

CURSO ESPECIAL DE POSGRADO EN GESTIÓN LOCAL DE SALUD

M ó d u l o
D O S

LA PARTICIPACIÓN SOCIAL UN DERECHO EN SALUD

Caja Costarricense de Seguro Social
Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud
y Seguridad Social (CENDEISSS)
Proyecto Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado (SEP)
Facultad de Medicina
Escuela de Salud Pública



2003

La Participación Social un Derecho en Salud /Alcira Castillo Martínez, Raúl Torres Martínez, Antonieta López Gómez. - 1 ed. - San José, Costa Rica, 2003.

155 p. : 21.5 x 27 cm
Incluye gráficos

Título de la colección:
Curso Especial de Posgrado Gestión Local de Salud

ISBN:
ISBN:

1. Derecho en salud. 2. Participación social. 3. Participación ciudadana. 4. Juntas de salud.

Comité Editorial

Álvaro Salas Chaves
Alcira Castillo Martínez
Raúl Torres Martínez
Teresita Flores Jiménez

Equipo de Producción

Asesoría pedagógica y metodológica: Raúl Torres Martínez, Maria Adelia Alvarado Vives
Corrección filológica: Raúl Torres Martínez
Diseño y edición digital: Oscar Villegas del Carpio
Edición del sitio en Internet: Magally Morales Ramírez, BINASSS
Apoyo secretarial: Carmen Villalobos Céspedes, Dunia Masís Herra, Juan Manuel Sanabria Mora, Viviana Arroyo Víquez

Coordinación del Curso

Coordinación institucional por CENDEISS
Teresita Flores Jiménez

Coordinación académica por UCR
Alcira Castillo Martínez

Primera edición, 2003

© Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS)

Todos los derechos reservados

Prohibida la reproducción parcial o total de la obra sin la autorización previa de la editorial.

Las opiniones y contenidos de los módulos, no necesariamente evidencian la posición y las perspectivas de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

Autoría de contenidos

Alcira Castillo Martínez
Antonieta López Gómez
Raúl Torres Martínez

TABLA DE CONTENIDOS

Pág.	
6	Presentación
7	Prefacio
8	Introducción
11	Primera Unidad El enfoque de derecho social y la participación social en salud
12	I. Sobre los derechos ciudadanos
12	A. Algunas generalidades
17	II. Generalidades de la Sociedad Civil
17	A. El mundo de la vida
18	B. El espacio de lo público
22	C. Conceptualización de sociedad civil
25	III. Equidad social y políticas públicas
25	A. Conceptos de equidad social
26	B. Políticas de salud y derechos
28	C. El reconocimiento de las desigualdades y de los sujetos para la construcción de los derechos
30	IV. Participación, poder y saber
30	A. Aspectos generales sobre participación
34	B. Aspectos basados sobre movimientos sociales
38	Segunda Unidad Participación social: aspectos conceptuales y contextuales
39	I. Sustento sistémico de la participación social
41	A. Sistema y proceso
45	B. El contexto de la participación social
54	II. Contexto histórico social de la participación social
54	A. Revolución científica y tecnológica
56	B. La globalización
62	III. Algunas características de la participación en Costa Rica
64	A. Año 1994
64	B. Año 1995
67	C. Año 1996
70	D. Año 1997
73	E. Año 1998

73	F. Año 1999
73	G. Año 2001
73	H. Función de la participación social frente a la crisis
80	Tercera Unidad
	Participación social y contexto jurídico
81	I. Aspectos jurídicos de la participación ciudadana
81	A. Normas que contemplan formas de participación ciudadana
86	B. Participación social en el seguro de salud
89	II. Mecanismos de participación ciudadana
89	A. Audiencia pública
91	B. Concejo de distrito
93	C. Concejos municipales de distrito
94	D. Consultas a pueblos indígenas
95	E. Otros mecanismos de participación e instancias de protección y denuncia
102	Cuarta Unidad
	Participación comunitaria en salud
103	I. Planificación participativa en la participación social
103	A. Planificación participativa
103	B. Pilares de la planificación participativa
104	C. Momentos de la planificación participativa
104	D. Características de la planificación participativa
106	II. Generalidades sobre participación comunitaria en salud
106	A. Participación comunitaria
109	III. Práctica de la participación social en salud en la CCSS
109	A. La participación en el modelo de atención
110	B. Condiciones para la participación social en salud
111	C. El personal de salud y la participación social
113	Quinta Unidad
	Elementos operativos para la participación social en la CCSS
114	I. Metodología para la participación social
115	A. Promoción y organización de la comunidad
124	B. Formación de las Juntas de Salud
125	C. Acciones para la planificación participativa
138	Referencias bibliográficas
143	Anexo No. 1: Reglamento de las Juntas de Salud

Presentación

Prefacio

El Curso **ESPECIAL DE POSGRADO EN GESTION LOCAL DE SALUD**, es la respuesta que el CENDEISSS y el Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, en contrato con la Escuela de Salud Pública, de la Universidad de Costa Rica, implementan para satisfacer adecuadamente la actualización de conocimientos teórico-prácticos de los recursos humanos en el primer nivel de atención. Este proyecto de capacitación se realiza desde finales de 1996 y en esta oportunidad se ofrece en una versión actualizada.

La articulación de herramientas e instrumentos de gestión de los servicios de salud con las necesidades y las oportunidades que generan los procesos de reforma son parte de una posición analítica y práctica frente a la problemática y avances de nuestro Sistema Nacional de Salud y el modelo de atención del primer nivel de atención. Más que una descripción técnica, sin contextualización institucional, de la realidad nacional y los marcos de referencia teórica, el tratamiento de la temática de la gestión intenta vincularse con la identificación de los problemas centrales de nuestro sistema de salud.

En términos generales, la definición del nivel de análisis vinculado con los aspectos de la gestión, tiene un significado y una finalidad decididamente práctica, pero no ingenua. El abordaje propuesto en el Curso intenta a partir de la concepción del posicionamiento de los actores protagonistas de los servicios de salud, cuales son los estudiantes profesionales que trabajan en los EBASIS y en las Áreas de Apoyo, el desarrollo de sus capacidades organizacionales e institucionales y los mecanismo de coordinación de las diferentes instancias de financiamiento, organización y provisión de servicios, factores relevantes en la definición de la trayectoria del proceso de cambio y de sus resultados en materia de equidad, eficiencia y calidad.

En todos los casos los módulos -dada su integración- se vinculan y retroalimentan necesariamente, condición favorecedora de la metodología en uso (MOUSE), que permite que ninguno sea exhaustivo en el contenido que aborda sino con características de complementaridad, para dar cabida a la concepción interdisciplinaria.

Este módulo y la serie a que pertenece constituyen el material didáctico básico del Curso de Gestión Local de Salud, que desencadena el desarrollo del aprendizaje significativo en el proceso de trabajo.

Este esfuerzo se concreta en el conjunto de 11 módulos elaborados por grupos de autores procedentes de los servicios de salud, tanto de la CCSS como del Ministerio de Salud y de la Universidad de Costa Rica, asesorados técnica y metodológicamente por la Escuela de Salud Pública.

Alcira Castillo Martínez
Directora
Escuela de Salud Pública
Facultad de Medicina
Universidad de Costa Rica

Introducción

La política de descentralización de los sistemas de salud pone en evidencia la importancia de consolidar la participación social, establecer escenarios para el debate interno y externo, así como por capacitar al personal de los servicios de salud y los representantes de la autoridad civil y la comunidad, par llevar a cabo los procesos de identificación de las necesidades y los problemas de salud así como la formulación de propuestas viables. Se busca promover procesos de auto-capacitación el que hacer cotidiano de analizar los problemas y necesidades, y de elaborar propuestas de acción que no solo resuelvan los problemas sino que satisfagan las necesidades para mejorar las condiciones de salud y la calidad de vida.

Los principios rectores de la participación social son la democratización y la equidad en salud. Se propone superar los mecanismos centralizados de conducción. La PS, concebida como un modelo de cogestión social de la salud, incorpora la negociación como instrumentos de interacción entre actores sociales, incluyendo el personal de salud, autoridad civil y organizaciones de la comunidad dentro de un proceso de concertación como ejercicio que resuelva conflictos sociales. Se reconoce la necesidad de construir protagonismo en los actores a través de la capacitación con conocimientos, habilidades y destrezas para la toma de decisiones, la negociación, la concertación, el mano de conflictos y la construcción de alianzas y pactos sociales.

La población es comprendida como conjuntos sociales, en parte representado por diversas organizaciones sociales, públicas y privadas. Se reconoce que la población tiene organizaciones “propias”, las llamadas organizaciones comunitarias de base. La PS no se motiva, induce, organiza, enseña, sino que se interpretan formas y mecanismos que los conjuntos sociales han históricamente desarrollados, los cuales se apoyan y se fortalecen.

El módulo “Participación Social en el Campo de la Salud” contiene seis unidades. La primera sintetiza los conceptos de necesidades humanas y desarrollo, el derecho a la salud y su relación con la participación social. Los aspectos de construcción de procesos sociales y aspectos de construcción de ciudadanía.

La segunda unidad aporta elementos para comprender el sustento sistémico de la participación social, para contextualizar ésta en el marco histórico donde se producen esos procesos; además algunas características de la puesta en función en nuestro país, sin que necesariamente se agote este tema y finalmente cuestiones sobre los embates a la participación social ante los cambios de modelo económico y social de la época.

En la tercera unidad, se plantean aspectos jurídicos relativos a la participación social importantes de ser conocidos de manera amplia como las normas y mecanismos que la facilitan; así como la visión del derecho a la salud y su relación con la participación social. Además, se ofrecen algunos elementos de la organización y funcionamiento de las Juntas de Salud, mecanismo que la CCSS define para el control social y la participación ciudadana en salud.

La quinta y la sexta unidad, se tratan los aspectos generales acerca de participación. Se establece la diferencia existente entre participación comunitaria y participación social en salud, y se introduce al lector en la práctica de la participación social en el modelo readecuado de atención de salud en Costa Rica. Esta unidad, además; está centrada en una metodología para propiciar la participación comunitaria en Salud.

En conjunto, este módulo presenta elementos teóricos, conceptuales y operativos de la participación social en salud, así como instrumentos y estrategias de su aplicación en el marco jurídico del país y las instancias que facilitan la relación intersectorial y la participación social.

OBJETIVO GENERAL DEL MÓDULO

Contribuir a la fundación de una cultura de control ciudadano que fomente una política local de salud adecuada a las necesidades y problemas de salud de los distintos grupos sociales.

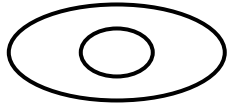
PRIMERA UNIDAD

EL ENFOQUE DE DERECHO SOCIAL Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

Objetivo General de la Primera Unidad

Introducir las bases conceptuales y los términos más utilizados en la temática de la participación social, desde la perspectiva de los derechos ciudadanos, en el contexto de esta política pública definida en el modelo de atención de la salud del país.

I. SOBRE LOS DERECHOS CIUDADANOS



Reconocer los elementos conceptuales y valorativos implicados en la participación social como política pública en el campo de la salud.

A. ALGUNAS GENERALIDADES

1. Tres grupos de derechos

La formación de los derechos y los ordenamientos jurídico formales de estos (lo relativo a los códigos, leyes, preceptos jurídicos, que administra el Estado), se remontan a momentos históricos y políticos para la construcción de la ciudadanía y la democracia; es decir, para la configuración de la participación política de las personas en la sociedad.

El tema de los derechos es extenso y complejo y ha sido tratado por diversos y connotados sociólogos y politólogos, entre ellos Marshall (1967), Bobbio (1992), y otros, quienes califican a los derechos, como el fenómeno capaz de configurar y delimitar las condiciones históricas de la participación política. Marshall, distingue:

Tipos de derechos

Derechos civiles Derechos políticos Derechos sociales

a. Derechos civiles

Corresponden al conjunto de las libertades individuales establecidas por medio de la igualdad jurídica.

Implican la libertad de los individuos para vivir donde elijan, la libertad de expresión y religión, el derecho a la propiedad y el derecho de igualdad ante la ley (como se ha visto).

Estos derechos no fueron establecidos por completo en la mayoría de los países europeos hasta los comienzos del siglo XIX. Incluso donde se lograron en general, algunos grupos fueron excluidos.

b. Derechos políticos

Se refieren al ejercicio del poder y son establecidos por mecanismos de participación social y política.

Existen diferentes tipos de derechos relativos a la participación, en especial, el de participar en las elecciones, que posibiliten elegir y ser elegidos en los cargos públicos.

c. Derechos sociales.

Estos son el conjunto de las garantías mínimas de bienestar económico, de acuerdo con los patrones culturales aceptados por una sociedad. Los derechos sociales son el tercer tipo de derechos de los individuos. Conciernen a la prerrogativa de toda persona para disfrutar un nivel mínimo de bienestar y seguridad económica.

Ej 1

Beneficios sanitarios, seguridad social en caso de desempleo, y el establecimiento de niveles salariales mínimos. Los derechos sociales, en otras palabras, conciernen a la procura de bienestar.

Ej 2

El derecho a la salud no es explícito en la constitución de Costa Rica, no obstante, la ley del seguro social incluye la protección de la salud.

En la mayoría de las sociedades los derechos sociales fueron los últimos en desarrollarse. Esto se debe a que el logro de los derechos civiles y, en particular de los políticos, han sólido ser la base sobre la cual se ha luchado por los derechos sociales. Estos se han establecido con amplitud como resultado de políticas que los grupos o clases más pobres han desarrollado en la lucha que han desplegado hasta conseguir el derecho a sufragio.

La ampliación de los derechos sociales es el fundamento de lo que se ha denominado estado del bienestar, que ha sido implantado con firmeza en las sociedades occidentales sólo desde la Segunda Guerra Mundial y en Costa Rica desde 1940.

2. Papel de los derechos

La consolidación de los derechos es parte fundamental para construir la ciudadanía.

Según Marshall, esta se considera:

a. Regulación de desigualdades

Se puede entender que los derechos son reguladores de la sociedad, de libre iniciativa en el sentido de garantizar los mismos chances a los individuos, y simultáneamente, legitimar las diferencias entre ellos. Esto se interpreta así, puesto que el aprovechamiento de las oportunidades dependen, en buena medida, del empeño y la capacidad de cada uno.

El papel regulador de los derechos es, por consecuencia, no causar o promover riesgos que comprometan el equilibrio social. O sea, que los derechos consolidan el equilibrio social, evitando que las desigualdades entre los individuos lleguen a puntos extremos. Esta es la concepción de los derechos definidos como concesiones del perfeccionamiento “natural” de la sociedad liberal; no obstante, el reconocimiento de la dimensión histórica de los derechos les atribuye un papel de lucha de clases por las conquistas de mejores condiciones de vida (Marshall, 1967).

