gobernabilidad se vincula a la capacidad del Estado de establecer consensos y de conducir la acción colectiva y la gobernanca a la posibilidad de acordar reglas del juego que permitan la consolidación ordenada de estos consensos y garanticen su estabilidad (Bazzani, 2001).

En este sentido, la existencia de mecanismos de participación de la sociedad civil en la definición de prioridades, evaluación y control de las políticas públicas, el acceso a la información y la transparencia de estos procesos no sólo contribuye a la eficiencia, eficacia y sustentabilidad de las políticas, sino que favorece la gobernabilidad democrática al difundir el poder en la sociedad, favorecer la igualdad de oportunidades, aumentar la legitimidad de las políticas, la confianza en las instituciones y el capital social.

En una sociedad democrática la ciudadanía consiste en el derecho de las personas a definir reglas del juego, derechos y obligaciones y a contar con mecanismos que garanticen que estos derechos se hagan efectivos.

### **SOCIEDAD CIVIL Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA**

En las últimas décadas el lenguaje de la sociedad civil ha ocupado un espacio creciente en el espacio académico. Se ha reexaminado y puesto al día la tradición del siglo diecinueve que pretendía asegurar la existencia independiente de organismos de la sociedad en permanente interacción con las instituciones del Estado. En este contexto, el desarrollo de concepciones tales como "capital social" y los intentos por medir la calidad y cantidad de las interacciones sociales de

una sociedad originadas en las instituciones, relaciones y normas que la conforman, dan cuenta del esfuerzo por enriquecer el lenguaje que nos permita comprender y fortalecer los aspectos de la sociedad civil. Numerosos estudios intentan demostrar que la cohesión social es un factor crítico para que las sociedades prosperen económicamente y para que el desarrollo sea sostenible. En particular, la concepción de Sociedad Civil se ha vinculado la estabilidad democrática de los Estados.

El avance de la sociedad civil no está limitado al espacio intra-estatal. Podemos constatar la proliferación de Organizaciones No Gubernamentales de carácter global. Estas, aproximadamente 100 en 1900, hoy son más de 10.000 y su número sigue en incremento. Su influencia apunta al establecimiento de patrones comunes para enfrentar situaciones de carácter humanitario, valórico o de protección del medio ambiente.

Estos desarrollos académicos y las experiencias locales buscan dar contenido y dirección a la reflexión sobre la sociedad civil y su interacción con la institucionalidad del Estado y también con su capacidad de conducción. Sin embargo, el fortalecimiento de la sociedad civil requiere que cada sociedad se haga cargo de la experiencia histórica que la caracteriza.

Un elemento de este fortalecimiento corresponde a la instalación de prácticas de participación ciudadana. Identificamos el proceso participativo con el momento de articulación entre el sujeto social y el objeto, entre la comunidad y la institución, entre las organizaciones sociales y los servicios. Un elemento fundamental a comprender en los procesos de participación ciudadana son las relaciones de poder que se dan entre ambos actores en esta articulación institucional / comunitaria.

A grosso modo se distinguen dos modalidades, que están pensadas como dos polos de un mismo continuo:

- a) La participación como medio: como recurso para hacer llegar los programas a la población y obtener de ella la colaboración necesaria para la aplicación de los mismos (Oakley), y como la movilización de los recursos de salud de la comunidad (Muller).
- b) La participación como fin: el sujeto social influye directamente en las decisiones de los sistemas que afectan su vida (Oakley), y (Muller).

Entre estos dos polos encontramos una gran variedad de situaciones.

En el mismo registro Raczynski y Serrano distinguen 4 tipos de participación: la participación instrumental, la participación gestiona, la participación consultiva y la participación como habilitación y empoderamiento.

Rolando Franco a partir de la posibilidad de intervención de los participantes potenciales, propone seis definiciones alternativas de participación.

### **Cuadro N° 2: Modalidades de Participación Ciudadana**

Participación como intervención en la preparación de decisiones	La participación individual queda reducida a la incorporación a organizaciones y a las actividades que en ella se desarrollan, y en el plano institucional a la existencia y grado de extensión de su membresía
Participación como influencia y como consulta	Tampoco implica presencia directa en la etapa decisoria. Esta definición considera la influencia grupal de los subordinados; en este sentido, la participación como consulta es una variante de la modalidad anterior
Participación como Delegación	Se refiere a la delegación de funciones que realiza el poder a los grupos subordinados. Se orienta en general a los asuntos marginales al poder central, y no cubre la etapa central del proceso de decisiones; mantiene la desigualdad ante el poder y convalida o refuerza la estructura decisional existente
Participación como control	Se refiere a las tareas de supervisión seguimiento o control realizadas por los subordinados respecto de la ejecución de decisiones en las que en realidad no intervinieron.

Participación como intervención en las decisiones	Dada la creciente complejidad y extensión de los objetos materia de decisión surgen mecanismos y órganos de gobierno basados en la representación. Para que operen se requiere de un flujo adecuado de información, lograr una visión global y compartida
Participación política	Poder político

En relación a la puesta en práctica de estas modalidades las ciencias sociales han avanzado considerablemente en la generación de competencias y modelos que ayudan y facilitan el trabajo participativo y la articulación de redes. Este esfuerzo tiene como propósito dotar a los ciudadanos y a las instituciones de las capacidades necesarias para resolver en comunidad situaciones locales tomando parte de las decisiones en interlocución con el Estado.

La participación ciudadana adquiere, por tanto, múltiples formas que abarcan la absorción de los vacíos que deja el continuo organizacional Estado-Mercado, comprendido como la capacidad disponible de resolución de situaciones específicas que afectan la calidad de vida de las personas, la instalación de políticas públicas, la implementación de proyectos, y el incremento de recursos disponibles para las actividades de bien común, entre otras.

El difícil y permanente proyecto democrático de distribuir y públicamente monitorear el ejercicio del poder encuentra, potencialmente, en la participación ciudadana, un argumento de rediseño y renovación.

Las vertientes que confluyen hacia la participación ciudadana son variadas. Esta coincidencia nos hace pensar que estamos frente a una concepción que efectivamente puede desempeñar un importante rol en los proyectos de innovación democrática. Sin embargo, el compromiso político, las capacidades de diseño y la experiencia práctica en la instalación de experiencias de participación ciudadana son aún escasas. Esta brecha entre un ideal en desarrollo y las capacidades sociales e institucionales para impulsar su instalación, configura parte importante del espacio de investigación y aprendizaje sobre participación ciudadana y gobernanza.

En el contexto de la globalización el ciudadano experimenta la disolución de su rol de beneficiario y consiguiente pérdida de protección social por la renegociación de los contratos sociales que se origina en una búsqueda de mayor competitividad en el contexto del comercio internacional.

La contrapartida del beneficiario que aspira a la pasividad del bien-estar queda de manifiesto en el neologismo propuesto por Villasante que destaca el dinamismo del ciudadano que busca el "mejor-vivir", en que este acepta y se hace responsable por la resolución de las situaciones que afectan su calidad de vida.

En el ámbito de la definición y provisión de los servicios, la visión del ciudadano ha ido cambiando desde una calidad de beneficiario hacia un ciudadano usuario con derechos activos cuya opinión debe ser tomada en cuenta en la definición de los servicios sociales (qué producir), su evaluación en cuanto a disponibilidad o cobertura (para quién) y calidad de servicio (evaluación de desempeño). Esta visión pone a los ciudadanos en el centro de la gestión pública y los transforma en una fuente de legitimidad de sus acciones que complementa o se suma a la fuente tradicional de legitimidad que emana del poder político.