Ej

- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 1948, con énfasis en tema de los derechos sociales, hace referencia desde esa época al derecho a la salud en su Artículo II.
- El Derecho a la Salud, declarado en el Protocolo adicional de la Convención Americana de los Derechos Humanos, en materia de derechos económicos, sociales y culturales, denominado Protocolo de San Salvador, artículo 10 en 1998; y ratificado por Costa Rica el 16 de noviembre, 1999.

b. Ciudadanía (concepto)

Una definición simplista refiere que, “es un status concedido aquellos que son miembros integrantes de una comunidad,” Marshall (1967: 76), le agrega que este concepto se confronta con la consolidación de la ciudadanía, ya que emergen las clases sociales como sistema de desigualdades que expresan y legitiman la diferencia entre los individuos

Por tanto, los principios de la ciudadanía materializados en los derechos, entran en conflicto con las clases sociales, así asumen la forma reguladora del sistema de desigualdades, ya sea para reducir las diferencias sociales, o para mantener esas diferencias en niveles tolerables y necesarios, de forma tal que admitan mantener la competitividad social y dinamizadora de la sociedad.

c. Ciudadanía en la dimensión histórica

Se le puede ubicar en tres niveles distintos, según algunos autores:

- La ciudadanía como concepto neutro, como “slogan,” o sea, la que define la acción de ciertos grupos sociales; la que aparece en la misión de las instituciones, y también, en las metas gubernamentales.
- La ciudadanía como designación de sujetos en contextos históricos. Esta apunta a los diferentes modos en que las clases trabajadoras operan la política, afirmándose como una ciudadanía de clase.

Ej

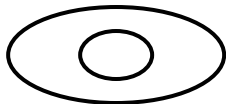
Los sindicatos médicos: Unión Médica Nacional
Los sindicatos de trabajadores: UNDECA

- La ciudadanía como categoría que articula una concepción de derecho y de participación política; de participación en la construcción de políticas públicas en una sociedad de mercado, y de una posición de sociedad civil ante el Estado.

Concl

Este último concepto integrado resulta útil para comprender mejor lo relativo a la participación social y la función de esta de producir autonomía en las personas y grupos, para la definición de mejores condiciones de la vida en comunidad. Nos interesa especialmente, aquellas acciones políticas que procuren la construcción social de la salud, mediante la toma de decisiones necesarias para el buen funcionamiento de las instituciones y la reducción de los efectos nocivos de los determinantes sociales en la salud.

II. GENERALIDADES DE LA SOCIEDAD CIVIL



Reconocer y utilizar correctamente los términos relacionados con los espacios de participación política de los ciudadanos

A. EL MUNDO DE LA VIDA

1. Concepción de Habermas¹

El mundo de la vida es la expresión y el concepto que utiliza el autor para referirse a las cuestiones cotidianas de las personas en una sociedad; más adelante se amplía este concepto, sin pretender cubrir la tesis completa del autor, pero sí para comprender lo cotidiano de la vida.

Habermas, cuando analiza la sociedad civil, utiliza la categoría que contempla las relaciones entre el “mundo de la vida” y el espacio público político; considera a la acción comunicativa (poder de las palabras, del lenguaje) como la base de la interpretación de la sociedad.

Mundo de la vida

Está formado por una serie de acciones comunicativas, en los cuales sus actores actúan a partir de su vida privada y cotidiana. El mundo de la vida aparece como lo “local” de las interacciones simples entre los individuos, que enfoca la reproducción inmediata de las condiciones de vida o de sobrevivencia

En ese espacio, de las experiencias personales y compartidas se forman grupos de cooperación entre oyentes y parlantes, o hablantes. Es por medio del lenguaje que se forman, por tanto, los sistemas de referencia de la acción; las metas de la acción entrelazadas con el mundo objetivo, social y también del subjetivo; y la movilización de las interacciones entre los individuos. Así, las “estructuras del mundo de la vida fijan las formas de la intersubjetividad del entendimiento posible.” (Habermas, 1986:179).

¹ Jürgen Habermas. Teoría de la Acción Comunicativa. Madrid. Taurus ediciones, 1986. Tomo II: Crítica de la razón instrumental

a. Lo cotidiano.

El mundo de la vida no es una realidad autónoma, independiente, aislada, dado que las tensiones sociales y políticas del sistema social, o de la estructura económica, son los responsables principales de producir los “dramas” vividos en la vida diaria, en lo cotidiano que son experimentados por todos los individuos de una determinada sociedad.

Estos dramas o problemas los viven y experimentan las personas de diferente modo y según sus propios recursos en el ámbito de lo privado; además, inmersos en biografías particulares que forman redes compuestas por familiares, vecinos, amigos, colegas de trabajo, o compañeros de recreación, etc.

Los dramas y problemas cotidianos no resueltos son la materia prima de los temas que ganan terreno y se discuten en el espacio público político. Es decir, aquellos que están presentes y ganan significado por las acciones comunicativas en el mundo de los trabajadores, de los consumidores, usuarios, clientes, pacientes, etc.

B. EL ESPACIO DE LO PÚBLICO

En el estudio de Teoría de Acción Comunicativa (1986) Habermas, entiende que el mundo de la vida no es un espacio cerrado en sí mismo. Tal espacio se proyecta en el sistema social y económico por medio del espacio público.

1. Validez de los problemas y temas cotidianos

Desde la perspectiva de este autor se conceptualiza la vida en sociedad como el mundo de la vida, por así decirlo, el lugar trascendental donde la persona hablante y la oyente salen al encuentro; es el espacio público en el que pueden plantearse recíprocamente la pretensión de que sus concepciones concuerdan con el mundo objetivo (lo material, concreto) y el mundo subjetivo (lo simbólico, afectivo), y con el mundo social (de las relaciones e interrelaciones); y, además pueden en ese espacio público criticar y exhibir los fundamentos de esas pretensiones de validez, resolver sus discrepancias, y llegar a un acuerdo Habermas (1986).

Los problemas experimentados en el mundo de la vida, están así relacionados al conjunto de la totalidad histórica, aún cuando sus actores no posean conciencia clara de ese hecho. Es en la esfera pública que las experiencias singulares se tornan temas que ganan significado común y se logran canalizar para la reflexión y la expresión sobre ellos. Es decir, es en la esfera pública política, que los niveles de opresión presentes en lo cotidiano ganan nitidez, sus problemas son identificados, calificados y dramatizados al punto de poder influir en los campos de la acción del nivel político y jurídico, como en los Tribunales de Justicia, Asamblea Legislativa, Presidencia de la República, etc.

Ej 1

El movimiento en contra del “combo del ICE”, fue un tema que tomó relevancia pública e impactó la esfera de las decisiones legislativas y gubernamentales, en el año 1999.

Ej 2

El tema de la discusión en torno a la incorporación de Costa Rica al Tratado de Libre Comercio (TLC) con EEUU, incluyendo el área de la telecomunicaciones y la energía, coloca el tema en el espacio público y toma fuerza política.

2. La esfera pública (concepto)

Es la que es objeto la sociedad civil, no se restringe a determinadas instituciones ni se organiza por normas o códigos formales. En realidad, tal esfera:

Es una red formada por medio de un consenso asegurado normativamente o alcanzado comunicativamente, y segundo, mediante una regulación no-normativa de decisiones particulares que se sitúan, más allá de la conciencia de los actores (Habermas, 1986:167).

Esta conceptualización permite la comprensión de la acción comunicativa cotidiana en su transformación en temas y cuestiones de ámbito social. Así se puede observar la relación entre los procesos de regulación y emancipación social como formas presentes en la esfera pública y que emergen de la estructura comunicativa, arraigada en el mundo de la vida y con expresión en la sociedad civil.

a. Actor social

El término actor, en el sentido sociológico, significa que la persona, es el sujeto racional de la acción, piensa lo que hace, tiene intencionalidad, que tiene sentido su conducta y comportamiento. Para otros autores, el actor social es el que tiene poder de influencia.

Ej

El liderazgo de los dirigentes comunales, de las Juntas de salud, etc

b. Tipos de esfera pública

La esfera pública es un espacio dinámico de la negociación, con sus interlocutores interrelacionando entre sí en varios niveles.

Existe diferenciación en los tipos de esfera pública, según sea el lugar y el objetivo de la interlocución, Habermas plantea:

- Esfera pública “episódica”, como los lugares donde la gente visita ocasionalmente para debatir o hacer tertulias.

Ej

Bares, cafés, encuentros en la calle, etc

- Esfera pública de “presencia organizada” como los momentos y lugares donde la gente se encuentra bajo un esquema de organización.

Ej

El teatro, conciertos musicales, reuniones de partidos políticos, congresos científicos, académicos, religiosos, concentraciones de las iglesias, etc... También podríamos mencionar las reuniones formales de las juntas de salud de la CCSS.

- Esfera pública “abstracta”,

Se conforma por el conjunto de personas activas, atentas y conscientes sobre una situación o problema, que son espectadores singulares con información del contexto y global (Habermas, 1997:107).

3. Estructura de la opinión pública

Es importante insistir en que el espacio público político se afirma por la elaboración de la **opinión pública**, capaz y con gran potencial de influenciar las relaciones de poder. En otro sentido, es:

Opinión pública

La expresión genuina de la esfera pública política, y aparece vinculada al mundo de la vida, por interacciones que, dotadas de sentido y comunicadas cooperativamente, dan el marco a los sujetos envueltos de la situación que les interesa.
Por tanto, la opinión pública no es sólo un importante factor de hegemonía o contra-hegemonía.

Cabe reconocer también que en la estructura de la opinión pública se distingue, la esfera pública política como un campo abierto donde todos los actores la viven indistintamente y utilizan los aportes que devienen, en general, del sistema social común, de lo cotidiano; por el contrario, existe la esfera pública especial, la que se entiende como un concepto más restringido, que envuelve un conjunto determinado de actores que dominan los códigos de conocimiento especializado, y por tanto, la expresión del conjunto; este el caso de los médicos, abogados, periodistas, entre otros; esta esfera pública especial puede lanzar temas o capitalizar problemas en la esfera pública política, únicamente de su propio interés, por lo que su dinámica se mueve sobre los patrones comunicativos propios de su grupo.

Concl

La esfera pública política es: un espacio abierto, todos los actores en el mundo la viven indistintamente; en esta los actores utilizan los aportes que les devienen tanto del sistema social como del mundo de la vida.

Se concluye entonces que, la sociedad civil puede, en ciertas circunstancias, tener opiniones públicas propias, capaces de ejercer influencia en el sistema jurídico y legislativo, que obliguen al sistema político a modificar el rumbo del poder oficial.

Existe relación entre los procesos de regulación y emancipación social en este concepto.

C. CONCEPTUALIZACIÓN DE SOCIEDAD CIVIL

Como se observó, la sociedad civil es el espacio público de las personas privadas. Aquí lo público deja de ser sinónimo de estatal y se afirma de modo autónomo.

En lo que varios autores coinciden es en la complejidad y riqueza que su concepto contiene. Se acepta que la sociedad civil está constituida por espacios contradictorios que oscilan en el **péndulo formado por los extremos de la regulación y emancipación social**. La diferencia sólo se centra en la calidad con que se definen los espacios de emancipación social.

1. Sociedad Civil (concepto)

La sociedad civil es el escenario institucional donde las cuestiones prácticas de lo cotidiano se tornan políticas. Tales cuestiones no alteran, mientras tanto, las estructuras presentes en el mercado o las políticas engendradas en el Estado, a menos que se formen aparatos institucionales en la sociedad civil, capaces de mediatizar el mundo de la vida, con el sistema social y capaces de transformarse en acción concreta.

2. Autonomía frente al Estado

El núcleo institucional de la sociedad civil se forma por las asociaciones y organizaciones libres, esto es **autónomas** frente al Estado y al Mercado. Vale recordar que para Habermas no significa libre de la relación frente al Estado y con el mercado; autónomas son las organizaciones y asociaciones capaces de criticar el Estado y al mercado. La sociedad civil institucionaliza los discursos tematizados en la esfera pública y los potencializa como cuestiones de interés general, capaces de influenciar las acciones presentes en el Estado y en el Mercado..

3. Poder comunicativo

Por otro lado, Habermas también aclara que la soberanía popular no impone sus proyectos sólo con acciones de la sociedad civil. Es preciso que la opinión pública ahí presente se transforme en poder comunicativo, que penetre y contagie los actores y sectores del Estado sumiendo la forma de poder autorizado.

4. Influencia en el poder político

Además de lo anterior, el poder comunicativo debe influenciar el poder político presente, mediante el uso inteligente de los medios de comunicación de masas, así como ocupar espacios estratégicos en el medio. De los actores involucrados (lectores, oyentes, espectadores singulares e informados globalmente, es decir los actores sociales.)

5. Actores de la sociedad civil

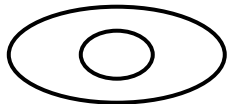
En el campo de la sociedad civil están presentes y constituyen la base de su dinámica y organización, los movimientos sociales y las organizaciones no gubernamentales (ONGs). Existen muchos más, se señalan estos por constituir los de mayor relevancia en la forja política y social.

Concl

Para unos, sociedad civil es el espacio de las estructuras y contradicciones económicas; para otros, sociedad civil se privilegia como el espacio y las contradicciones de la cultura y para Habermas, de quien se toma la mayoría de los conceptos expresados, la sociedad civil es el espacio y las contradicciones de la comunicación.

No cabe duda, que existe una estrecha relación entre la sociedad civil y la esfera pública, al punto en que se confunden y, simultáneamente, se constituyen en contraposición al Estado y a las leyes del mercado.

III. EQUIDAD SOCIAL Y POLÍTICAS PÚBLICAS



Aplicar los conceptos y principios de la equidad en las políticas de salud que se construyen en el nivel local de salud

A. CONCEPTOS DE EQUIDAD SOCIAL

1. Sociedad justa

En este apartado se toman en cuenta los conceptos de unos de los autores más reconocidos en esta discusión, Rawls (1993)². La justicia en la sociedad contemporánea dice el autor, ofrece elementos para la repartición de los bienes naturales, como la libertad, la oportunidad, renta y respeto.

Sociedad justa (concepto)

Es la medida en que reparte esos bienes naturales, produce equidad social. Tal definición, no implica la supresión de las desigualdades sociales, y si la creación de contextos de la vida social en los cuales los individuos hallan la libertad; sin que ello niegue las oportunidades de crecimiento de unos y de los otros

Podemos entender el concepto de equidad social a partir de un ejemplo específico, que puede ser generalizado en relación a los demás aspectos de la vida social.

Ej

En el campo de la educación, el acceso de los individuos a la educación formal, a los servicios de salud para todas las atenciones de su salud.

a. Las desigualdades y lo justo

Desde la perspectiva de la equidad social, las desigualdades sociales sólo deben aceptadas si trajeran ventajas a todos. En el momento en que las desigualdades favorecen apenas a un grupo de la sociedad, ellas pasan a ser definidas como privilegio, y en ese caso, fomentan la injusticia social. “Rawls, busca la definición de la ética que justifique el

² John Rawls. La Justicia como equidad. En Kriske Paulo,(org.) El Contrato social: ayer y hoy. Ed cortez, 1993. Sao Paulo.