En este enfoque, el foco de la gestión pública está puesto en los resultados más que en los procesos. Esta visión cambia entonces el balance de poder entre los consumidores y proveedores de los servicios, como resultado de un cambio de énfasis desde la producción de los servicios (gestión centrada en la oferta) hacia una gestión que aspira a satisfacer las demandas de los ciudadanos.

Por otra parte, la visión de ciudadano como usuario con derechos activos ha obligado a los servicios públicos a transitar desde un contexto de derechos ciudadanos "implícitos" hacia la explicitación de esos derechos.

### **Cuadro N° 3: Definición de Ciudadanía y Derechos sobre los Servicios**

Niveles de Participación Definición de Ciudadanía	Información	Consulta	Queja o reclamo	Apelación	Compensación
Beneficiario	X	X	X		
Usuario	X	X	X	X	X

Fuente: Celedón C. y Noé M. (1998), "Participación y Gestión en Salud" en Hacia la Implantación de Modelos de Administración Gerencial en Salud Pública. XII Concurso de ensayos del CLAD. Ensayos Premiados.

Pero la naturaleza de la relación ciudadano-servicio público es distinta a la de usuario proveedor en la medida que el ciudadano, como contribuyente es el principal o dueño de estos servicios.

Tradicionalmente, en el ámbito de la toma de decisiones, el ciudadano ha sido considerado como ciudadano-elector, esto es, que transfiere sus derechos como principal al poder político. Este último define las prioridades y asigna las responsabilidades sobre la gestión a los administradores. De acuerdo a esta perspectiva, es el administrador de los recursos públicos quien debe velar por los derechos ciudadanos.

Una visión más completa de ciudadanía reconoce a las personas como usuarios y a la vez como accionistas (co-gestores) de los servicios públicos. Bajo esta mirada adquiere especial relevancia la participación ciudadana en los distintos aspectos de la gestión de un servicio público, determinación de prioridades, en la evaluación de la eficiencia de los procesos y en la fiscalización y el control de las políticas o programas públicos. Surge una demanda por mayor responsabilización de los servicios públicos frente a la ciudadanía.

### **Cuadro N° 4: Definición de ciudadanía y Participación en la Toma de Decisiones**

Niveles de Participación Definición de Ciudadanía	Información	Consulta	Poder de resolución	Evaluación y Control
Elector	X	X		
Accionista	X	X	X	X

Fuente: Celedón C. y Noé M. (1998), "Participación y Gestión en Salud" en Hacia la Implantación de Modelos de Administración Gerencial en Salud Pública. XII Concurso de ensayos del CLAD. Ensayos Premiados.

## **EL SECTOR SALUD Y LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA**

El sector salud representa un caso extremo de asimetría entre el proveedor de servicios y quien recibe los servicios. En la mayoría de los casos el paciente no está en condiciones de determinar si las prestaciones que recibe son adecuadas o si se atienen a los estándares aceptados por la profesión médica como una atención de calidad "correcta". Adicionalmente, existe asimetría de información entre las personas y las compañías aseguradoras de salud puesto que los compradores conocen información sobre su salud a la cual la compañía de seguro no tiene acceso. Esta caracterización de la relación médico paciente y asegurado y asegurador hace necesario una fuerte presencia reguladora y fiscalizadora del Estado.

En salud, el Estado, como garante de los derechos ciudadanos, debe procurar que todas las personas tengan acceso adecuado y oportuno a servicios de calidad en salud. Para hacer efectivos estos derechos el Estado ejerce las funciones de rectoría y regulación y debe garantizar se cumplan adecuadamente las funciones de financiamiento, aseguramiento y la provisión de servicios de salud, funciones que pueden ser ejercidas tanto por organismos públicos como privados. Las políticas públicas son el instrumento a través del cual el Estado ejerce estas funciones que le son propias.

Por otra parte, la dimensión de gobernanza del sistema de salud requiere que se desarrollen mecanismos de participación ciudadana que permitan ejercer control social sobre las diferentes funciones de este sistema, para velar que éstas se desarrollen con equidad, eficiencia, eficacia y respondan efectivamente a las necesidades de salud de la población.

## **PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA REFORMA DE SALUD DE CHILE**

El proceso de Reforma de la salud de Chile iniciado en Mayo del año 2000, al inicio del Gobierno del Presidente Ricardo Lagos, se concibió con un importante acento en la participación ciudadana como estilo de diseño de la política pública de salud y de su implementación mediante mecanismos de control social.

Al considerar la participación ciudadana en un contexto de gobernanza se establece como propósito del diseño del proceso de definición de la política pública los siguientes: a) un ordenamiento de los procesos que inciden en el ciclo de definición e instalación de políticas públicas, b) consecuencia con valores de la democracia y de eficiencia y eficacia institucionales, y c) la legitimación social de las políticas públicas definidas. Estos fueron precisamente las orientaciones de la Secretaría Ejecutiva Comisión Interministerial para la Reforma de Salud del Gobierno de Chile para su propuesta de participación ciudadana.

En el documento inicial en que se plantearon los lineamientos estratégicos de la Reforma de Salud se afirmaba que:

*“La salud de las personas es un producto de la vida en sociedad y cada sociedad tiene problemas de salud que le son inherentes y cuya solución requiere de enfoques integrales. Un enfoque integral de la salud exige una participación activa, informada y responsable de cada persona y de la comunidad organizada. Los ciudadanos deben tener los cauces que les permitan expresar sus aspiraciones e inquietudes y participar en la orientación de los servicios de salud que los atienden, sean estos públicos o privados. La salud integral y participativa es un compromiso del Estado”.*

Cabe destacar que en el diseño original la participación ciudadana no solo satisfacía el programa político del gobierno en relación a los procesos de renovación de la democracia sino también las necesidades de implementación y legitimación de la nueva política de salud. En tal sentido podemos observar una estrecha correspondencia entre las intenciones manifestadas y los requerimientos de gobernanza establecidos.

En este sentido se afirmaba que las posibilidades de éxito del proyecto dependerían de:

*La transparencia con que se lleve a cabo el proceso, la capacidad de obtener el respaldo de la población y la legitimación social, al mismo tiempo que la capacidad de generar los acuerdos necesarios con los actores sociales relevantes.*

## **EL DISEÑO DE LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN EL PROCESO DE LA REFORMA DE SALUD**

El lineamiento estratégico de participación ciudadana requería materializarse en formas y acciones específicas: “en un proceso de mejoramiento integral, profundo y eficiente del sistema de salud es necesario darle la mayor relevancia al proceso en sí, es decir cómo se establece la interlocución con todos los actores sociales involucrados, cómo se logra comprometer su participación, cómo se generan mecanismos para obtener acuerdos...”, se estableció así un programa de trabajo de participación ciudadana que buscaba abrir múltiples espacios de

participación de acuerdo a criterios de diferenciación y agrupación de la ciudadanía con relación a su vínculo con el sistema de salud. En este proceso se reconocía también a los actores sociales y grupos de interés.

En la definición inicial del proyecto las etapas definidas para el proceso de participación fueron las siguientes:

### **Etapas 1**

Realizar un estudio de opinión pública sobre la percepción de la población acerca del sistema de salud. Este estudio es la base metodológica fundamental del proyecto y contempla tres elementos:

- Encuesta de la atención y protección de la salud percibida por la población.
- Encuesta del estado de salud percibido por la población (salud personal).
- Encuesta de la percepción de los trabajadores de la salud (en todos sus estamentos y de los sectores público y privado) sobre los servicios que prestan y la organización en que trabajan.