Estado de Bienestar Social, como factor de justicia económica.”

b. Necesidad de la regulación del Estado

La justicia como equidad social debe atender el campo de las relaciones de mercado. Rawls, considera que se debe admitir la existencia de la tensión entre los intereses privados y los de tipo social; de modo que el mercado, por sí mismo, no debe ser capaz de regularlos por sí solo. En ese contexto, la tarea del gobierno y de la ley es el establecimientos de las regulaciones o reglamentación con potencial para lidiar con las tensiones entre lo privado y lo social.

c. La justicia distributiva

La equidad social la produce el Estado en la medida en que procure correcciones y ofrezca financiamiento a los bienes públicos. Se designa como “justicia distributiva”, la que presupone que los individuos no parten de condiciones semejantes en la vida social; la sociedad desde y en su origen es desigual. En ese sentido.

**Justicia
distribu-
tiva
(Concepto)**

En este concepto no se pretende ni propone la eliminación de las desigualdades inherentes a la vida social. Pero se define y declara que las desigualdades, como obviamente han de existir, se presenten como ventaja para todos. De ahí el espacio y el fomento para las políticas públicas; que si bien deben ser administradas por el Estado, no necesariamente podrían serlo, pues también pueden estar en manos de instituciones privadas

B. POLÍTICAS DE SALUD Y DERECHOS

La falta de control y exigibilidad de los derechos sociales en las personas obedece a la débil o inexistente internalización de los derechos sociales; a la ausencia de mecanismos de auditoría social; al desarrollo de estructuras burocráticas que determinen una falta de sensibilidad hacia el reconocimiento de los derechos sociales; a la ausencia de información para los derechos relacionada con el impacto y desarrollo de los servicios de atención y a una conceptualización de los problemas de salud, que tiende a sobredimensionar la objetivación de lo social “vis a vis” con los sujetos que experimentan las necesidades y carencias que se desea atender.

La reforma de salud, con su proyecto de modernización actualmente en curso, se visualiza, desde esta perspectiva, como un proceso dirigido a crear enfoques, estrategias y mecanismos político administrativos necesarios para explicitar en las políticas de salud la noción de derecho social. Ello de modo que logre internalizarse en las personas que reciben los servicios para que permeen la estructura burocrática y propicien una sensibilidad comunitaria, orientada a crear una actitud reflexiva y dinámica, con respecto a la atención de los problemas de salud y fomenta, al mismo tiempo, la equidad en la distribución, la calidad y el acceso a los servicios. Se trata de centrar la atención en “el sujeto de la intervención”, para lo cual la participación es un vehículo de promoción.

La operacionalización del enfoque de derecho en la Reforma de salud, además, incluye el impulso de políticas institucionales a nivel local y nacional, orientadas a crear las condiciones para que las personas internalicen que los servicios de atención de salud son derechos ciudadanos, y participen activamente en la construcción del análisis de sus necesidades y problemas de salud y, a la vez, controlen las acciones públicas y reflexionen acerca de los factores y situaciones que se encuentran presentes en su desarrollo social.

Propósito de la Política de Salud

El propósito primordial de un enfoque de derecho en la política de salud es propiciar una visión del desarrollo institucional centrado en las personas como sujetos sociales. A estas se les deben reconocer sus derechos específicos. Cuando nos referimos al **concepto sujeto social**, no aludimos a personas individuales sino a colectividades específicas que tienen una serie de elementos comunes (necesidades, intereses, perspectivas, discursos), que les permiten construir una identidad particular.

Concl

Se trata, por consiguiente, de propiciar políticas de salud, programas y servicios y modelos de atención dirigidos específicamente a atender las particularidades de los grupos sociales específicos, sin que ello signifique renunciar a una **concepción universal**, como principio básico de la Seguridad Social (CCSS.). De este modo, **universalidad** y **selectividad** se visualizan como dos procesos complementarios y necesarios, orientados hacia la realización plena del concepto de ciudadanía

C. EI RECONOCIMIENTO DE LAS DESIGUALDADES Y DE LOS SUJETOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LOS DERECHOS

Hasta hoy las políticas de salud se centraron en las necesidades sociales o en demandas sociales latentes o manifiestas, que concibieron a la sociedad como colectividad única. La atención a las diferencias se presentaron como simples concreciones de una visión global, la mayoría de las veces de carácter asistencialista.

La exclusión de los sujetos en la identificación de necesidades y problemas de salud

La objetivación de las necesidades y de los problemas de salud tendió a fortalecer enfoques cientificistas que privilegiaron conceptos técnicos y visiones unilaterales (como, por ejemplo, el biologismo en la medicina), que marginaron de manera significativa a las personas. Predominaron visiones que privilegiaron al hombre sobre la mujer; a la población adulta en relación con la infancia y la adolescencia, a la población blanca o mestiza con respecto a la población indígena y negra.

En el campo de la salud, la política se centró en el cuerpo humano, sin considerar las condiciones socioculturales que intervienen en la producción de la salud y en los estados de enfermedad.

La formulación de políticas de salud en el nivel local (EBAIS y actores sociales) dirigidas hacia sujetos, debería abarcar, por consiguiente, la redefinición de las necesidades, los programas, la organización de los servicios y, por supuesto, la reconceptualización de “la demanda”. Ello significa repensar y reconstruir las bases jurídicas que dan sustento a la cultura de derechos y a las necesarias reformas institucionales que implica. Lo mismo sucede en materia de reconstruir la cultura de la atención de la salud y la promoción de una nueva gerencia social, que se conciba solamente como un medio para alcanzar el propósito primordial de la institucionalidad. Ello implica el **logro de los derechos ciudadanos y la incentivación de procesos de participación social significativos.**

Una de las características principales de nuestras sociedades

Es la **desigualdad social**, la que se expresa en:

- una mala distribución del ingreso;
- en el acceso diferencial de los sectores sociales y territorios a los servicios sociales básicos
- en una participación disminuida de algunos sectores de la población y de comunidades enteras en el proceso de toma de decisiones.

Concepción de nuevas necesidades

A estas desigualdades sociales se suman otras de carácter transversal:

- i. Las de género, que se expresa en la reproducción de patrones de subordinación y de exclusión de las mujeres con respecto a los hombres, producto de prácticas sociales y políticas discriminatorias, en servicios y modelos de atención sociales inadecuados a las necesidades de las mujeres y en una participación desigual de éstas en el proceso institucional de toma de decisiones a nivel nacional y local.
- ii. Las etáreas, que se refieren a la invisibilidad de la que son objeto algunos grupos, como la niñez y la población adolescente y;
- iii. Las étnicas, que se refieren a la exclusión y negación de las culturas de las poblaciones indígenas y negras, existentes en el país.

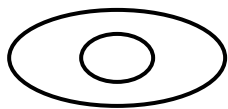
Concl

Las políticas universales de salud han mostrado que son necesarias y sumamente eficaces para atender esta desigualdad social. De hecho, en Costa Rica y otros países de América Latina, estas acciones han permitido un mejoramiento de la calidad de vida, que se expresa en buenos indicadores sociales de salud y educación, básicamente. De ahí que es necesario fortalecer las políticas sociales universales, desarrollando, entre otras, las siguientes acciones:

- nuevas formas de administración y de producción de los servicios.
- enfoques integrales de atención de salud.
- gerencia de programas sociales.
- mecanismos de evaluación social
- la descentralización de los servicios de atención social.

No obstante, las políticas sociales universales han sido insuficientes para garantizar la equidad. De hecho, se presentan diferencias que, a veces, son significativas entre los indicadores promedios a nivel nacional y los indicadores específicos referentes a la situación de localidades o de ciertos segmentos sociales. El diseño de políticas sociales que atiendan estas desigualdades específicas constituye un excelente complemento de las políticas de salud universales, para garantizar la equidad. Para lograr tal propósito, se requiere, por un lado, perfeccionar la información disponible y fomentar la participación de los sectores sociales excluidos en la valoración de los servicios de atención que reciben.

IV. PARTICIPACIÓN, PODER Y SABER



Identificar los conceptos de participación, poder y saber para establecer la relación de estos con los procesos sociales

A. ASPECTOS GENERALES SOBRE PARTICIPACIÓN

Participación (concepto)

Es un proceso social en el que los agentes sociales, directamente o por medio de sus representantes, intervienen en la toma de decisiones en todos los niveles de actividad social y de las instituciones sociales, mediante acciones colectivas, sustentadas en un proceso educativo, con el fin de lograr la transformación de su realidad, en una superior a la presente³.

La participación es un proceso inherente al ser humano, le permite constituir parte de algo: **ser**. Le da un lugar importante en su vida, en diferentes momentos y circunstancias. Las condiciones en que se da esa participación pueden facilitar o limitar su desarrollo personal en el medio social en el que la persona se desenvuelve. Se participa de diferentes formas y en distintos ámbitos: en la familia, en el trabajo y en la sociedad civil y política. La participación social es inherente a la democracia. En el plano individual existen motivaciones para estimular la participación.

Motivos para Participar (Martín Hopenhayn)

1. Ganar control sobre la propia situación y el propio proyecto de vida
2. Acceder a mejores y mayores bienes y/o servicios que la sociedad está en condiciones de suministrar.
3. Integrarse a procesos de desarrollo.
4. Aumentar el grado de autoestima.

³ Ministerio de Salud: **Estrategia de Participación Social en los Sistemas Locales de Salud**. San José, Costa Rica, 1991.

En el plano del sujeto social las motivaciones tienden a estar más relacionadas con factores como: construcción de la solidaridad y de la identidad colectiva. La más completa participación es la que se puede manifestar en procesos que permitan la toma de decisiones.

Se puede participar opinando, haciendo acto de presencia, informándose, entre otros aspectos.

Para nuestros efectos, en este módulo apelamos a una forma activa, consciente, responsable y crítica de construir mediante toma de decisiones, la transformación.

La participación como un proceso

Se inicia con la **información** e involucra la **toma de decisiones**⁴ para la acción social. Puede manifestarse en la sociedad mediante grupos, organizaciones e individualmente, en procesos sociales autogestionados o en los que promueven las instituciones y organizaciones en el desarrollo de programas específicos.

Esa participación se ha manifestado de muchas maneras y se ha caracterizado de acuerdo con el momento histórico que se esté viviendo, pero siempre ha sido un elemento importante y determinante en la vida social de carácter político, reivindicativo, de acción comunitaria y de otros tipos.

En Costa Rica, con su régimen político democrático, la participación de la población ha acompañado el quehacer institucional en muchas ocasiones, especialmente en los programas y servicios de salud, en los que su presencia organizada se remonta al siglo pasado.

Ej.

- Trabajo Voluntario en Hospitales, clínicas y otros.
- Grupos organizados, comités, fundaciones, asociaciones y otros.
- Sistema de sugerencias o denuncia, oficinas contraloras de servicios en Hospitales o Áreas (de reciente creación) .

En conformidad con un paradigma humanista, es claro que el desarrollo de un país debe concentrarse en el ser humano y este debe participar en el proceso como protagonista y no como espectador. De esta manera, se le da al individuo un papel relevante y se le reconoce su derecho y su deber de participar en los procesos que determinan su situación de vida y, especialmente, su bienestar individual y colectivo.

⁴ De Roux, Gustavo: **Participación y Cogestión de la Salud**. Educ. Med. Salud. Vol27. No.1 1993.

La participación de la población se requiere a fin de asegurar:

La existencia de acciones adecuadas en salud y para estimular a los individuos y familias a asumir una mayor responsabilidad en relación con su salud; para vigilar la mejor calidad de los servicios que se reciben y para contribuir a la salud pública. Esto ocurre especialmente en la solución de ciertos problemas de salud actuales (cardiovasculares, cáncer, enfermedades crónicas) cuando los recursos son escasos y hay que establecer mecanismos que aseguren la prevalencia de los derechos e intereses de la población.

Concl

La participación construye solidaridad e identidad colectiva en las comunidades a las que se pertenece.

La participación es buscada como mecanismo de legitimación social que acrecienta la confianza en la persona misma. Logra el reconocimiento social de las propias capacidades y aumenta la autoestima. **Participación es toma decisiones, es un derecho y un deber de los ciudadanos.**

1. Participación y Poder

La participación se genera en el marco de las relaciones sociales. El conflicto surge en el establecimiento de las relaciones sociales, puesto que somos distintos y tenemos diferentes intereses. Esto pone en juego la distribución de poder. El ser parte de la toma de decisiones sobre algo en que se entrecruzan diferentes intereses. Esto implica compartir y ceder poder. Esto enfrenta a las partes para luchar por su interés. Una resolución positiva puede consistir en concertar, mediante procesos de negociación, que se realicen de acuerdo con las condiciones propias de cada situación⁵. Ello en la medida en que exista compatibilidad en materia de las diferencias.

⁵ Niremborg, Olga y Perrono, Néstor: **Organización y Gestión Participativas en los Sistemas Locales de Salud.**

La participación es un proceso que implica distribución de poder, que puede darse desde la negociación misma de la participación, hasta el control de la situación, en cuyo caso puede hablarse del máximo grado de participación: **la toma de decisiones.**

Toda acción social implica relaciones de poder, desde la labor voluntaria con sentido altruista, hasta la presencia activa en alguna circunstancia que requiera tomar decisiones, cada una con la responsabilidad respectiva. La actitud y el compromiso de las personas varían según el grado de poder que tengan en el asunto en que estén involucrados.

Concl

Participar supone capacidad de influir en las decisiones que afectan los intereses colectivos. El deseo de participar supone la voluntad de ejercer control sobre procesos que afectan el entorno en el que se satisfacen las necesidades; para ello, se desarrollan capacidades y se activan las potencialidades. Esto significa ser más **sujeto**⁶.

2. Participación y Saber

La información o conocimiento que se tenga respecto de los procesos en que se participa influye en el grado de compromiso que la persona puede asumir en el asunto de que se trata. **El saber es un elemento de poder que activa la intensidad de la participación.**

Los procesos participativos

Deben iniciarse por compartir el conocimiento, por crear mecanismos de acercamiento a la realidad o asunto en que se trabaja, a partir de la información que tienen todos los involucrados. **Es necesario promover una experiencia de interaprendizaje entre las partes.**

Esta experiencia requiere de compartir y distribuir **el saber**; por una parte, **el saber técnico-científico**, que por lo general proveen los funcionarios institucionales, y el **saber popular o vivencial**, aportado por la población. Ambos son importantes y válidos en la toma de decisiones, ya que aportan datos que se requieren para fundamentar la acción.

⁶ Hopenhayn, Martin: **La Participación y sus motivos.** Revista Acción Crítica. No. 24. ALAETS-CELATS. Perú

Concl

Es necesario confrontar y complementar estos saberes, ya que generalmente, la comunidad valora más los problemas que se relacionan con la satisfacción de sus necesidades fundamentales y los técnicos los de organización y funcionamiento institucional. En el campo de la salud se requiere tener claridad sobre esta complementariedad, puesto que los servicios y la comunidad deben marchar juntos.

B. ASPECTOS BASADOS SOBRE MOVIMIENTOS SOCIALES

1. Conceptualización

El concepto de movimiento social se articula con el la teoría de los derechos y con el tema de las políticas públicas. Este denota las fases en que la sociedad civil asume a lo largo del proceso de regulación y de emancipación social en un momento determinado en una sociedad.

Las luchas por los derechos y los espacios de participación relacionados con las políticas públicas evidencian la dinámica de los movimientos sociales. Este es un tema muy discutido y puede analizarse desde diferentes posturas teóricas y conceptuales; ha existido un énfasis sobre el potencial revolucionario de esos movimientos, aunque en la actualidad este tema se relaciona con otros conceptos como acción social, integración social.

2. Cambios de valores

El centro del concepto se concentra en las reacciones psicosociales de los individuos que participan en acciones colectivas; esas reacciones son la consecuencia, por lo general, de cambios socio-económicos que, al desarrollar nuevas regulaciones, de forma rápida y a veces abrupta, no encuentran correspondencia en la conciencia de hombres y mujeres comunes, y producen a partir de ahí, contextos de desagregación de grupos sociales.

En esta concepción, los valores modernos suplantando los tradicionales, de modo tan intenso que provocan una crisis en los patrones de adaptación e integración de los individuos en la vida social.

Los participantes de los movimientos sociales son vistos como sujetos que no logran integrarse al nuevo escenario social, y que por eso, pueden constituir una amenaza al orden institucional.

3. Objetivos de los Movimientos Sociales:

- a. Según Parsons, tomado de Meksenas, considera que el sistema social se mantiene en equilibrio a partir de cuatro niveles de la acción social: Integración, mantenimiento de los modelos sociales, finalidades colectivas comunes y la adaptación. Esta es una posición funcionalista de la sociedad.
- b. Según Touraine⁷, (1984), en otra perspectiva, afirma que los movimientos sociales del siglo XX, en el contexto de la globalización, la esfera del trabajo pierde centralidad en ese concepto y lo gana la esfera de la comunicación y el consumo; que los cambios de la contemporaneidad intensificaron el individualismo. Esto ha hecho que los movimientos sociales pase de ofensivo a defensivo. Expone además, que ante la crisis de las utopías, los conflictos aparecen localizados, particularizados y fragmentados.

Por tanto, lo que está en juego ya no es la transformación de la acción histórica, sino el perfeccionamiento de la calidad de vida y sus derechos, inherentes al género, medio ambiente y consumo. Los movimientos sociales actuales, en su mayoría ya no tiene al estado como su único interlocutor para la realización de sus demandas, sino a otros actores. Sin embargo, se piensa que en la América Latina, se encuentran conflictos en las dimensiones clásicas, en las que todavía está en juego la transformación económica y política.

- c. Según Castells, afirma que los movimientos sociales son la respuesta a los problemas que los trabajadores viven en el campo de la reproducción social. Que no existe forma de desvincular la los problemas urbanos, específicos y localizados, de la lógica y dinámica contenida en la estructura social y que al reivindicar la transformación de cuestiones inmediatas, buscan, a veces sin clara conciencia, el cuestionamiento de la estructura social.

⁷ Alain Touraine. La Crítica de la Modernidad. Tomado de Evers, T. Identidad la fase oculta de los nuevos movimientos sociales. Novos estudos,. Sao Paulo, Cebrap, no 4,pp 11-23, 1984

Este autor identifica la existencia de tres tipos de movimientos sociales urbanos.

Tipos de movimientos sociales

- a. Movimiento de orientación sindical: cuyos objetivos son la mejoría de las condiciones de reproducción de la fuerza laboral. Su influencia es en ese ámbito del trabajo.
- b. Movimiento de orientación comunitaria: tiene origen en las organizaciones de vecinos, de identidades culturales locales, que protegen el espacio cultural en el cual están envueltos. Ejemplos : movimientos indígenas, etc
- c. Movimientos ciudadanos: estos tienen objetivos específicos en la lucha por el control y gestión popular de equipos urbanos

Concl

Con este tipo de movimientos se actúa con énfasis en la estructura económica, así el interlocutor privilegiado son las instituciones políticas, por tanto son los verdaderos impulsores del cambio e innovación social en el plano urbano.

Res

Se discute el tema de los derechos ciudadanos con especial énfasis en los derechos sociales y el papel que ellos juegan en la regulación de las desigualdades de los colectivos sociales. Así mismo se parte del concepto de ciudadanía como el estatus de los miembros de una comunidad desde una concepción de derecho y de participación política.

Se utiliza el concepto del mundo de la vida para reflejar lo cotidiano de las acciones comunitarias en el nivel local y enfocar el tema de lo público, la esfera pública y la opinión pública de igual manera los conceptos relativos a sociedad civil y equidad social. Todo lo anterior para crear el marco conceptual mínimo que le de sentido a la participación social en salud.

El modelo apunta fundamentalmente a la sostenibilidad de las acciones desarrolladas, mediante el fortalecimiento de organizaciones locales permanentes, y a un modelo de cogestión en el contexto de la administración estratégica local, propiciando la participación activa y con pleno acceso a la información de todos los actores y en todos los momentos de la gerencia, la problematización, proposición, negociación, ejecución y evaluación.

Se fundamenta la participación social en un proceso de redistribuir y compartir el saber al interior de los grupos sociales, promoviendo la administración del conocimiento científico articulado a los conocimientos y prácticas alternativas válidas. En este contexto, la educación para la salud como educación popular; la comunicación social y la investigación-acción participativa; constituyen los medios o instrumentos para la producción colectiva del saber, la concientización y la apropiación del conocimiento por todos los actores, especialmente los más postergados. De esta manera, la educación popular en salud, contribuye a la participación social en la medida que se plantea la transformación de las prácticas sociales, colectivas y personales, que inciden en la salud y el desarrollo humano, como producto y resultado de la redistribución del saber y la modificación de las relaciones sociales hacia el logro de la equidad.

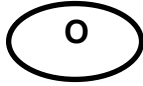
SEGUNDA UNIDAD

PARTICIPACIÓN SOCIAL: ASPECTOS CONCEPTUALES Y CONTEXTUALES

Objetivo general de la segunda unidad

Caracterizar la raigambre sistémica de la Participación Social en la actualidad en el campo de la historia, la sociedad y la cultura.

I. SUSTENTO SISTÉMICO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL



Identificar los rasgos fundamentales que caracterizan a un proceso en el ámbito sistémico, a fin de clarificar la concepción que como tal tiene la participación social

A. SISTEMA Y PROCESO

1. La concepción sistémica

La participación social es un proceso que se construye en un sistema social determinado. Es por ello que su estudio se hace en conformidad con el enfoque sistémico.

El moderno concepto de sistema es producto de los avances científico-tecnológicos que han tipificado a la segunda mitad de esta centuria.

El biólogo Ludwig Von Bertalanffy, a finales de los años treinta, piensa que todas las disciplinas científicas están unidas por su carácter sistémico. Esta percepción abarca a otras expresiones de la cultura como son el arte y la literatura.

El sociólogo Niklas Luhmann plantea posteriormente la existencia de los sistemas sociales y completa la concepción sistémica de Bertalanffy, agregando a los sistemas la idea de **entorno**. Según ella el sistema no sólo está determinado por los elementos que lo componen sino que también se encuentra en relación de interdependencia con el medio en que se encuentra ubicado.

**Sistema
(concepto)**

Conjunto de elementos solidarios, interrelacionados, e interdependientes con vinculaciones con su entorno.

Ej

El cuerpo humano es un sistema integrado por numerosos subsistemas y sus respectivos entornos.

Biológicamente, hay sistemas metabólicos, mentales, cardiovasculares, etc., todos con sus respectivos entornos.

Socialmente tienen carácter sistémico las instituciones, los usos, las costumbres, las leyes y el conjunto de fenómenos culturales y sociales que tipifican la vida humana en sociedad. Siempre están en relación con los entornos sociales en que se encuentran.

2. Patrón, estructura y proceso en los sistemas.

Son estos los elementos que deben distinguirse en los sistemas:

a. El patrón

El **patrón** se refiere a la red de autoorganización, esto es el carácter homeostático que tipifica a cualquier sistema. Los biólogos Humberto Maturana y Francisco Varela, hablan de la autorreferencia que caracteriza a los sistemas vivos. El concepto ha sido extendido por Luhmann a los **sistemas sociales**.

Autorreferencia de los sistemas

Que los **sistemas** sean **autorreferentes**, implica que son autorregulables. Esto es: se dan en cualquier sistema elementos que los autorrectifican, que los autogeneran, que los autocrean. Este fenómeno se presenta en relación con el entorno.

Maturana y Varela, con la entusiasta adhesión de Luhmann, llaman **autopoiesis** (del griego **auto: por sí mismo** y **poiesis: creación**) al carácter autorreferencial de los sistemas que caracterizan al **patrón** del sistema.

b. La estructura

El sistema se tipifica por estar constituido de una forma determinada, valorable cualitativa y cuantitativamente, en términos de una mayor o menor complejidad que es propia de los caracteres estructurales de todos los sistemas y que están en relación directa con su funcionalidad.

c. El proceso
(concepto)

Se entiende por tal el conjunto de fases sucesivas que tipifican a un fenómeno sistémico.

- Se caracterizan los procesos por poseer alguna forma de unidad y por desarrollarse con cierta regularidad
- En los sistemas sociales los procesos se presentan en etapas sucesivas que implican cambios con determinada orientación o dirección.

a¹. Rasgos que tipifican a los procesos

- Fenómenos como la **interacción**, la **iteración** y la **secuencialidad** caracterizan también a los procesos.
- La **interacción** se refiere a la interrelación que caracteriza a los procesos, dado su carácter subsistémico, dentro de ellos mismos y en relación con sus entornos.
- La **iteración** se refiere al carácter repetitivo que tipifica a los procesos.
- La **secuencialidad** se da en los aspectos temporales en que el proceso se **inicia**, **desarrolla** y **termina** (si es que esto sucede) o **prosigue** por razones propias de la circunstancia en que se desenvuelve, como la realimentación y otros.

b¹. Otros rasgos de los procesos

- Los procesos bien encauzados deben caracterizarse por su **dinamismo** (proceso y estática son elementos antitéticos) por su **capacidad sinérgica**, por sus posibilidades para utilizar la **retroalimentación** como un recurso básico.

Res

Caracteres de los procesos

- Se desarrollan en fases sucesivas
- Tienen unidad y sus elementos son interrelacionados dado su carácter sistémico
- Suelen indicar cambios con determinada orientación o dirección
- Son interactivos, iterativos y secuenciales
- Su secuencialidad se expresa, entre otros aspectos, en que se inician, desarrollan y terminan
- Propician la retroalimentación
- Deben ser dinámicos y sinérgicos
- Suelen tener cierta regularidad

Ej

El sistema llamado cuerpo humano y, por cierto, sus subsistemas poseen un determinado **patrón** (una célula o un conjunto de ellas cuando sufren una alteración, por razones autopoieticas, se reconstruyen o reparan en un proceso de autorregulación). Esta autorregulación produce cambios en la **estructura** que implican fenómenos autocorrectivos que garantizan su funcionamiento y existencia. Por constituir procesos, tales cambios se caracterizan por su secuencialidad.

Cualquier sistema se caracteriza por el funcionamiento de los citados elementos clave.

Los **procesos sociales** implican, por tanto, la presencia del patrón sistémico (autopoiesis) y sus correlatos estructurales en la compleja sistemicidad de la realidad social.

Ej

La participación social es un **proceso** que tiene una **estructura** que se rige por un cierto **patrón**.

Adecuación de patrones, estructuras y procesos

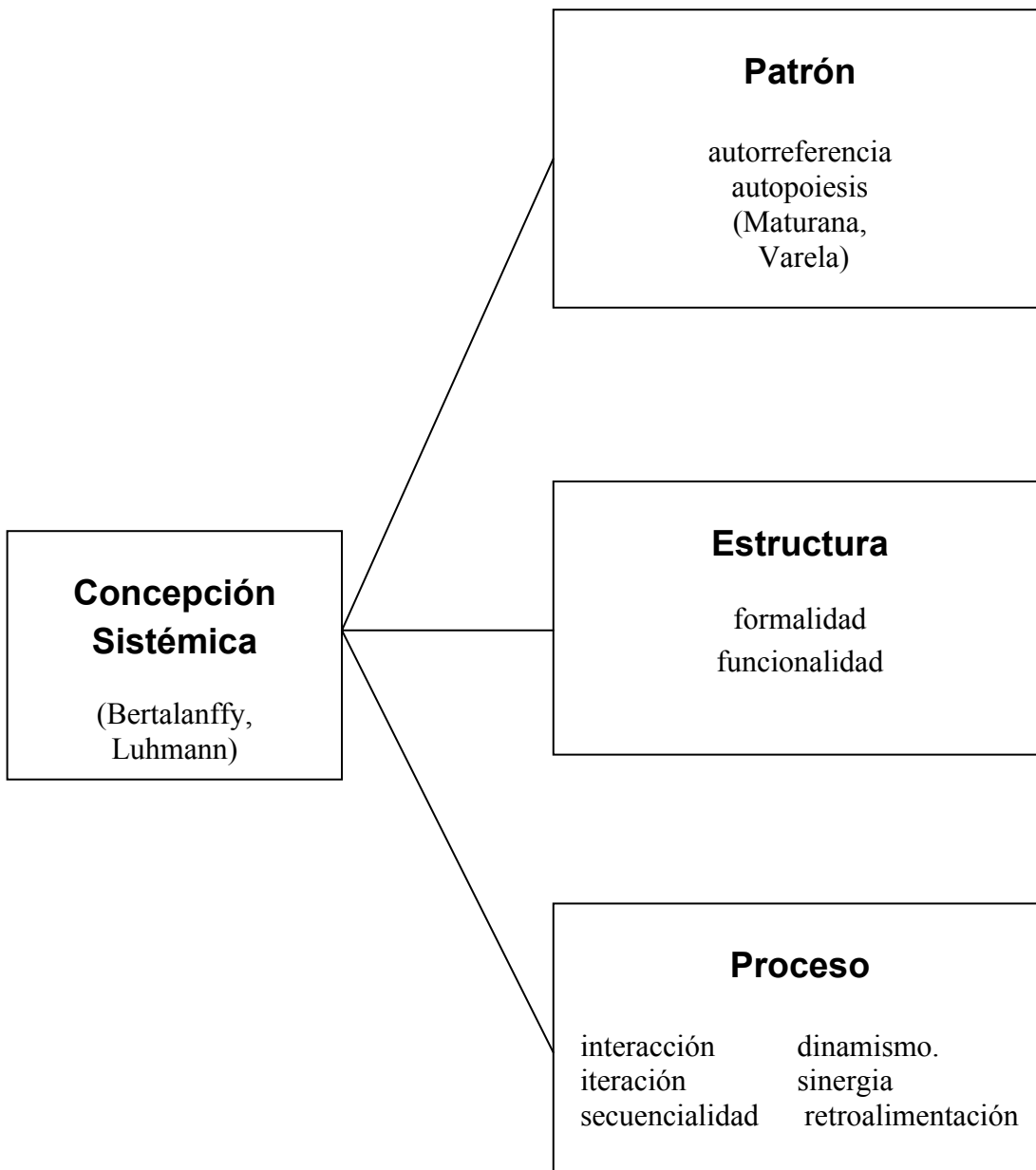
En los sistemas se da una funcionalización de los elementos claves que los caracterizan, de acuerdo con su tipo de **patrón**, **estructura** y **proceso**, en el conjunto integrado de sus posibilidades

El proceso de participación dentro del sistema social

El proceso de participación de una comunidad determinada, debe poseer elementos como los que se señalan:

- La distribución de tareas debe hacerse en conformidad con las cualificaciones de los diversos integrantes en función de las tareas y metas que deben concretarse.
- Deben existir los niveles adecuados de motivación, estimulación, incentivación y reconocimiento necesarios para el cumplimiento satisfactorio del proceso.
- El **patrón** del sistema puede hacer que la autorregulación neutralice el proceso, lo anule o lo conduzca al éxito.
- Puede haber un entorno sistémico que propicie obstruya o anule el proceso de participación social.
- Deben propiciarse dentro del sistema los **patrones** que garanticen el desarrollo adecuado del **proceso** de participación para el alcance de los objetivos y metas.