### **Etapas 2**

Realizar talleres con los grupos de actores sociales definidos, respecto de los temas fundamentales de la reforma a la luz de las conclusiones del estudio de opinión y los conocimientos técnicos disponibles.

### **Etapas 3**

Realizar, para cada uno de los temas antes definidos, una Asamblea Nacional de la Salud, con el fin de llevar a un debate y búsqueda de acuerdos de los usuarios y los otros actores sociales señalados anteriormente, con una secuencia de 1 cada 8 a 10 semanas, de tal modo que el período de análisis y discusión participativa se extendería desde julio del año 2000 a marzo del 2001 y en mayo del mismo año se formalizarían las propuestas a partir de las conclusiones del proceso descrito.

Adicionalmente se consideraba una instancia permanente de participación diseñada con el propósito de lograr una interacción sistemática entre diferentes visiones de la sociedad y asegurar una adecuada atención en la discusión a las distintas sensibilidades representadas, que incluía fundamentalmente a el ámbito de la salud, la economía, las ciencias sociales y las organizaciones comunitarias. Se concebía esta instancia como una capacidad de "legitimación" del proyecto al incorporar en los criterios de selección de los participantes, su representatividad y el respeto de que son objeto en sus comunidades de origen.

Esta instancia, bajo la forma de un comité directivo, tendría las siguientes funciones:

- Asesorar al Ministro de Salud en la formulación de las líneas directivas del proyecto;
  - Evaluar periódicamente los avances del mismo y sugerir los cambios y modificaciones que sea pertinente realizar.
  - Participar en las Asambleas Nacionales de la Salud como miembros de pleno derecho
- Posteriormente se incorporaron precisiones adicionales a la estrategia de participación originadas en una diferenciación de los potenciales participantes tal como se expresa en el Cuadro N° 5.

**Cuadro N° 5 Ámbitos Projectados de Participación en la Reforma de Salud**

<b>GRUPOS</b>	<b>ETAPA DE INCORPORACION</b>	<b>METODOLOGÍA A EMPLEAR</b>	<b>TECNICAS DE RECUPERACION DE INFORMACIÓN</b>	<b>RESULTADO ESPERADO</b>
<b>EXPERTOS</b>	1)Inicio del proceso en formulación propuestas 2)Durante el proceso	Cualitativa	Grupos de expertos	Propuestas para consideración Comité Intersectorial.
	1)Proposiciones durante el proceso.	1)Proposiciones 2)Negociación y	Grupos de tarea	1)Propuestas 2)Compromisos que den

<b>GRUPOS DE INTERÉS</b>	2)Negociación. Una vez definido el marco.	compromisos mutuos		viabilidad al proyecto.
<b>TRABAJADORES PUBLICOS MUNICIPALES PRIVADOS</b>	Una vez definido el marco	1) Cualitativa. 2)Negociación Sector Público	Grupos de Conversación	1)Propuestas sobre implementación reforma. 2)Acuerdos Políticas Recursos Humanos
<b>OPINIÓN PÚBLICA</b>	Inicio del proceso	Cualitativa y cuantitativa	-Encuesta de opinión (S.S.) - Grupos focales sobre muestra estructural	Percepción de usuarios y funcionarios sobre áreas definidas en proceso de reforma
<b>COMUNIDAD</b>	Una vez definido el marco por el Comité Intersectorial	Cualitativa	1)Buzón 2) Consultorio Abierto	Percepción de la ciudadanía sobre la orientación de la reforma.
<b>COMUNIDAD ORGANIZADA</b>	Una vez definido el marco por el Comité Intersectorial	Cualitativa	Grupos de conversación	1)Conocer percepción prioridades salud 2)Mejoramiento calidad atención. 3)Rol comunidad en creación ambientes saludables. 4)Propuestas control ciudadano gestión salud.

### **RESULTADOS OBTENIDOS DE LA ESTRATEGIA DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA DEFINICIÓN DEL PROYECTO DE REFORMA:**

Como se ha señalado, el proyecto de Reforma de la Salud se diseñó incorporando la participación ciudadana como uno de sus pilares de desarrollo. Nuestra reflexión se orienta a hacer un balance y obtener conclusiones que puedan servir de apoyo a otras iniciativas de desarrollo de políticas que intenten incorporar a la ciudadanía en el proceso, tanto para construir la legitimidad social y política para el cambio como para enriquecer y entregar iniciativa a los ciudadanos.

Una primera mirada al proceso de participación ciudadana requiere determinar las condiciones históricas y coyunturales en que se realizaba la experiencia y evaluar su carácter facilitador u obstaculizador de la implementación del programa establecido. La principal referencia histórica corresponde a nuestras tradiciones de instituciones fuertes que ocupan casi enteramente los espacios de solución de problemas en la sociedad impidiendo así el surgimiento de una sociedad civil independiente. Esto aparece ratificado por el bajo nivel de asociatividad en la sociedad, que varía en ocasiones por motivaciones de subsistencia, ya sea de carácter económico o político, pero que no perdura como capital social.

El resultado de esta situación, comprendiendo que han habido distintos momentos en que han proliferado experiencias de participación social, es que, al menos en Chile, no se cuenta con una capacidad y experiencia importante en la utilización de la participación ciudadana para el diseño de políticas públicas. En especial en el sector de la salud, la tradición de participación se orienta a la información y a la realización de tareas definidas por la institucionalidad. Esta situación enfatiza la ausencia de participación en la toma de decisiones o de experiencias de construcción conjunta.

En resumen, la participación ciudadana es una forma de relación entre la autoridad y la ciudadanía que no tiene un grado importante de desarrollo. Existen experiencias aisladas y de

escasa profundidad que no constituye una práctica instalada conocida por todos y que sea considerada un recurso disponible por la autoridad. Esta situación resulta inhibitoria puesto que no se puede echar mano a experiencias compartidas que permitan anticipar resultados y consecuencias. La utilización de participación ciudadana tiene aún un carácter experimental, que requiere quizás de un mayor grado de madurez para tranquilidad de las personas que en un momento dado detentan la autoridad del estado y que podrían impulsar la participación ciudadana.

Adicionalmente, la reforma de la salud enfrentó un escenario específico que no estaba exento de restricciones.

La estructura organizacional del proyecto, separó la actividad de diseño de la Reforma de Salud del ámbito ministerial creándose una Comisión Interministerial para la Reforma de la Salud que respondía a un comité de Ministros presidido por el Ministro del Sector. Esta dualidad, que ciertamente tiene ventajas desde la perspectiva de la creatividad e innovación en el diseño de soluciones al separar el manejo de la contingencia de la reflexión estratégica, dio origen a ajustes a la forma de ejecutar el proyecto de desarrollo de una política de salud. Los puntos de vista sobre los riesgos que implica una estrategia de participación ciudadana fueron distintos entre los miembros de la Secretaría Ejecutiva de la Reforma y el Ministerio.

La participación ciudadana es una estrategia de renovación de las formas de relación de la institucionalidad tanto con sus usuarios, como con los trabajadores del sector. Ello significa que la autoridad política del sector es quien debe modular la implantación de prácticas de participación ciudadana por su responsabilidad por su gobernabilidad. Esto tiene especial relevancia en el caso chileno en que la Reforma de la Salud adquirió un carácter emblemático por tratarse del principal proyecto de fortalecimiento del área social y por lo tanto de gran importancia para el Gobierno. En segundo lugar, en Chile el sector público es responsable por el 75% de los usuarios de salud y es el sistema público que contrata el mayor número de personas, de modo que mantener una relación armónica con los gremios es un importante factor en la estabilidad del sistema.