ELEMENTOS DEL SISTEMA.



Ej

El informe **Estado de la Nación** de los años 1984 a 1987, advierte que, en general, en Costa Rica muchas comisiones oficiales destinadas a propiciar la participación social, la obstruyen por desviaciones paternalistas o de mal entendido liderazgo (Ver apartado tercero de esta Unidad).

Concl

El **proceso** de participación comunitaria se da en las estructuras de un determinado **patrón** sistémico.

B. EL CONTEXTO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

En los términos antes señalados la participación social tiene elementos sistémicos que posibilitan su autorregulación.

1. El proceso de participación social como elemento sistémico

Como se sabe, dicho proceso es un subsistema de un sistema social y como tal tiene carácter autopoietico (patrón del sistema), en otros términos, sus estructuras pueden autorregularse. A la vez que es potencialmente estimulable, motivable y demás, puede ser objeto de factores negativos que contribuyan a su desmovilización.

Los elementos sinérgicos del proceso tienden aprovechar la concertación activa de los elementos positivos en desmedro de los negativos.

Dimensiones que influyen en el proceso de participación social.

- a) Dimensión social y cultural
- b) Dimensión política
- c) Dimensión económica
- d) Dimensión histórica
- e) Dimensión científica y tecnología

Estas, obviamente, no son las únicas dimensiones y dependen de la particular condición de los distintos procesos sociales en que la participación se produzca.

a. Dimensión Social y Cultural

Es propio de la dimensión social y cultural que los procesos se desarrollen, por razones sistémicas, en las instituciones sociales y culturales (sean usos, costumbres, hábitos o leyes), con implicaciones relativas a los conocimientos creencias y valores, en conformidad con los respectivas estatus y papeles en los distintos formaciones sociales que participan en el proceso.

Ej

Un hábito consumista puede constituirse en un factor que afecta la participación social y que contribuye a desvirtuar las metas; un problema de forma y aún de formalidad puede contribuir a perder de vista el fondo, que puede ser lo esencial dentro de determinado proceso social. Un aspecto supuestamente ético puede constituirse también en un elemento alienante.

i. Un caso de elocuente significación social.

Elina Dabas nos narra el siguiente caso:

LA CANCHA DE FÚTBOL

A una escuela que estaba ubicada en una barriada popular, cuyas necesidades eran tantas como las de los niños y niñas que asistían a ellas, le llegó la oportunidad de un subsidio que posibilitaba mejorar sus instalaciones. La directora, quien junto con los docentes había iniciado un interesante proceso de promover la participación de los padres en la vida institucional, propuso realizar una reunión con ellos para preguntarles acerca de cuál creían que podría ser el mejor modo de utilizar los fondos que recibirían. En una reunión previa, el equipo docente había propuesto la construcción de un salón de usos múltiples, el cual podría ser utilizado no sólo por los alumnos sino por toda la comunidad. Además, esta edificación sería un buen modo de mostrar a las autoridades educativas la adecuada utilización de los fondos.

Sin embargo, no plantearon esta propuesta en la reunión a la que habían concurrido mayoritariamente las madres. Les comentaron la buena nueva y les preguntaron en qué les gustaría que se utilizara el subsidio. Ante el asombro de todas las docentes, la mayoría opinó que debía construirse una cancha de fútbol.

Una de las docentes planteó que no le parecía de mucha utilidad, frente a lo cual los padres comenzaron a disminuir su participación en la charla, y se produjo un clima de tensión. Felizmente, la directora tuvo la ocurrencia de preguntar cuál era el motivo por el que les gustaría una cancha de fútbol dentro de la escuela. Las madres contestaron que era para que sus hijos pudieran utilizarla en todo momento y estuvieran menos tiempo “suelos” en la calle, donde percibían el riesgo de la droga y sus derivados.

Cuando el equipo docente reflexionó sobre esta situación comprendió que hubiera sido más sencillo plantear su opinión a los padres, acompañada de la explicación de que había direccionalidad en el destino que se de debían dar a esos fondos. Lo que había sucedido era que la propuesta no había sido considerada por el plantel docente como opinión sino como decisión y existía cierta expectativa mágica de que los padres podían ser llevados a adoptar esa idea “por sí mismos”. De este modo, un grupo con intenciones de promover la participación quedaba atrapado entre los condicionamientos de los donantes y los intereses de los destinatarios.

Al respecto nos señaló Elina Dabas:

“Este relato abre el camino para plantear el tema de la **cogestión**. Esta noción resulta más precisa y adecuada que la de **autogestión**. Mucho se ha escrito acerca de la importancia de promover los procesos autogestivos en las personas y las comunidades. Pero la práctica ha demostrado que el trasfondo suele ser el de arréglense solos o como mejor puedan. En cambio, la cogestión introduce, desde el vamos, la necesidad de hacer con otros, de compartir derechos y responsabilidades. Y en este cogestionar se descubre la capacidad de autogestionar. Desde los niveles macropolíticos como la cogestión entre el estado y el tercer sector hasta en los micropolíticos (Dabas, 1995), como, por ejemplo, las familias de los alumnos de una escuela entre sí; de éstas con los docentes y de los docentes entre ellos”.

“Considero que la esencia de esta noción es el cuestionamiento al principio de la autoridad, en el sentido autoritarista del término. En contraposición diré que ofrece la oportunidad para la *autoría*; esto es, para crear algo nuevo, diferente: para tomar decisiones, para asumir responsablemente lo que se elige.” pp 37-38.

ii. Las redes y la participación social.

Las redes no se conciben desde, la perspectiva de una organización jerárquica; por tal razón, posibilitan de manera muy adecuada la participación que se realiza en el marco de una verdadera **integración social** y que tiende a fomentar la legitimación de las diferencias, en que el consenso y el disenso se integran, dialécticamente, aun en lo democrática concertación de opuestos.

Elina Dabas señala al respecto:

“La metáfora de la red nos ubica en que **las singularidades no son las pares que se suman para obtener un todo sino que construyen significaciones en la interacción; en que una organización compleja es un sistema abierto de altísima interacción con el medio, donde el universo es un entramado relacional**. El conocimiento ya no busca la certeza sino la creatividad; la comprensión antes que la predicción; revaloriza la intuición y la innovación.”

“La noción de realidad deviene de una **construcción social**, asumiendo que ésta es una perspectiva y no una “verdad”. Esta concepción nos replantea la diferencia entre invención y descubrimiento. Consideramos que la gente, los grupos, las comunidades preexisten a nuestra conceptualización ya que cuando afirmamos “ésta es la realidad”, dicha afirmación se constituye en algo nuevo, algo creado, inventado con respecto a un sistema que ya estaba funcionando.”

“La mirada sobre las organizaciones sociales, a las que esta epistemología permite pensarlas como *red*, nos posibilita acercarnos a una concepción que concibe la realidad en términos de relaciones, de pautas que conectan.” (pág 29.)

b. Dimensión política

De un gobierno a otro, el “sistema” político influye en el carácter de la participación social en conformidad con la concepción de la democracia que se maneje.



Las democracias participativas evidentemente son propicias a los procesos de intervención de la comunidad en los aspectos sociales, a diferencia de las “democracias” que conciben verticalmente el ejercicio del poder.

c. Dimensión económica

Los factores económicos, como la desviada aplicación del criterio costo-beneficio para desestimular la participación social, propias de la economía de mercado, están en directa relación con las tipificaciones de los procesos de participación comunitaria y su respectiva desaceleración, del mismo modo que factores económicos pueden incentivar esta participación en otros contextos sistémicos.

d. Dimensión histórica

Los procesos de participación son históricos y, por tanto, se dan en el espacio y en el tiempo. Son objeto del influjo de los fenómenos que están en boga en la sociedad, como puede suceder con ciertos formalismos decadentes.

e. Dimensión científica y tecnológica

Particularmente en el período histórico en que vivimos, por prevalencia de la ciencia y la tecnología, se produce una influencia decisiva de estas expresiones culturales en la vida cotidiana, que afectan al sistema social y, consecuentemente, a todos los procesos de él derivados, lo que incluye evidentemente a los procesos de participación de la comunidad.

Ej

El uso de la informática, de las computadoras, de la cibernética y, para acercarnos más a nuestro objeto, de las concepciones de salud y enfermedad, de la calidad de vida y otras, influyen en todos los sistemas sociales en la época actual y, consecuentemente, en los procesos de cualquier tipo y, por tanto, en el de participación social.

Otro buen ejemplo es el relativo al ya comentado actual concepto de **red**.

Desde una perspectiva ecobiológica, se ve al mundo como una **red** de fenómenos interconectados. Cada ser humano es una simple hebra de un complejo entramado. Ello porque científicamente se sabe que la comunidad ecológica está integrada por complejos sistemas que contienen grandes conglomerados de organismos con considerable autonomía, pero integrados con grandes armonías en todos funcionales.

Hay, dice Fritjof Capra, tres clases de sistemas vivos, **organismos, partes de organismos y comunidades de organismos**, con grandes interrelaciones e interdependencia.

Los sistemas vivos son REDES a todos los niveles "En la naturaleza no hay un "arriba" o un "abajo" ni se dan jerarquías, solo hay redes dentro de redes (p, 55).

Concl

La terminología de **red**, tomada del campo de la ecología, se transforma en un comodín que se proyecta a las múltiples formas de trabajo incluidas muchas expresiones de la más efectiva de las interdisciplinidades y para qué hablar de la **red Internet**. La pedagogía puede hacer un uso muy adecuado del concepto de **red**.

Obviamente esto se proyecta también a las más eficientes formas de concretar el proceso de participación social.

3. El proceso de entropía en los sistemas

Sobre la base de leyes propias de la física, Bertalanffy adopta el concepto de **entropía** que se presenta, según él, en todas los sistemas incluidos los sociales. Los procesos entrópicos son relativos al **desorden** que se presenta en los sistemas.

Luhmann tiene una concepción distinta y afirma que un sistema es entrópico cuando una información referida a un elemento no permite sacar ninguna conclusión acerca de otros elementos del sistema (pág. 69). Dicho en otros términos, según él **hay entropía en un sistema cuando su reproducción se convierte en casualidad y no constituye por tanto sistema con otros sistemas** (Ibid).

Evidentemente, en conformidad con una u otra concepción la entropía es un elemento que puede relacionarse con los procesos y, obviamente, con los de participación comunitaria.

Ej

En su acepción de **caos**, de **desorden**, en todos los sistemas sociales y también en los procesos correspondientes se da la **entropía**. Una huelga es un fenómeno entrópico. Caos y desorden no implican necesariamente fenómenos socialmente deletzables. La entropía puede ser (también en la física) negativa o positiva. La propia teoría del Big-Bang de origen del universo, es un caso de entropía positiva. Esto debe tenerse muy en cuenta en el contexto de los fenómenos sociales y, por ello, en los de participación social.

Res

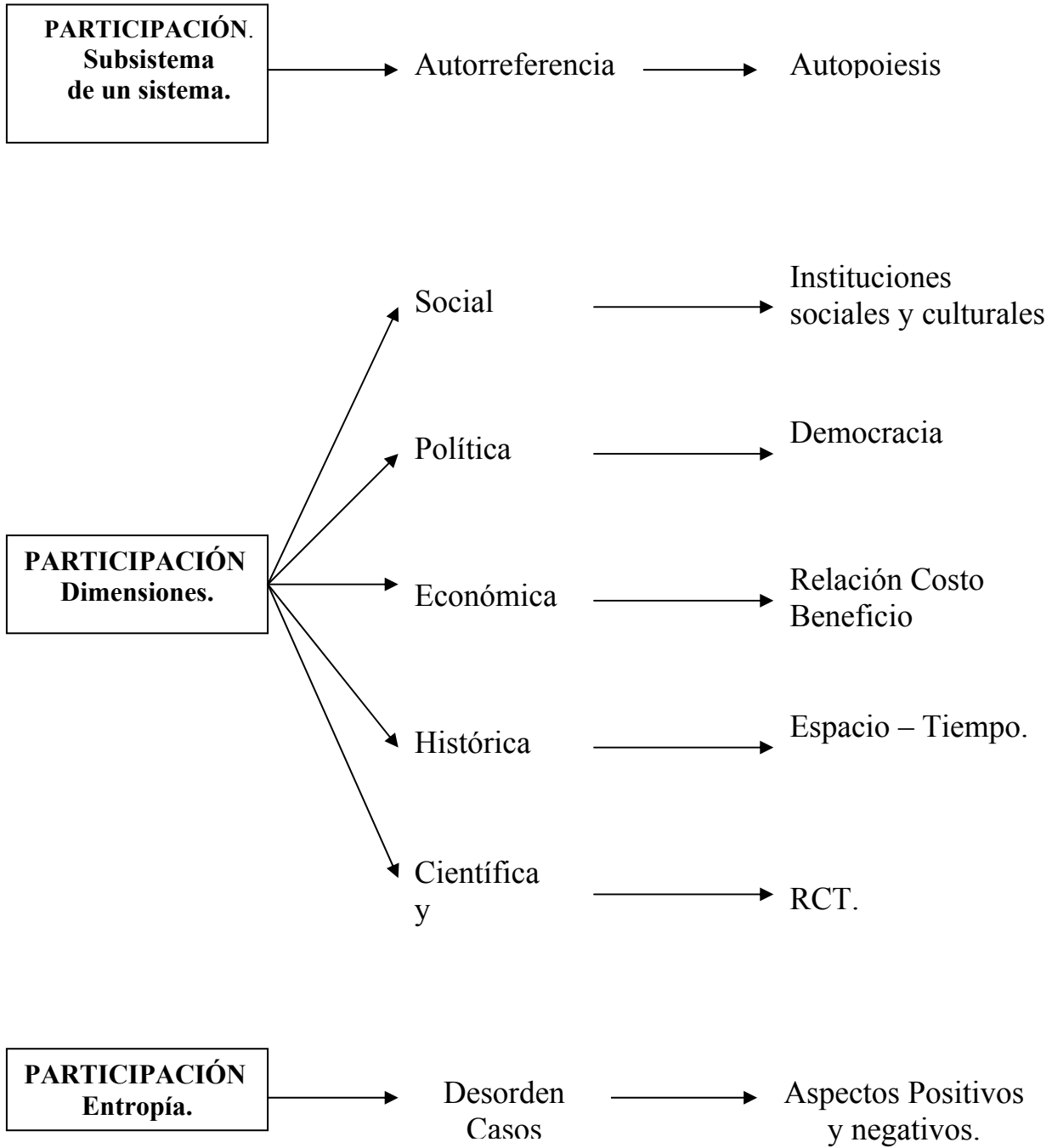
El proceso de participación social se sitúa en el marco sistémico propio de la sociedad y de la cultura en que se desarrolla.