Es así como se presentaron dos áreas iniciales de inhibición. Por una parte la hipótesis de que una participación amplia podría convertirse en un incentivo a que los usuarios y trabajadores experimentaran un proceso de expansión de sus demandas reivindicativas y por lo tanto convertirse en un instrumento desestabilizador a la conducción del ministerio. Esto condujo a reducir la envergadura de la iniciativa original y limitarse a la realización de experiencias consultivas y de debate controlado sin pasar a la fase de Asambleas Nacionales de la Salud tal como se había postulado al principio.

Por otra parte, la participación ciudadana diseñada apuntaba, aunque no exclusivamente, a un contacto directo entre la institucionalidad y los trabajadores, esto presenta un riesgo potencial para la relación entre la autoridad y los representantes gremiales de los trabajadores puesto que se sobrepasa el rol de intermediación. En ambiente de Reforma se dan condiciones que avalan un natural clima de desconfianza de los gremios frente a cambios que no se conocen y, por lo tanto, la relación directa de la institucionalidad con los trabajadores sin intervención de los gremios tiende a interpretarse como usurpación de un rol asignado de interpretes de las necesidades de los trabajadores. Con el propósito de mantener una relación amistosa y evitar interrupciones al proceso se entregó el control de la participación de los trabajadores a los gremios. La selección de participantes tuvo por resultado una disminución de la diversidad de visiones reforzando la voz y la opinión gremial que veía con desconfianza el proyecto de reforma.

El contexto en que se discutió la Reforma también afectó la libertad para establecer estrategias de participación. La especificación de estrategias de salud pública ha constituido un agitado campo de debate en las últimas décadas. Hay una nutrida experiencia en reformas de salud y consiguiente reflexión sobre limitaciones y errores de diferentes diseños sin que se haya alcanzado la última palabra. Actualmente se vive un período de reformas de segunda o quizás tercera generación que intentan, a partir de las lecciones del pasado, enfrentar la permanente y difícil tarea de establecer un sistema de salud equitativo y solidario que ofrezca a la población una mejor salud a costos que la sociedad pueda pagar.

Los elementos que fundamentan una estrategia pública en salud se estructuran en torno a los siguientes temas fundamentales:

- a) la visión sobre la salud que informa la estrategia pública de salud. Esta ha evolucionado, en términos generales, desde la salud como ausencia de enfermedad que da origen a una estrategia centrada en el tratamiento de la enfermedad hacia la salud considerada más integralmente como un resultante de una serie de situaciones que incluyen la genética, la calidad de vida, el medio ambiente y la atención y tratamiento, que ha dado origen a una ampliación de la estrategia orientada a la ausencia de enfermedad, incluyendo aspectos tales como la prevención y la promoción de estilos de vida saludable.
- b) la comprensión de la salud como un bien social o un bien de consumo individual. Estas perspectivas están presentes simultáneamente en la discusión actual, fortaleciéndose los aspectos asociados a considerarla un bien social al incorporar criterios de equidad y de solidaridad en la evaluación de los sistemas nacionales de salud.
- c) La formas de financiamiento de los gastos en salud de las personas que incorpora el aporte del gobierno y el aporte de las personas y diversas formas de administración de estos fondos.
- d) La participación del estado y/o de la iniciativa privada en los diferentes componentes de la estrategia de salud de un país.
- e) La participación de los usuarios actuales o potenciales del sistema de salud en diferentes aspectos y estructuras de su organización.

En torno a estos temas surgen visiones variadas al interior de las coaliciones políticas en que las personas han vivido experiencias dispares y tienen un amplio rango de perspectivas respecto del tema de la salud. Estas diferencias dificultan la colaboración y la comunicación entre las personas que abrazan diferentes posturas respecto de estos ejes de reforma durante el período de discusión del diseño. En la medida que estas diferencias se hacen más acentuadas el trabajo conjunto se transforma, predominando en algunas instancias el esfuerzo por controlar el diseño por sobre una búsqueda de soluciones consensuales o negociadas. Esta condición incidió, posiblemente, en una reducción del espacio de participación ciudadana simplemente por que no se alcanza un acuerdo respecto a las áreas y a los temas que se intentan rescatar desde la ciudadanía. Las interpretaciones de intenciones y riesgos predominan por sobre las necesidades de gobernancia, porque justamente la pregunta que emerge es ¿governancia para que proyecto?, al no haber consenso la ausencia de respuesta apunta a una postergación mientras se buscan vías de acuerdo. En un escenario en que la coalición de gobierno no tiene una postura única como resultado de su variedad de origen se tiende a inhibir acciones que pudieran interpretarse como una señal de control sobre los mecanismos de legitimación y de participación. Esto inhibe las instancias participativas. Adicionalmente, se podría argumentar que en un ambiente de dispersión del apoyo a diferentes formas o alternativas de enfrentar los ejes de diseño de la reforma, resulta casi natural la abolición de un comité directivo cuya orientación pudiera resultar difícil de manejar y que, para ciertos temas, podría haber resultado un instancia de pie forzado para la autoridad.

Una confirmación anecdótica de esta situación resulta el hecho de que la primera reunión de profesionales de la salud invitados para discutir las incipientes propuestas de cambios a los modelos de atención de salud fue suspendida por presiones de carácter corporativo del gremio médico en septiembre del 2000.

Una forma de inhibición indirecta del proceso de participación es que la coexistencia de alternativas de solución con diferencias profundas de orientación hizo difícil establecer una estrategia de información a la ciudadanía que incentivara a la participación y a la discusión en los ámbitos de trabajo y vida de las personas. La participación requiere de información, su ausencia inhibe el proceso o reduce la participación a la trivialidad. Sin embargo, mientras se debatía la orientación de la reforma se restringió la información sobre los temas impidiendo de esta forma la creación de condiciones adecuadas para la participación.

La importancia de las restricciones señaladas se destaca al observar que la participación ciudadana se realizó en forma efectiva en torno a aquellos temas respecto de los cuales hubo acuerdo en el proyecto. En particular cabe destacar la labor realizada en torno a la determinación de los Derechos Ciudadanos en Salud que se nutrió de la discusión comunal. En otras áreas, tal como Objetivos Nacionales, se realizó un experiencia de participación orientado al intercambio de información con una nutrida participación de expertos que produjo el lineamientos sanitarios para

la próxima década. En este caso la instancia de intercambio de información aparece para las organizaciones o asociaciones de expertos involucrados como una forma insuficiente de participación.

Por último, es necesario establecer la diferencia entre los tiempos políticos dados por la agenda de gobierno y los tiempos de participación ciudadana dados por las necesidades de desarrollo de modelos de participación, capacidades participativas, procesos de sistematización y de análisis y evaluación y procesos de incorporación de lo aprendido en la formulación de las políticas de salud. Todo lo anterior requiere de un tiempo de maduración. Sin embargo, la agenda política no se construye desde las realidades técnicas sino desde concepciones que dicen relación con procesos legislativos y de percepción de la aceptación ciudadana. En el caso de la Reforma el gobierno por razones de agenda política aceleró el proceso de finalización del Proyecto de Reforma de Salud a fines del 2001. Ello afectó la posibilidad de profundizar los procesos de participación en las fases finales de afinamiento de los aspectos técnicos del proyecto.