Debe partirse de la base, entonces, de que tal tipo de participación se produce en el sistema y a partir de este y su entorno y está en relación con el patrón (autopoiesis) y la estructura (cierto tipo de forma).

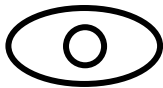
Como proceso sistémico que es, se desarrolla en fases sucesivas, está constituido por elementos interrelacionados, tiene carácter **interactivo**, **iterativo** y **secuencial**, posibilita la retroalimentación, la dinámica y la sinergia.

En consecuencia, la participación social, se encuentra condicionada por distintos tipos de dimensiones (social, cultural, económica, histórica, científica y tecnológica), además de su tipificación entrópica.

PARTICIPACIÓN SOCIAL: SU CONTEXTO.



II. CONTEXTO HISTÓRICO SOCIAL DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL



Contextualizar la participación social en el medio en que se concreta

A. LA REVOLUCIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA. (R.C.T).

A fines del siglo XIX culmina el período en que las ciencias se separan del seno materno de la filosofía.

1. Aspecto positivo

La especialización de las distintas disciplinas implicó un raudo avance de todas las disciplinas científicas y cada una de ellas con una celeridad históricamente desconocida.

2. Aspectos negativos

En consonancia con el paradigma newtoniano y cartesiano, propio de las concepciones de la física y la filosofía, se llegó a la atomización del conocimiento, a la separación, a la escisión entre una y otra ciencia.

3. Surgimiento de un nuevo paradigma.

Basados en el aporte de Einstein, (teoría de la relatividad) y de Heisenberg (mecánica cuántica) surgen unas concepciones macro y microestructurales acerca del universo, respecto del papel que juegan en su constitución la materia y la energía.

Esta revolución científica que surge en el campo la ciencia física se enlaza al conjunto de las demás disciplinas científicas, sean estas formales o fácticas.

Concl

El hecho de percibir la necesidad de una concepción que uniera a la macro y a la microestructura (teoría del Big-Bang) de expansión del universo y a la física de las partículas atómicas, plantea la posibilidad de la unicidad de la ciencia, camino que conduce a la **integración del saber**, de la **interdisciplinariedad** y de su máxima expresión sistémica: la **transdisciplinariedad**; evidencia palpable del **paradigma de la complejidad** que se impone al finalizar el segundo milenio. Una de las denominaciones de esta época es **Revolución Científica y Tecnológica (RCT)**, otras con diversos alcances son las de **Postmodernismo** y **Sociedad Postindustrial**.

4. Integración de la ciencia y la tecnología.

La técnica representa a la cualidad tipificadora de la especie humana propia del **homo faber** que deviene en **sapiens**, desde hace unos cuarenta mil años.

La Revolución Industrial

Es una **revolución técnica**. El inventor (James Watt, entre otros) era un técnico, no un científico durante el siglo XVIII y particularmente en el siglo XIX.

El incremento de la interdisciplinariedad al promediar el siglo XX -- único camino para el avance de cada ciencia en particular y, con ella, el conjunto del saber-- se auna al surgimiento de la **tecnología**, que corresponde a la **técnica que se nutre de la ciencia**, de modo tal que, en la práctica histórica, dicha ciencia genera tecnología y, a su vez, la tecnología da origen a ciencia.

Ej

El transistor inventado en 1947, simboliza en el aspecto indicado, a la RCT. Tres físicos (teóricos y prácticos) lo crean pero tienen la colaboración de miles de científicos y tecnólogos de los laboratorios Bell de New Jersey.

Concl

El transistor genera la **revolución microelectrónica** que es básica para la **biotecnológica**. Ambas convergen con la **revolución de los nuevos materiales** y con la de las **nuevas alternativas energéticas**. La ciencia y la tecnología integradas, dan origen a una nueva percepción que implica el surgir de la **tecnociencia**, expresión de la integración sistémica del saber y del hacer.

B. LA GLOBALIZACIÓN

Es una resultante de la RCT. Corresponde a lo que el canadiense Marshall Mc. Luhan denominó la “Aldea Global” e implica la planetarización de la sociedad y la cultura humana.

Hay una globalización de la totalidad de los procesos sociales, políticos económicos, estéticos, sanitarios.

Concl

Hay globalización dentro de la RCT y no RCT dentro de la globalización.

1. Los países industriales.

Las potencias industriales, producto de la RCT y de los efectos económicos de la globalización, ven incrementarse aún más sus riquezas. A ello contribuye la caída del socialismo que, amén de su problemática política, no es capaz de adecuarse a los acelerados cambios de la RCT.

**Capital
transnacional**

La internacionalización de la economía hace surgir los grandes capitales transnacionales que campean aun por sobre los estados nacionales “sin Dios ni ley”.

2. El neoliberalismo

Se cree que el sistema capitalista se ha impuesto definitivamente, hasta el punto de que Francis Fukuyama habla de “El fin de la Historia”: prevalecen en la cultura globalizada las leyes del mercado, unidas en un supervalor que, surgiendo del campo de la economía, se proyecta a la política, a la educación, a la salud, etc.

3. Una denominación clásica está en crisis

Los afanes de “Salud Para Todos” declinan ante el holismo totalitario de las leyes del mercado. No faltan los que dicen que al **paciente** o al **alumno** hay que denominarlos **clientes**, según se trate del campo de la salud o de la educación. A título de que es necesario reparar en sus exigencias y deseos, se propicia conscientemente o no, una terminología que, lejos de tener connotaciones humanistas puede aparecer vinculada, en los hechos, a fenómenos de manifestación propia de la sociedad de consumo. No hablemos si queremos de paciente, por la pasividad que implica, es preferible utilizar el término **usuario** u otros similares, como **beneficiario**.

Concl

Un cambio en el uso de la terminología clásica puede contribuir a que prevalezcan valores propios del consumismo y del “marketing”, en el delicado campo de la salud y la educación.

4. Reforma del Estado

Se plantea que en la etapa neoliberal, se asiste a la crisis del Estado Benefactor y se endiosa a la empresa privada. Se propicia, en particular en los países de economía emergente, la venta de los activos del Estado, a título de que es el único camino para pagar la **deuda externa**, que es, a todas luces, impagable. En los hechos, en los países pobres, el Estado suele quedarse sin activos y con deuda externa, a raíz de negociados, poco claros en que no son extrañas ciertas formas hoy clásicas de corrupción.

Renuncia del Estado a sus deberes tradicionales.

Se dice que este debe renunciar a su responsabilidad de brindar a las grandes mayorías salud y educación básicas, las cuáles deben quedar a libre merced del mercado.

Se recurre al eufemismo de denominar a todo este abigarrado conjunto de inepticias “modernización del Estado”.

El Estado mal empresario.

Es un pretendido axioma y se pretende confundir a los interesados, aplicando a las soluciones reales de carácter público, la cantinela no pertinente al caso de la **relación costo-beneficio**. Con lo que ciertas responsabilidades clásicas del Estado se hacen pasar al sector privado de la economía que, sobre todo en materia de prestación de servicios públicos, muchas veces no da la talla.

Hay abundantes ejemplos que demuestran que el Estado puede ser buen administrador:

Ej

En Costa Rica hay instituciones estatales de gran eficacia y eficiencia en el medio, como es el Instituto Nacional de Seguros (INS), el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE) la banca nacionalizada (aunque no faltan gestiones de ciertos personeros en detrimento de estas instituciones). En el caso de Chile, modelo de vanguardia neoliberal no hay empresa más exitosa que la .Cooperación Nacional del Cobre (CODELCO), aún en época de la didactura y hasta hoy en manos del Estado

5. El fin del Estado-Nación

Hay autores que hablan del fin, del término, de la obsolescencia del Estado-Nación, ya que piensan, poco menos, en un planeta regido sin peso, simplemente, por las leyes del mercado

Economía Planetaria

Se vive hoy un proceso de transición que paulatinamente nos conduce a una economía planetaria carente de fronteras.

El Estado-Nación no tiene ya vigencia directa en la cosa económica internacional.

Los países del Este europeo han sido las primeras víctimas propicias de la mundialización informática de la economía.

Concl

El Estado-Nación independiente (económica, políticamente, etc.)
está en crisis de identidad

6. Globalización y modernización

La globalización como fenómeno inherente de la R.C.T. es un derivado histórico de una época en que prevalecen los productos surgidos gracias al raudo y espectacular desarrollo integrado de la ciencia y la tecnología. No estamos frente a una opción para elegir o rechazar una posibilidad. Una adecuada política en este aspecto puede producir beneficios reales para los países, sea cuales fueren sus niveles de desarrollo. Es preciso, para ello, redefinir el papel del Estado en los procesos sociales, políticos y económicos. No se trata de que el Estado se renuncie al papel que ya le tiene asignado la nación, como muchos lo afirman.

7. Efectos de la Globalización en las economías emergentes.

Tales efectos negativos no se han hecho esperar. Así lo atestigua el más reciente informe sobre Desarrollo Humano de las Naciones Unidas (Moctezuma, 212).

Ej

- Los países más atrasados (10% de la población mundial) sólo participan hoy en un 3% del comercio mundial, la mitad de lo que ocurría hace 20 años.
- El 20% más pobre de la población mundial participa apenas en un 1.1% del ingreso mundial. Inferior al 1.4% que tenían en 1991 y al 2.3% que presentaban en 1960.
- La relación de la participación en los ingresos que corresponden al 20% más rico de la población mundial, en comparación con el 20% más pobre, aumentó de 30 a 1 en 1960, 61 a 1 en 1991 y a 78 a 1 en 1994.

Concl

Es este un formidable desmentido a la utopía tecnocrática que no hace tantos años, pronosticaba la desaparición del trabajo, el reinado del no trabajo y la abundancia, gracias al imperio del tecnocientificismo. Además, han sido puestas en jaque las primigenias políticas de los organismos financieros internacionales.

8. Imperfecciones del mercado. Función del Estado.

Es absolutamente falso que, por sí solos, esos mecanismos del mercado sean capaces de generar la agilidad. Por el contrario, si no se redefine el papel equilibrador del Estado, la globalización económica producirá más pobreza y exclusión social.

**Se espera
“rebalse”**

Algunos gobiernos esperan pasivamente que el proceso neoliberal “por rebalse” llegue a derramar sus beneficios sobre los más pobres.

**Única solución
posible**

Que el Estado refuerce su función social como un medio para garantizar la posibilidad de crecimiento económico, a fin de compensar las imperfecciones del mercado mediante determinadas políticas. Esto permitirá, además, la gobernabilidad en democracia.

La intervención pública del Estado en el proceso de desarrollo tiene una función relevante, mucho más importante que la del mercado.

El Estado tiene hoy, por tanto, renovadas responsabilidades, particularmente en materia de **promoción del desarrollo social**, para combatir en contra de la pobreza y la desigualdad.

Corresponde al Estado.

- Una función estratégica en la promoción del desarrollo sostenible, para ello debe propiciar:
 - El impulso al desarrollo tecnológico.
 - El fomento y desarrollo integral de los recursos humanos.
 - La adecuada prestación de recursos públicos en procura de mejorar la calidad de vida, la educación y la salud.
- El Estado debe también enfrentar y anular los mecanismos generadores de pobreza, a fin de erradicar la exclusión económica, social y política.

9. La participación social y su función en la época de la globalización.

Al comenzar el tercer milenio se fortalece la necesidad de incrementar, cada vez mas, la participación social como factor que regule, atempere y encauce cierta política económicas y sociales.

Es la forma para que beneficiarios o usuarios - no clientes- hagan suyos los programas que pueden favorecer a las mayorías. Muchos son entre ellos los que tienen vocación de servicio. Para ellos la participación social debe tener el carácter de una tarea irrenunciable y de bienestar colectivo. Corresponde al justo ejercicio de un derecho. La comunidad participante es un factor de freno y encauce en esta época de crisis. **“No se puede admitir que solo las leyes del mercado, determinan los salarios mínimos y las condiciones laborales (Gómez, 268)**

Concl

Un proyecto alternativo y humanista de globalización

“La realización de este proyecto implica construir un sistema político global, que no esté al servicio del mercado global, sino que defina sus parámetros, tal como el Estado-Nación representó históricamente el marco del mercado nacional y no su mera área pasiva de desarrollo. (Samir Amín, 175)

III. ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN COSTA RICA



Valorar las características de la participación social puesta en función

Un medio importante para alcanzar el objetivo señalado, consiste en verificar en la publicación costarricense “**Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible**” el funcionamiento de la participación social en nuestro país. Este informe se publica anualmente desde 1994. Es este un valioso documento que nos presenta antecedentes confiables en relación con el fenómeno en análisis.

Por otro lado se toma en cuenta en este apartado algunos documentos oficiales de la CCSS tal y como se especifica en los puntos señalados.

A. AÑO 1994⁸

Como resultado de la orientación económica de las políticas de desarrollo de Costa Rica, la racionalización del gasto público y otras medidas de similares alcances, como la devaluación monetaria, afectaron negativamente las políticas de inversión, particularmente en las instituciones de bienestar y asistencia social. Lo que implica que se redujo la calidad y cobertura de los servicios de atención al usuario.



- El comportamiento del gasto social, en el conjunto del sector público tuvo un comportamiento inestable, hasta alcanzar un 55% en 1992 en comparación con el 62% de 1987.
- El gasto social **per cápita** presentó un fenómeno similar.
- En materia de salud el gasto social alcanzó (en millones de bienes) de 1966 a 173,8 y en 1992 a 154,9 (p.66)

⁸ Fuente: Informe No. 1, **Estado de la Nación**, 1994

1. Aumento de la pobreza

Los sectores ubicados en la base de la pirámide social sufrieron empobrecimiento y diferenciación social. Hubo preocupación gubernamental en este aspecto. Como resultado los EB AIS se crearon en 1994. (p.68).

2. Participación social y pobreza

Se fomentó la participación social, mediante el **Plan Nacional de Combate a la Pobreza**. Se incorpora el **Programa de Desarrollo Local** que pretende estimular la intervención social en los planes de desarrollo comunal.

3. Participación en el Sector Salud

El Ministerio de Salud organizó los denominados “Diagnósticos Comunitarios” y participó, junto a la Caja Costarricense del Seguro Social, en la puesta en marcha de los EB AIS, que tienen entre sus metas propiciar la organización funcional del modelo de atención de la salud (p.68)

4. Otras posibilidades de participación comunitaria y las prestaciones que generan en algunos casos

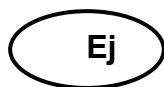
- El Ministerio de Desarrollo Rural impulsó los planes cantonales de desarrollo.
- Las comunidades han criticado, pues afirman que no hay participación real y que sus integrantes son cuando más, meros espectadores.
- En el sector municipal no ha existido o ha sido muy débil la **democracia participativa** y la descentralización municipal
- El régimen municipal atravesó por una gran crisis de desempeño y credibilidad
- Las municipalidades han carecido de la autonomía política y fiscal que les confiere de la ley. Dependen, cada vez más, de las transferencias y partidas específicas, lo que ha aumentado su desprestigio (p. 68)

Trabas a la plena participación social

En materia de participación social en la lucha contra la pobreza, prevaleció el verticalismo tradicional en las comisiones creadas, constituidas por funcionarios. Se dio escaso valor a la iniciativa, producto de la participación popular a nivel local (p. 71).

B. AÑO 1995 ⁹

Se advirtió en este año en la comunidad nacional una alta apatía hacia los asuntos públicos y cierta inclinación a soluciones individualistas frente a los problemas colectivos



Persisten las desigualdades en el grado de participación de las organizaciones sociales en la toma de decisiones nacionales. (p. 139)

1. Organizaciones comunales

El sector de organizaciones comunales que reúne a asociaciones de desarrollo comunal (1600 en todo el país) y las fuerzas vivas sin personería jurídica, tuvo un grado medio de efectividad.

Alcance de objetivos

Sus objetivos se alcanzaron apenas en cuestiones de tipo coyuntural.

Demandas del sector campesino

Fueron calificadas como no prioritarias por las autoridades de gobierno.

⁹ Fuente: Informe No. 2, **Estado de la Nación**, 1995

2. Medios institucionales de cogestión social

El gobierno habilitó este tipo de medios que participaron en la organización de foros educativos, comisiones cantonales de vivienda, con participación de grupos de base, gobiernos locales y otras fuerzas vivas de la comunidad. No está claro si en estas iniciativas no han prevalecido meros intereses clientelistas (p 142)

3. Plan de combate a la pobreza

Con escaso éxito se intentó organizar un plan tendiente a atender a las necesidades de las 16 comunidades consideradas por el gobierno como las más necesitadas.

Movimiento huelguístico y situaciones conflictivas de trabajadores

La masiva huelga de maestros y conflictos por problemas de salarios, pusieron en evidencia el escaso éxito gubernamental, no obstante sus intenciones de concertación nacional entre empresarios y sindicalistas durante el año anterior (p. 142).

4. Institucionalización de la participación en la gestión pública

No existieron intentos trascendentes por lograr la participación de sectores de la sociedad civil en la gestión pública.

Representación de los trabajadores y de los empresarios

Sólo aparece en las leyes constitutivas de la Caja Costarricense del Seguro Social (C.C.S.S), el Instituto Nacional de Aprendizaje y el Banco Popular.

Concl

En el sistema político costarricense, los medios institucionales para la participación de la sociedad civil en la gestión pública, continuaron siendo pocos y débiles.

En 1995, sólo existe tal tipo de participación en acciones concretas relativas a demandas reivindicativas antigubernamentales. Hay una fuerza participativa que no se aprovecha en la formulación de nuevas alternativas (p. 143)

5. Participación de la mujer

a. Planes existentes y su puesta en ejecución

Como parte del seguimiento de los acuerdos de la IV conferencia Mundial sobre la Mujer, se creó la Comisión de Mujer y Política.

Comisión de Mujer y Política

Realizó una tarea de incentivación del cumplimiento de las leyes existentes y de los acuerdos asumidos internacionalmente por el gobierno para dar más participación a la mujer en la elaboración de nuevas propuestas para que se logre mayor participación en las próximas elecciones nacionales.

Centro Mujer y Familia

Se propició la puesta en ejecución entre otros planes y programas específicos del **Centro Mujer y Familia**, los relativos a los planes nacionales y contra la pobreza, de **Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar**, de **Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres**, de **Promoción de Ciudadanía Activa de las Mujeres** y de **Coordinación de las Oficinas Ministeriales de la Mujer** (p. 143)

b. Participación real de las mujeres

En los hechos esta participación ha sido concentrada en los escalones inferiores de las organizaciones de la sociedad civil y desplazada a los centros de poder menos visibles y menos valorados socialmente.

Participación limitada de la mujer

Son mujeres solo el 15% de los diputados y el 9.5% de los ministros

C. AÑO 1996¹⁰

1. Participación ciudadana

Durante este año hubo formas de participación social que revelarán interés de parte de la autoridad gubernamental por incorporar a los costarricenses a la búsqueda de soluciones a sus problemas (p 156)

a. En Hatillo

Se desarrolla un programa de seguridad comunitaria. Se han constituido Comités de Seguridad y Vigilancia integrados por vecinos y organizaciones de base, bajo la dirección de la comandancia policial.

b. En Desamparados, Limón y Puntarenas

Hay proyectos de planificación participativa, lo mismo en los cantones centrales de Limón y Puntarenas.

c. En Grecia

Se ha iniciado un plan de ordenamiento territorial, impulsado por la Universidad de Costa Rica y la Municipalidad del lugar. Se ha vinculado a distintos sectores de la comunidad en la elaboración diagnóstica.

d. En las 16 comunidades más vulnerables

En el marco del Programa que abarca a dichas comunidades que coordinaba la Primera Dama, se ha vinculado a los ciudadanos en el diagnóstico y ejecución de las soluciones a la problemática de la vivienda.

e. En otras comunidades

El MINAE creó mecanismos de gestión ambiental descentralizada, con participación de las comunidades, que propende la vigilancia y conservación de los recursos naturales. (Ibid)

¹⁰ Fuente: Informe No. 3, Estado de la Nación 1995

2. Situaciones ejemplares de participación social

Oficina Municipal de la Mujer

Algunas municipalidades realizaron en 1996 nuevas labores en su gestión, que contribuyeron a levantar la imagen del gobierno local entre los ciudadanos.

Ej

En Goicoechea se instaló en agosto de 1996 la primera Oficina Municipal de la Mujer, como iniciativa conjunta del Ejecutivo Municipal, el Despacho de la Primera Dama y el Centro de Mujer y Familia. Esta Oficina tiene a su cargo la promoción de los derechos de la mujer y la atención de casos de agresión (atienden un promedio de 15 a 20 casos diarios, a pesar de la limitación de recursos e instrumentos de que adolece) (Ibid)

Un ejemplo como el antes descrito, es digno de destacarse por cuanto hay detectadas graves limitaciones en mantener la gestión municipal en otros cantones, particularmente en materia de la asunción de nuevas responsabilidades.

Lesiones a los derechos ciudadanos

La Defensora de los Habitantes detectó 345 casos en que se lesionaban los derechos de los ciudadanos, en lo particular en materia de planificación territorial y mantenimiento de la infraestructura, violaciones a las leyes de construcción, irregularidades en el otorgamiento de patentes, etc.

Otras situaciones ejemplares

Municipalidades como las de Goicoechea, Moravia, Coronado, Montes de Oca y San Ramón, entre otras, se encuentran insertas en la Red de Cantones Saludables que auspician el Ministerio de Salud y la OPS (Ibid)

Ej

En el cantón de Montes de Oca se desarrollaron proyectos para mejorar las condiciones de salud cantonales y se programaron jornadas de salud para atender sin costo alguno a la población cantonal (p. 157)

Concl

La participación ciudadana se ha promovido por parte del Estado para manejar situaciones conflictivas, en conjunto con las comunidades; no obstante, no ha habido un aumento en la capacidad de negociación y diálogo de los actores comunales con los gubernamentales, lo que produjo una mayor polarización de las fuerzas sociales.

En el caso de la seguridad ciudadana, se ha puesto de manifiesto un intento para desarrollar logros de cooperación y trabajo en equipo en la comunidad organizada de Hatillo.

Ej

En 1996 se puso en marcha en Hatillo un plan piloto de policía comunitaria (mil habitantes) Las organizaciones comunales apoyan a las autoridades policiales en materia de prevención e información.

Se ha creado un Consejo de Vigilancia y Seguridad Comunitaria integrado por **Asociaciones de Desarrollo, Salud, Educación, Municipalidad, Iglesia Católica y Comandante de la Séptima Comisaria.**

Se cuenta con servicios de patrullaje en vehículo y pedestre.

Como resultado palpable, se ha advertido una disminución de la criminalidad y han aumentado los niveles de confianza en la autoridad. (p. 158)

3. Inexistencia de participación social en la gestión local.

En el caso del presupuesto del Gobierno Central, su decisión y aprobación (Asamblea Legislativa) es “a puerta cerrada”, ya que se excluye a la ciudadanía. No existe ningún mecanismo de control político.

Una escasa participación se consigue a través de audiencias convocadas por el legislativo. Lo mismo sucede en el trámite de los presupuestos municipales.

Ej

Asuntos decisivos como la equidad en materia de distribución de los aportes tributarios y los gastos públicos, se resuelven por círculos restringidos de políticos y funcionarios públicos.

Desconocimiento gubernamental de ciertas organizaciones representativas

Aunque el Estado no se opone a ciertas formas de organización (de discapacitados, de indígenas, de mujeres organizadas, en general no reconoce las demandas respectivas, con excepción de las organizaciones capaces de demostrar de manera efectiva su capacidad de influencia (p 161)

4. Balance para 1996 respecto de la participación

a. Indígenas

No se resolvieron demandas planteadas por los representantes de Talamanca

b. Sindicatos

Este sector exhibe en escaso poder de influencia en muchas de las políticas gubernamentales.

c. Mujeres

Se advierte gran promoción y ejecución de planes gubernamentales en torno de ellas, a pesar de ello no se logra que el gobierno promueva iniciativas de mejoramiento respecto de su situación de discriminación estructural.

d. Discapacitados

Se aprobó una ley que los beneficia. Hay acciones concretas de parte del Ministerio de Educación del Ministerio de Obras Públicas y Transporte (pp 161-162)

D. AÑO 1997¹¹

1. Participación social en asuntos de interés público

Una nueva ley hace dar un vuelco decisivo al asunto antes descrito al cambiarse la denominación de **ejecutivos municipales** por **alcaldes municipales** y establecer nuevas figuras como el **referendo**.

¹¹ Fuente: Informe No. 4, **Estado de la Nación (1997)**

Ley No. 7794 (27 de abril, 1998)

Tiene mayor incidencia en la toma de decisiones cantonales, al establecer la elección directa de los **alcaldes municipales** y una redefinición de los consejos de distrito, que les otorga mayor incidencia en la toma de decisiones cantonales (p. 175)

2. Defensoría de los habitantes

La ciudadanía ha premiado con alto grado de respaldo a la Defensoría de los Habitantes, pues se confía en la identidad de sus miembros para contribuir a la resolución de los problemas que se les presentan.

3. Participación en ámbito regional y local

Se advierte mayor participación en el plano local que en el nacional. En este aspecto la ciudadanía se nota desarticulada, dispersa y con escasa capacidad interlocutora respecto del Estado.

En el plano local y regional

Hay voluntad por construir procedimientos de participación no tradicionales que revelan la aspiración de fortalecer una actitud más autónoma frente al Estado (p. 187)

Ej

Distintos esfuerzos por ampliar la descentralización institucional, no han logrado alcanzar el objetivo de unificar el esquema de regionalización. A pesar de ello, en Costa Rica se han dado en los últimos 25 años experiencias de regionalización para la atención del proceso específico. Un buen ejemplo es el ya referido de la ley No. 7794 que genera un nuevo código municipal que, además de lo precedentemente señalado, incorpora la nueva figura del **alcalde municipal**, en sustitución del **ejecutivo municipal** que es elegido y poder ser removido por participación popular (p. 187)

4. Participación de la mujer

Hubo evidente incumplimiento de la normativa sobre la participación de la mujer. No se respeta la disposición de la ley 7653 del 10 de diciembre de 1996, que reforma el código electoral y establece una autonomía del 40% de la participación femenina en las instancias partidarias de asambleas provinciales, cantonales y distritales y en los papeles para puestos de elección popular.

Esto ocurrió por una interpretación de la ley por el Tribunal Superior de Elecciones (TSE) que perjudicó a la representación de la mujer.

Los partidos mayoritarios también incumplen en el plano señalado (p. 187)

No obstante, según encuestas, un 83% de hombres y un 89.5% de mujeres consideran que es importante el incremento de participación de la mujer (Unimer, 1997), aclaran que la mujer es más humanista que el hombre, tiene mejor visión de los problemas y es más honesta. Otra encuesta detecta que algunos costarricenses estiman que la participación en política de la mujer puede inducirla a desatender el hogar y los hijos. (p. 201), es la **Encuesta Nacional de Masculinidad, Salud Reproductiva y Paternidad Responsable**. Se realizó en 1997. Participaron 1624 personas: 813 mujeres y 811 hombres. Más de la mitad opinan que es preferible que sean los hombres quienes actúen en política, pues si lo hacen las mujeres descuidan su hogar. Esto lo opinan mayormente las mujeres (p. 217) (Aunque este no es el tema central de este apartado, es importante mencionar, que la opinión y subjetividad expresada por los mujeres, en dicho tema, es producto de las condiciones históricas predominantes de subordinación social de la mujer)

Mientras, por un lado, la ley General de Protección a la Madre Adolescente garantiza los derechos de los sectores de las menores embarazadas, sin embargo, aún no legisla para establecer la paternidad responsable (p 219)

5. La Escuela de Salud Pública de la U.C.R. y la participación social

El Informe Estado de la Nación de 1997, da cuenta del esfuerzo conjunto del CENDEISSS y la Escuela de Salud Pública en el curso Especial de Posgrado Gestión Local de Salud, dado a partir del año indicado, informa que tuvo como propósito subsanar una serie de debilidades en la formación del personal de salud en campos como la gestión de servicios de atención integral y la participación social.

E. AÑO 1998

1. Creación de la Junta de Salud

En la Ley de desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS, N° 7852, se incluye la creación de las Juntas de Salud.