Con todo hubo instancias participativas de diversa índole.

En una primera fase la incorporación de las preocupaciones de las personas al diseño de la Reforma se realizó mediante técnicas de discusión grupal y encuestas. Estas metodologías tienen una menor capacidad de generación de legitimidad de la propuesta en la ciudadanía puesto que la experiencia no se vincula con la autoridad sino con expertos supuestamente "objetivos" en manejo de técnicas de opinión. De esta forma, el diseño de la reforma es informado a partir de las preocupaciones de las personas, pero no necesariamente se recogen los frutos de este esfuerzo en la perspectiva de la lealtad al proyecto. Adicionalmente no se establecen acuerdos que las ciudadanía sienta propios. Se podría postular tentativamente que desde la perspectiva de la gobernancia este tipo de actividades son de carácter neutro.

La primera actividad de consulta que se desarrolló dentro del proceso de Las Jornadas de participación ciudadana tuvo lugar en el mes de enero de 2001, se realizaron 48 Encuentros Comunales donde 3000 representantes de organizaciones sociales discutieron sobre los problemas del sector, realizaron un diagnóstico y elaboraron propuestas para una mejor salud. Los temas tratados fueron Objetivos Sanitarios, Derechos de las personas en la atención de salud, Salud solidaria y Participación y promoción.

En base a la sistematización del proceso de discusión realizado en las 48 comunas se organizó una segunda ronda de carácter informativo durante los meses de marzo, abril y mayo en 250 Encuentros Comunales adicionales que abarcaba 288 comunas y la participación de 25.000 personas.

Posteriormente en los meses septiembre – noviembre se realizaron 199 Encuentros Locales para discutir el proyecto de ley de Derechos y Deberes del paciente y el Plan de Medidas 2001. En esta fase hubo una alta participación de funcionarios de salud alcanzando un 44.1% de los participantes.

En la organización de estos encuentros se contó con la participación de los Directores de Servicio, Secretarios Regionales Ministeriales de Salud, Intendentes Regionales y Gobernadores provinciales, obteniendo una rápida y amplia respuesta a la convocatoria.

De estas experiencias se registra un gran interés de la población por participar en eventos organizados por terceros vis-a-vis la escasa actividad ciudadana autónoma por desarrollar instancias de participación. Esto habla de la necesidad de continuar con los esfuerzos para formar capacidad participativa en la ciudadanía y fortalecer la voluntad de la autoridad para establecer condiciones cada vez más adecuadas para que los ciudadanos participen directamente en instancias de información, discusión, diseño, coordinación, control y toma de decisiones.

Respecto de los gremios de la salud se realizaron una serie de reuniones de discusión de temas de la Reforma con los dirigentes gremiales del Sector en Huechuraba. En estas se presentaron los diversos temas y se realizaron mesas de trabajo respecto a diferentes temas de la reforma. Estas reuniones se orientaron principalmente a especificar las diversas posturas respecto de la reforma sin que se establecieran acuerdos específicos.

Finalmente se realizaron las llamadas mesas de trabajo para la reforma de salud con participación de actores sociales y gremiales recogiendo propuestas técnicas de diversos grupos. Se constituyeron cuatro mesas:

- Mesa con académicos, gremios y usuarios de salud pública
- Mesa con Isapres, prestadores, gemios y usuarios de salud privada
- Mesa con dirigentes sociales y representantes de organizaciones e instituciones de la sociedad civil
- Mesa de atención municipal

De las mesas surgieron propuestas de mayoría y minoría que fueron presentadas al Ministerio.

Los actores sociales del sector salud ha exigido a lo largo del proceso su incorporación al proceso de toma de decisiones respecto de las orientaciones y mecanismos fundamentales que definen el ajuste del sector salud. Mientras los gremios cuentan con capacidad para promover sus intereses corporativos, los usuarios, que son el objetivo último de la Reforma, no tienen otra capacidad que el Gobierno para promover los suyos. La observación obvia es que los gremios pueden inclinarse a supeditar el mejoramiento de los niveles de salud de la población a sus legítimos intereses corporativos en tanto actores del sector afectados por los cambios. Respecto de esta situación, los actores sociales rechazan ser considerados grupos de interés y se atribuyen la representación de los usuarios creándose una situación de competitividad respecto a la base de legitimidad de las respectivas posturas respecto de la Reforma de Salud que dificulta las conversaciones. Durante el proceso de reforma se realizaron consultas y discusiones con los gremios profesionales y de trabajadores, sin embargo persisten las diferencias y desacuerdos respecto del proyecto de reforma cuyas manifestaciones se agudizan a medida que avanzan los proyectos de ley en el Congreso. Es claro que existe una diferencia de óptica entre la institucionalidad que dirige la política que abarcan desde el extremo en que las propuestas son objeto de análisis por la autoridad para posteriormente si estas se incluyen o no hasta otro extremo en que las decisiones de diseño de la Reforma deben ser el resultado de un proceso de negociación de las partes. Esta diferencia en las expectativas de participación en la toma de decisiones origina confrontaciones que dan lugar al juego político en torno a la reforma.

Las diferencias que subsisten se sitúan en dos campos.

En primer lugar el campo del interés corporativo. Respecto de los gremios de la Salud se han realizado esfuerzos de negociación que han aminorado la sensación de amenaza que produce un proyecto que hace hincapié en la necesidad de reforzar la gestión y hacer reingeniería de los procesos actuales, lo que primariamente se interpreta como señal de debilitamiento de la situación de los trabajadores por la necesidad de flexibilizar la capacidad de ordenamiento de los recursos humanos para la realización de las tareas prioritarias en salud. El resultado de la negociación del Sector con los trabajadores de la salud produjo acuerdos satisfactorios para las partes alineados con el espíritu de la reforma. Queda aún por enfrentar la relación con los profesionales médicos en su dimensión corporativa que no se explicita directamente. Para este grupo es más difícil plantear requerimientos en el plano económico probablemente porque la ciudadanía tiene la percepción que se trata de un grupo que goza de ingresos importantes.

En segundo lugar están las diferencias correspondientes al espíritu de la reforma. Un elemento de división es la coexistencia de un área privada y un área pública de la salud complementarias. Esta situación resulta amenazante para los sectores más ortodoxos del sector que consideran esta alternativa como un debilitamiento de la protección social. En este ámbito el proyecto de reforma ha consolidado la opción de coexistencia y complementación de modo que se trata de un área de diferencia que se mantendrá como tal.

Adicionalmente, existen diferencias de apreciación respecto de la capacidad de ajuste del Sistema Público de Salud para cumplir las nuevas condiciones establecidas por la reforma para hacerse cargo de las necesidades de salud de la población, asunto que dice relación con materias no definidas aún respecto de la gradualidad de implementación de los diferentes aspectos de la

reforma. Desde la perspectiva de los compromisos ya adquiridos con el proyecto en curso y de las responsabilidades administrativas de las autoridades se puede anticipar que estos aspectos, que son, a su vez, materia de atención y diseño para la autoridad, no constituyen materia de negociación ni participación.

El cambio de los tiempos políticos para la presentación de los proyectos de ley puso fin a los esfuerzos de participación orientados a informar el proyecto de reforma y originó una modificación del esfuerzo participativo. En efecto, una vez definidos y aprobados por el Gobierno los proyectos de ley de la Reforma se orientó la actividad a la socialización de esta entre dirigentes sociales.

Durante el año 2002 la participación orientada a informar a la ciudadanía organizada sobre el diseño de la Reforma incluyó a 22.500 dirigentes con una fuerte presencia de las autoridades del sector.

Uno de los tópicos importantes incluidos ha sido la discusión sobre expectativas de participación ciudadana de la población estableciéndose compromisos explícitos de capacitación de dirigentes en el ámbito de la Reforma de Salud y la formación de monitores en control social asociados a diferentes áreas de interés de la ciudadanía. Estos acuerdos se ejecutarán durante el año 2003. Adicionalmente, esta información divulgará el esfuerzo de configuración de los reglamentos de participación ciudadana correspondientes principalmente a los mecanismos de control ciudadano indicados en las leyes en trámite.

En resumen, la participación ciudadana como instrumento de definición de las políticas públicas en el caso de la Reforma de la Salud no alcanzó la amplitud y profundidad originalmente diseñadas. Sin embargo, el compromiso del sector con la participación ciudadana se mantiene, habiendo ajustado la orientación hacia las próximas fases de control social de la implementación de la política. Es necesario para potenciar este compromiso hacer un esfuerzo que supere la fase informativa y que genere una efectiva capacidad y condiciones para entrar en una fase en que efectivamente se ponga énfasis en crear ciudadanía en salud.

Nos parece que el análisis del ejercicio participativo en torno a la reforma de la salud destaca la necesidad de desarrollar capacidad de participación tanto en las instituciones como en la ciudadanía puesto que lograr participación efectiva y satisfactoria es el resultado de un esfuerzo sostenido y que requiere definición de modelos adecuados a las condiciones y experiencias existentes.

## **DESAFÍOS FUTUROS**

Junto con la globalización y la expansión de los valores de libertad, democracia y de respeto por los derechos de las personas y con el retorno de la democracia en Chile, el concepto de participación ha ido ganando terreno y se podría decir que ya forma parte del “deber ser” de las políticas públicas. Consecuentemente se han ido creando nuevos espacios de participación en distintos ámbitos de la acción del Estado, entre ellos, en la formulación, implementación y gestión de las políticas públicas, así como, en la evaluación del desempeño de las autoridades y de los organismos públicos.

Sin embargo, a pesar de la proliferación de nuevas instancias de participación, éstas no han funcionado como se esperaba y se mantiene una baja tasa de participación y de asociatividad de las personas en el país. La Encuesta Nacional sobre Condiciones Socioeconómicas de los Hogares (CASEN) del año 2000 indica que no más de 8% de la población chilena pertenece a algún tipo de organización formal. Cabe entonces preguntarse ¿porqué en Chile las personas no están haciendo suyos los espacios de participación disponibles? ¿bajo que condiciones es posible que surja autónomamente la participación ciudadana? ¿cómo generar condiciones que favorezcan la participación y que ésta sea permanente y no episodios esporádicos?

Una respuesta general al bajo nivel de asociatividad y a la reducida tasa de participación que observamos podrían originarse en nuestra tradición institucional.

Las tradiciones de España y Portugal en América Latina dieron origen al establecimiento de instituciones fuertes y centralizadas, como son el Estado y la Iglesia Católica, debilitando el surgimiento de una sociedad civil independiente, situación que se mantiene en el escenario actual

en Latinoamérica. En ocasiones se advierte un fortalecimiento de la sociedad civil en tiempos de gobiernos de facto donde toman refugio las personas que forman la capacidad de reemplazo del gobierno lo que al producirse debilita nuevamente la sociedad civil.

A la predominancia de poderosas instituciones altamente jerarquizadas que dejan poco espacio a la participación y al desarrollo de la sociedad civil, elemento estructural de nuestras sociedades, se suma hoy el fenómeno contemporáneo de la pérdida de confianza en las instituciones y en las personas, factor que juega en contra de la asociatividad.

La desconfianza es un fenómeno global y que también tiene su manifestación en Chile. Ilustra este fenómeno una reciente encuesta de opinión desarrollada en la Región Metropolitana acerca del grado de confiabilidad que inspiran distintas instituciones en el país (Fundación Futuro, 9 y 10 de diciembre de 2002). La encuesta indica que las instituciones políticas son las que tienen el menor grado de confiabilidad para los chilenos, con un porcentaje de desconfianza que fluctúa entre 59% y 31% (partidos políticos, parlamentarios, jueces, ministros de estado y alcaldes). También la iglesia católica ha perdido confiabilidad ya que 23% de los encuestados señala no confiar en esta institución y 40% que confía poco. La excepción pareciera ser la familia ya que la gran mayoría de los encuestados (98%) declara tenerle mucha confianza.

Esta pérdida de confianza en las instituciones ha sido atribuida a diversas causas, algunas de las cuales se señalan a continuación.

La creciente desigualdad de ingresos. Si bien el crecimiento económico ha traído consigo una disminución en los niveles de pobreza, la distribución del ingreso no ha mejorado sino que ha tendido a empeorar. Junto con ello se observa un deterioro en las clases medias de la población (Claudio Martínez, 2000).

Los mayores grados de inseguridad que trae consigo la globalización. La globalización aumenta la velocidad de transmisión de la información y de los fenómenos económicos, sociales, culturales, etc. lo que genera una mayor inestabilidad en las condiciones de vida de las personas. Ejemplos de ello son, la mayor volatilidad financiera, la inestabilidad en los empleos, la inseguridad ciudadana, sanitaria y ambiental (PNUD, 1999).

La globalización genera oportunidades pero también amenazas. La competencia global amplía las oportunidades de intercambio entre los países y con ello el alcance del crecimiento económico pero a la vez crea situaciones de creciente desempleo. La OIT se pronunció hace poco sobre el particular, sosteniendo que los flujos de bienes y capitales entre los países ricos y pobres no serán suficientemente amplios para satisfacer la necesidad de empleos en las naciones de desarrollo. Por ello se calcula que el total de emigrantes en todo el mundo sobrepasa los 120 millones, en comparación con los 75 millones de 1965 (C. Alberto Vélez V., 2000).

La globalización favorece la difusión de valores y acuerdos universales pero, junto con ello, se observa un renacimiento de tendencias fundamentalistas, nacionalistas y excluyentes (PNUD, 1999).

La tradición centralista de las instituciones y su baja capacidad de adaptación a los cambios. En general las instituciones no están respondiendo adecuadamente a las necesidades de la población y se están viendo sometidas a fuertes presiones debido a la velocidad de los cambios tecnológicos, económicos y sociales (Fukuyama, 1999).

El rol de la información y de los medios de comunicación masiva. El avance de la informática y el papel de los medios de comunicación masiva en la difusión de la información ha relevado los valores de libertad e igualdad. Junto con ello ha aumentado la exigencia de los ciudadanos por una mayor transparencia y responsabilidad en el manejo del poder y en el uso de los recursos públicos. Los fenómenos de corrupción, que también se daban en el pasado, hoy tienen un amplio grado de difusión por los medios, contribuyendo a reforzar en la población su creciente desconfianza en las instituciones.

Con la pérdida de confianza en las instituciones ¿quiere decir entonces que vamos necesariamente hacia una creciente atomización social?

Algunos estudiosos de la materia sostienen que esto no va a ocurrir.

Francis Fukuyama señala en su libro "La Gran Ruptura" (1999):

*“...aunque las personas desconfían cada vez más de cualquier tipo de autoridad, política o moral, que pudiese restringir su libertad de elección, al mismo tiempo quieren disfrutar del sentido de comunidad y de todo lo positivo que ésta les brinda, como por ejemplo, reconocimiento mutuo, participación, pertenencia e identidad. Ante esta disyuntiva, el sentido de comunidad será buscado en grupos y organizaciones más pequeños y flexibles, donde las lealtades y la afiliación pueden superponerse y donde el ingreso y el egreso impliquen costos relativamente bajos. Así los individuos serán capaces de reconciliar sus deseos contradictorios de comunidad y autonomía.”*

Por otra parte, Susan Phillips y Michael Orsini en una investigación reciente sobre participación ciudadana en los procesos políticos en Canadá (2002) señalan que en la actualidad se da la paradoja que, a pesar de que los ciudadanos creen cada día menos en los gobiernos, están también convencidos en que éste tiene un importante rol que jugar en el mejoramiento de su calidad de vida.

El desafío es entonces buscar caminos para restablecer las confianzas, ampliar la participación y generar capital social. A continuación se plantean algunos elementos que pueden aportar en la búsqueda de respuestas a este gran desafío.

Crear condiciones para recuperar la confianza parece ser una tarea prioritaria. En este sentido, una participación que promueva el equilibrio entre los distintos sectores de la sociedad y la claridad y transparencia en la forma en que se integran estos sectores al proceso de toma de decisiones tienen gran incidencia en la generación de confianzas.

Son preguntas centrales a la gobernancia de qué manera incorporar a los ciudadanos a los procesos de definición, implementación y control de las políticas públicas y cómo contribuir al fortalecimiento de la sociedad civil. El reconocimiento de que el gobierno, por sí sólo, no tiene la capacidad, conocimiento o legitimidad para solucionar los complejos problemas que deben abordar las políticas públicas en una sociedad diversa, pone de relieve la necesidad de colaboración y de coordinación del Estado con la sociedad civil.

Como señala Roberto Martínez Nogueira en reciente ensayo sobre el Estado la sociedad civil y la gestión pública, es necesario institucionalizar la participación diferenciando los planos de la formulación, de la sanción y de la implementación de políticas. Hasta ahora, la forma convencional que se ha adoptado es a través de mecanismos de participación fuertemente centrados en la representación y en el nivel de la sanción de las políticas. La participación de la población en los procesos de iniciativa y de generación de alternativas es esporádica e insuficientemente institucionalizada.

Por otra parte, la satisfacción de las aspiraciones de control social y de democratización de la gestión pública requiere aumentar las oportunidades y consolidar los ámbitos de participación durante la implementación. Pero además esa participación puede darse de maneras que hasta ahora están ausentes en el sector público, como son el debate sobre escenarios futuros, la discusión de alternativas de política y la evaluación sistemática de los productos e impactos de programas y proyectos, todo lo cual tiene requisitos de información, de transparencia y de articulación con las organizaciones de la sociedad civil y con núcleos académicos y profesionales.

Como es sabido, tanto las fallas del estado como de los mercados tienen similares causas: (a) asimetrías de información que tienen por resultado problemas de riesgo moral, selección adversa, etc. (b) incertidumbre y contratos incompletos lo que genera costos de transacción debido a la necesidad de control y de exigibilidad de estos contratos; y (c) set de reglas institucionales que junto a la tecnología y la distribución de atributos y recursos entre las personas definen las oportunidades en la sociedad.

Teniendo estos elementos en consideración, la información y la difusión de las políticas y de su impacto sobre diferentes sectores de la población es un elemento clave para incentivar la confianza y la participación. Las nuevas tecnologías de comunicación e información pueden permitir profundizar los espacios de difusión y de participación existentes. Sin embargo es necesario evitar que el dialogo se de a los niveles cupulares de la sociedad, entre los sectores profesionales o más informados, dejando fuera del debate a grupos extensos de la población.

El avance en las comunicaciones que favorece la creación de redes y permite la discusión abierta y la interacción en tiempo real, hace que la población exija nuevos espacios de

participación, más allá de los procedimientos propios de la democracia representativa. Dadas las características multidimensionales de la participación ciudadana se requiere la existencia de variados instrumentos que permitan a las personas involucrarse en las diferentes etapas del proceso político (Phillips y Orsini, 2002). En muchos casos, la urgencia del gobierno por definir e implementar los cambios atenta contra el diseño e implementación de procesos de reforma participativos.

Pero las reformas no sólo deben concentrarse en definir objetivos e instrumentos sino también deben cuidar el esquema de incentivos de forma de hacer creíble para la población que efectivamente las autoridades y los agentes públicos y/o privados actuarán en beneficio del bien común. Es por ello crucial que existan reglas que desincentiven la búsqueda de “rent seeking” y la captura del estado por parte de intereses políticos, económicos y/o corporativos (Dethier, J.J. 1999).

Existen grandes diferencias entre la complejidad que debe enfrentar la administración del estado y la administración de una corporación privada. Mientras en una corporación privada es más plausible que la administración comparta un único objetivo (maximización de utilidades), las agencias del estado deben satisfacer múltiples objetivos, los cuales no siempre son coherentes entre sí. Además las preferencias de los gobiernos van cambiando junto con la dinámica de los procesos políticos.

Un requisito básico para el éxito de cualquier reforma y condición necesaria para incentivar la participación ciudadana en el proceso, es lograr un alto nivel de cohesión al interior del gobierno en torno a un conjunto delimitado de objetivos así como respecto de su jerarquía. A partir de allí es necesario transmitir hacia la opinión pública un mensaje claro respecto de cuál es el tema a que se los convoca a participar.

Adicionalmente, debe reconocerse la participación ciudadana desde la perspectiva de las competencias socialmente disponibles especialmente en países, que como hemos visto, tienen un bajo nivel de desarrollo de la sociedad civil. El gobierno tiene un importante desafío, tanto desde la perspectiva de profundización de la democracia como del fortalecimiento de su propia capacidad de gobernanza, de desarrollar, mediante un potente esfuerzo de capacitación, condiciones en que la participación ciudadana es una posibilidad real, a la mano del ciudadano y del gobierno.

Por otra parte, experiencias exitosas de participación han demostrado que el rol de la cultura, de la identidad y del patrimonio local son fundamentales para promover la confianza y la asociatividad ya que fortalecen el sentido de pertenencia y de autoestima.

En síntesis, entendiendo que la participación es un dialogo genuino entre el gobierno y la ciudadanía, en ambos sentidos, que no es la mera representación de demandas, que la participación entrega a los ciudadanos verdadera influencia sobre el proceso político y por tanto genera un compromiso social que crea capital social, se abre un enorme área de investigación acerca de los instrumentos de participación más apropiados en distintas fases del proceso político, en particular, acerca de los factores críticos para que estos mecanismos generen un genuino dialogo social.

Finalmente, en una sociedad de la información no puede obviarse el papel que juegan los medios de comunicación en la difusión y formación de opinión sobre las políticas públicas. El desafío en esta área es incentivar que los medios de comunicación jueguen un rol más constructivo, que eleven el nivel del debate público, superando “la política espectáculo” y el periodismo sensacionalista que sólo difunde aspectos superficiales de las políticas públicas y que, muchas veces, sólo consiguen confundir a la opinión pública.

## **ANEXO 1**

### **Participación Ciudadana en los proyectos de ley de la Reforma de la salud**

#### **I. Comentario general :**

Los aspectos asociados a participación ciudadana en los proyectos de ley deben materializarse posteriormente a su aprobación mediante la especificación de los Reglamentos que

precisan los detalles de su implementación. Dada esta situación es prematuro analizar y evaluar los avances reales en participación respecto de la situación actual.

La participación ciudadana se comprende fundamentalmente como la injerencia de los ciudadanos en las decisiones del Sector Salud que los afectan. En las leyes propuestas se contemplan diversos mecanismos de participación que afectan: a) la entrega de servicios, b) la orientación sanitaria del Plan de Salud y c) la fijación de planes de trabajo y estrategias de Redes Asistenciales.

## II. Análisis Detallado

Las propuestas de ley establecen las siguientes instancias de participación:

### A) Régimen de Garantías en Salud

Se consagra un régimen de acceso a prestaciones de salud con determinados niveles de oportunidad, protección financiera y calidad que son exigibles ante la ley y respecto de las cuales se precisan procedimientos de reclamo en caso de incumplimiento y obligaciones para las instituciones involucradas en el. Dichas garantías serán constitutivas de derechos para los beneficiarios y en consecuencia se crea una instancia legal responsable por supervisar el cumplimiento de los derechos definidos.

Las Garantías en Salud constituyen derechos de los usuarios del sistema de salud para enfrentar incumplimientos de prestadores y aseguradores. Este es un cambio significativo en la relación médico-paciente y asegurador-asegurado que se caracteriza por un fortalecimiento de la capacidad del usuario para intervenir en las decisiones que lo afectan y enfrentar de mejor forma la asimetría que caracteriza las relaciones en el sector salud.

El carácter de usuario, con garantías establecidas por ley, así como la especificación de procedimientos claros para enfrentar su incumplimiento, incorpora al sistema de salud condiciones para una activa participación ciudadana en el manejo del sistema de salud mediante un mecanismo de reclamo sustentado por la ley y las instituciones fiscalizadoras lo que constituye capacidad de intervención.

### B) Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud

Habrá un Consejo Consultivo del Régimen de Garantías en Salud con carácter asesor y técnico. Su objetivo será asesorar al Ministro de Salud en todas las materias relacionadas con la evaluación y revisión de dicho Régimen.

El Consejo Consultivo corresponde a una institución en la cual se realiza un debate técnico con énfasis en lo sanitario. Esto significa que las decisiones que afectan la orientación de los esfuerzos del sector son influidas a partir del establecimiento de prioridades sanitarias que quedan expresadas en forma de garantías. En el espíritu en que se concibe el Consejo Consultivo participan en la discusión personas que representan los intereses de los usuarios y otros actores del sistema de salud.

### C) Régimen de calificación de los establecimientos hospitalarios.

Se establece la satisfacción de los usuarios como un elemento de calificación de la administración de los establecimientos hospitalarios lo que constituye una vía indirecta de influencia de los usuarios en la gestión de los Hospitales. La calificación alcanzada por este y otros factores incide en el grado de autonomía en el manejo de los recursos puestos a su disposición.

### D) Consejo Asesor de la Secretaría Regional Ministerial

Existirá en cada Secretaría Regional Ministerial un Consejo Asesor, el que tendrá carácter consultivo, en que participarán organizaciones sociales. La participación de directivos de estas representará los intereses de los usuarios y permitirá influir sobre la orientación y profundidad de las fiscalizaciones a prestadores y manejo de los reclamos.

### E) Consejo de la Red Asistencial

En cada Servicio de Salud existirá un Consejo de la Red Asistencial, el que tendrá un carácter consultivo y conocerá de la gestión del Servicio, en lo referido a sus planes de trabajo, así como de su gestión programática, financiera y presupuestaria.

En el desempeño de sus funciones, este Consejo conocerá, anticipadamente, el plan anual de trabajo del Servicio y la rendición de cuentas de su autoridad, dejando constancia de los

reparos y alcances que surjan, los que serán enviados al respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud.

El Consejo estará constituido por representantes de usuarios y de establecimientos de salud públicos, de todos los niveles de atención, y privados que integren la Red Asistencial del Servicio.

### **Bibliografía**

**Bazzani R.** (2001), *“Desafíos para la Investigación sobre la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina”*, en el libro: Investigación sobre Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Reflexiones sobre sus Contribuciones al Desarrollo de Políticas. OPS-IDRC.

**Celedón C. y Noé M.** (2000), *“Reformas en el sector salud y participación social”* Artículo en Revista OPS, Número Especial sobre Reformas.

**Celedón C. y Noé M.** (2000), *“Mecanismos de control sobre los Servicios Públicos. Una aplicación a la Atención Primaria de Salud”*. CIEPLAN-Fondo de Políticas Públicas, Departamento de Economía Industrial U. De Chile.

**Celedón C. y Noé M.** (1998), *“Participación y Gestión en Salud”* en Hacia la Implantación de Modelos de Administración Gerencial en Salud Pública. XII Concurso de ensayos del CLAD. Ensayos Premiados.

**Cunnill G. Nuria** (2000), *“Responsabilización por el control social”*, CLAD; BID; Editorial Universitaria de Buenos Aires.

**Dethier Jean-Jacques** (1999), *“Governance and Economic performance: A Survey”*, Discussion Papers on Development Policy, Center for Development Research, Bonn.

**Finot Iván** (1999), *“Elementos para una Reorientación de las Políticas de Descentralización y Participación en América Latina”*, Revista CLAD Reforma y Democracia.

**Fukuyama Francis** (1999), *“La Gran Ruptura. La Naturaleza Humana y la Reconstrucción del Orden Social”*. Editorial Atlántida.

**Glied Sherry** (1997), *“Chronic Condition. Why Health Reform Fails”* Harvard University Press Cambridge Massachusetts, London, England.

**IDRC - OPS** (2001), *“Health Sector Reform in the Americas: Improving the Research to Policy Interface”*, A Pre-Summit of the Americas Forum organized by IDRC and PAHO, Montreal Canada, april.

**Jane Jenson** (2001), *“Roundtable Report on Building Citizenship: Governance and Service Provision in Canada”*, Canadian Policy Research Network Inc., october.

**Keane, John** (1998) Civil Society: Old Images, New Visions. Polity Press, UK.

**O’Neil Maureen, IDRC** (2001), *“Health Sector Reform in the Americas: Improving the Research to Policy Interface”*, Montreal, Canada.

**OPS** (2002), *“The Use of Research in Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean”* A report of the Regional Forum, Salvador Bahía, may.

**OPS - IDRC** (2001), *“Investigación sobre Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Reflexiones sobre sus Contribuciones al Desarrollo de Políticas”*. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud.

**Phillips S. and Orsini S.** (2002), *“Mapping the Links: Citizen Involvement in Policy Processes”*, Canadian Policy Research Networks, april.

**Raczynski D., Serrano C.,** (1998) *“Lineamientos para construir una matriz de indicadores de participación social en programas nacionales participativos. Informe final de consultoría”*. Diciembre. Santiago de Chile

**Sen, Amartya** (1999). La salud en el desarrollo. Discurso inaugural. Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 18 de mayo.

**Stone Diane, Maxwell S. and Keating M.** (2001), *“Bridging Research and Policy”*, International Workshop funded by the U.K. Department for International Development Radcliffe House, Warwick University, july.

**Sulbrandt J.** (1997), *“Modernización del Estado y ciudadanía en los procesos de democratización. Una perspectiva desde América Latina”*. En: Dirección de Presupuestos Ministerio de Hacienda, Calidad de Servicio y Atención al Usuario en el Sector Público, Dolmen ediciones, Chile.

**Villasante R. Tomás** (1998) *De Las redes sociales a las programaciones Integrales*. Editorial Lumen Humanitas, Argentina.