F. AÑO 1999

1. Reglamento de la Junta de Salud

En la sesión N°7322 de la Junta Directiva de la CCSS el 15 de abril de 1999, se aprueba el reglamento respectivo para fortalecer la participación ciudadana.

G. AÑO 2001

1. Requisito para los servicios de salud

En la sesión N° 7532, del 15 de marzo de 2001 la Junta Directiva de la CCSS, aprueba que será requisito en todos los establecimientos de salud la participación ciudadana para contribuir a la formulación de políticas.

H. FUNCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL FRENTE A LA CRISIS

1. Función de la participación social frente a la crisis.

Los sectores populares pueden tener en la movilización social y en la participación un agente poderoso que permita orientar adecuadamente los recursos que el Estado asigna a los distintos sectores que se preocupan de que la salud sea patrimonio de todos los costarricenses.

Con gran propiedad el Reglamento del Sistema Nacional de Salud fija el papel que corresponde a la participación de la comunidad en los incisos a y b del artículo 1º, capítulo I.

Propósito del sistema nacional de salud y participación comunitaria.

- a. “Garantizar a toda la población servicios integrales que permitan la **participación de la comunidad** en la determinación de necesidades y prioridades, orientación de recursos y control del uso de los mismos.
- b. Establecer y promover subsistemas y procesos administrativos para el manejo de los recursos del sistema en cada uno de los niveles de manera efectiva, eficiente, equitativa y participativa y **promover la participación de los otros sectores**, a fin de garantizar una disponibilidad suficiente y racional de las mismas.”

El Doctor Juan Jaramillo Antillón

ha señalado con visionaria perspectiva: “La **participación comunitaria** (...) (es) una estrategia complementaria indispensable y sin la cual no funcionaría la atención primaria de salud”. Así, a nivel mundial quedó establecido que había que buscar formulas satisfactorias en cada país o región para **involucrar a la comunidad organizada a participar en las acciones de salud**. Esto es básico, ya que el estado de salud de los individuos de una población no depende únicamente de un equilibrio de su medio interno, sino, también, de las referencias de su medio externo, como son los factores económicos, culturales geográficos y alimentarios que suelen estar presentes en la comunidad donde este actúa”.

“La comunidad debe participar en la gestión de la salud y la seguridad social para generar espíritu de responsabilidad social y convertir así el sistema de salud que estamos construyendo en patrimonio de todos” (pp 259-260)

Posición de la Defensoría de los habitantes respecto de la salud y la educación

Respecto de la salud indica: “La atención se esta privatizando de manera velada al contratar servicios privados cuando la C.C.S.S. esta en capacidad de brindarlos”

Respecto de la educación señala que: rechaza el cobro obligatorio de la matrícula y denuncia que el gobierno no gira el dinero suficiente para la apropiada operación de los centros educativos, lo cual repercute en la calidad de la educación.¹²

Concl

Participación Social y Salud

“Muchos padecimientos persisten porque la población tiene conductas contrarias a la salud y no aprovecha los servicios a su alcance; la posibilidad entonces de modificar, aunque sea parcialmente las condiciones existentes que existen y que, dependen de que se promuevan instancias de organización y participación, para que las personas, partiendo de su propio conocimiento de la salud, y enfermedad, de su experiencia y de sus condiciones concretas de salud, participen en su transformación”.

(Rodríguez, 291-292)

¹² Fuente: **La Nación** (Ibíd)

RESUMEN DE LA SEGUNDA UNIDAD

I. SUSTENTO SISTÉMICO DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

- A. Para contextualizar la participación social en relación con lo sistémico, se parte de la base de que todo sistema consta de tres elementos que lo constituyen. El **patrón sistémico** es el que se refiere a la **autorreferencialidad del sistema**; esto es, a su capacidad para **autoregularse, autosustentarse, autogenerarse**; es lo que corresponde a su **carácter aupoiético** (Maturana, Varela). Otro elemento del sistema es su estructura que dice relación con su **aspecto formal** en vinculación con su **funcionalidad**.

Por último, el sistema constituye un **proceso** expresado básicamente en su **interactividad, iteractividad y secuencialidad, dinamismo, sinergia y posibilidad de retroalimentación**. Puede concluirse, entonces, que la participación social es subsistémica dentro del sistema social y cultural de que forma parte. Esto es importante, porque si, en su análisis, se ha aislado la sociedad a la que pertenece de la situación política en que se encuentra, se corre el riesgo de desvirtuarla esencialmente.

- B. El contexto de la participación en análisis se da en el **campo de lo social** (instituciones sociales y culturales); **de lo político** (en conformidad con el tipo de régimen político en que se desarrolla); **de lo económico** (su papel se reorienta e incrementa en las sociedades en que, por ejemplo, el estado descuida su función social al amparo de una desviada percepción económica **de la relación costo beneficio**); **de lo histórico** (la participación social se da en el **espacio tiempo histórico**); de lo **científico y tecnológico** (sobre todo en relación con la RCT) y respecto de la **percepción entrópica** (desorden caos que, en conformidad con la dinámica social pueden tener aspectos positivos y negativos).

II. CONTEXTO HISTÓRICOSOCIAL DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

- A. La participación social se da en un contexto histórico diferente a cualquier época pasada. Por ello, conviene estudiar los rasgos principales de esta época que determinan la orientación y caracteres que tal participación debe tener.

- B. La Revolución Científica y Tecnológica (RCT), es producto de un desarrollo integrado de la ciencia y la tecnología que, en lo sustantivo, ha transformado en situaciones planetarias los fenómenos políticos, económicos sociales y, en general, culturales. Se asiste a una crisis del Estado Nación y las grandes decisiones se adoptan al margen de los gobiernos, pues, en la mayor parte de los casos, la historia actual se rige por las leyes del mercado a nivel internacional.
- C. La RCT, si se adopta este nombre, o época posmoderna o sociedad postindustrial, se caracteriza, pues, por el fenómeno denominada **globalización** en que, para un liberalismo de nuevo cuño o neoliberalismo ha caducado el Estado paternalista. Requiere el Estado de una reforma, de una “modernización” que delegue en la empresa privada muchas de las que fueron sus tareas de bien público, fundamentales particularmente en el campo de la salud y la educación.
- D. Sin embargo, la actual práctica histórica, especialmente en el campo de la prestación de servicios a los ciudadanos, en el campo de las obras y los servicios públicos como, en el caso de correos, electricidad, salud y educación, con demasiada frecuencia la empresa privada da muestras de ineficacia, ineficiencia y carencia de equidad por adscripción a una normativa asocial de la relación costo-beneficio.
- E. Producto de estas circunstancias y, frente al riesgo de dañar irremediablemente a los mas desposeídos y acrecentar, aun más, las riquezas de los pudientes, instituciones como el Banco Mundial, otrora fiel seguidor e impulsor de las políticas libremercadistas, deterministas y deshumanizadas hoy, en virtud del descenso de los índices de desarrollo humano, salud y educación, rescata y propicia las obligaciones sociales del Estado.
- F. La participación social en esta época de crisis adquiere cada vez, más relieve. La inserción de los miembros de las comunidades en los centros en que se generan y orientan servicios, como los de salud y educación, contribuyen a su reencauzamiento en beneficio de las mayorías.

III. **ALGUNAS CARACTERÍSTICAS DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN COSTA RICA**

1994

Por una disminución en el gasto público, para atemperar el déficit fiscal, se vieron afectadas negativamente las inversiones en las instituciones de bienestar y asistencia social y los sectores situados en la base de la pirámide social, sufrieron empobrecimiento.

Para combatir la pobreza, se generó un Plan Nacional que fomentó la participación social en los planos de desarrollo comunal. El Ministerio de Salud organizó los “Diagnósticos Comunitarios; la Caja Costarricense de Seguro Social, puso en marcha los EBAIS; el Ministerio de Desarrollo Rural impulsó los planes cantonales de desarrollo. Prevalció, en materia de participación social, el verticalismo clásico de las comisiones creadas.

1995.

Hubo apatía en la participación social. Las demandas del sector campesino fueron calificadas como no prioritarias por el gobierno.

Hubo medios institucionales de cogestión social, el gobierno habilitó las posibilidades de funcionamiento de foros educativos, comisiones cantonales y otros. Escaso éxito hubo en la negociación del combate a la pobreza.

Hubo movimientos sindicalistas y huelgas en contra de la política económica gubernamental.

No hubo intentos para lograr la participación social en la gestión pública.

En materia de la participación de la mujer, fue esta muy limitada. En la Asamblea Legislativa la representación femenina alcanzó el 10 %. Fue significativa la labor en pro de la participación femenina de la Comisión de Mujer y Política y en el Centro Mujer y Familia.

1996

Se advirtió mayor interés en las autoridades, para estimular la participación comunitaria, particularmente en Hatillo, Desamparados, Grecia, Limón y Puntarenas.

En relación con las 16 comunidades más vulnerables ha habido intentos auspiciosos por vincular a la comunidad la materia de diagnóstico y soluciones al problema de la vivienda.

Hubo, también, situaciones ejemplares de participación social. Un ejemplo importante es la instalación de la primera Oficina Municipal de Participación de la Mujer.

El aumento del estímulo a la participación ciudadana no ha estado aparejado con un aumento de la capacidad de negociación de los actores comunales con los gubernamentales, lo que polarizó, aun más, a las fuerzas sociales.

Ha habido, no obstante, el incremento de los lazos de cooperación en pro de la seguridad ciudadana, como es en el caso de Hatillo.

Respecto de la participación de sectores populares, como indígenas y sindicatos, no se satisfacen sus demandas. No hubo avances en materia relativa a discriminación estructural de las mujeres.

1997

Al establecer el referéndum, la nueva ley 7794 del 27 de abril de 1998, abre nuevas posibilidades en la participación social. Esto se reforzó al establecer la elección directa de los alcaldes municipales (antes ejecutivos municipales). Se advierte más participación en el plano local que en el nacional, en el que la ciudadanía está dispersa y con escasa capacidad interlocutora en relación con el Estado.

En relación de participación de la mujer no se respetó la normativa legal que establece una cuota mínima del 40% en ciertas instancias partidarias, ni en las papeletas para puestos de elección popular.

Se considera muy positivo el curso de Gestión Local de Salud con participación del CENDEISSS y la Universidad de Costa Rica. No obstante se plantea la limitación evaluativa de la labor de los EBAIS, la inexistencia de un registro centralizado, lo que impide tener certeza acerca de su impacto real.

1998 A 2001

La CCSS incorpora en la Ley de desconcentración las Juntas de Salud y aprueba el reglamento de estas para fortalecer la participación ciudadana en salud.

Por último se destaca la función de la participación social en la movilización de los diferentes sectores para hacer frente a las diferentes crisis y especialmente promover la construcción social de la salud.

TERCERA UNIDAD

PARTICIPACIÓN SOCIAL Y CONTEXTO JURÍDICO

Objetivo general de la tercera unidad

Funcionalizar y valorar los aspectos legales de la participación ciudadana

I. ASPECTOS JURÍDICOS DE LA PARTICIPACIÓN CIDADANA¹



Manejar el sustento legal de la participación para evidenciar sus posibilidades y vigencia

Participación ciudadana (Concepto)

Es el modo legítimo de actuar en democracia y su base de legitimación, de tal modo que no puede existir democracia y su respectivo reconocimiento. Por tal razón, y aún teniendo en cuenta que los representantes elegidos democráticamente son actores legítimos de la democracia, los ciudadanos deben estar presentes en los procesos de análisis, diseño, decisión, elaboración, gestión y ejecución de las acciones de gobierno en sus diferentes escalones en general y en particular en el campo municipal. (www.teleline.es)

A. NORMAS QUE CONTEMPLAN FORMAS DE PARTICIPACIÓN CIDADANA

La legislación vigente en nuestro país incluye una gran cantidad de normas que garantizan la participación ciudadana. A continuación se analizan, empezando por las disposiciones constitucionales.

1. Constitución política

El artículo 25 de la Constitución Política consagra la **libertad de asociación** como garantía para que el ciudadano pueda actuar en coordinación con otros seres humanos.

**Derecho de Asociación
(Artículo 25)**

“Los habitantes de la República tienen derecho de asociarse para fines lícitos. Nadie podrá ser obligado a formar parte de asociación alguna”.

2. Constitución política

La participación sólo se garantiza si a partir de la ley fundamental, se establecen las normas pertinentes. Los seres humanos tienen que poseer entre otras, las siguientes libertades y derechos.

a. Libertad de asociación

Al tiempo que cada ciudadano (a) tiene el libre derecho de asociarse con quien desee, no puede ser obligado a tener ninguna forma de asociación con quien su voluntad no se lo indique.

Artículo 27

“Los habitantes de la República tienen derecho a asociarse para fines lícitos. Nadie puede ser obligado a formar parte de asociación alguna.

b. Derecho de reunión

Los habitantes de la República tienen garantizado el derecho de reunirse donde lo deseen, tratándose de negocios privados o aun para discutir asuntos políticos, entre los que se incluye el “examinar la conducta pública de los funcionarios”.

Del mismo modo, las reuniones en recintos privados no necesitan de autorización previa, mientras que las que se realicen en recintos públicos serán reglamentados por la ley (artículo 26).

c. Libertad de petición

Individual o colectivamente se puede formular cualquier petición a funcionarios públicos o entidades oficiales. También se garantiza el derecho a obtener pronta resolución (artículo 27).

d. Libertad de opinión

Cada miembros de la Nación puede expresar libremente sus opiniones y nadie puede ser perseguido por ello. No obstante, no se puede hacer propaganda política por parte de clérigos y seculares “invocando motivos de religión o valiéndose como medio de creencias religiosas” (artículo 28)

e. Libertad de publicación

Todas las personas tienen la libertad de comunicar y publicar sus pensamientos de palabra o por escrito, por cierto que sin cometer abusos (artículo 29).

f. Libertad de información

Todos tiene libre acceso a los departamentos administrativos para informarse acerca de asuntos de interés público (artículo 3).

g. Igualdad ante la ley

Todo ser humano es igual ante la ley y no podrá ser objeto de discriminación alguna en contra de la dignidad humana. (artículo 33)

Concl

Todos los habitantes del territorio tienen por tanto, sin distinción de condición social, raza o religión el derecho de participar en los más variados aspectos de la realidad de la República de Costa Rica

Finalmente, el artículo 98 de la Constitución garantiza a todos el derecho a participar en política contingente en el seno de las agrupaciones partidarias creadas al efecto o bien contribuir a crearlas.

3. Declaración del Río sobre Ambiente y Desarrollo

En el principio 10 se habla de la participación como la mejor manera de tratar las cuestiones ambientales. En el plano nacional se debe garantizar a toda persona el acceso adecuado a la información ambiental por parte de las autoridades públicas. Los Estados deberán facilitar y fomentar la sensibilización y la participación de la población poniendo la información a su disposición.

4. Declaración sobre el derecho al desarrollo

En su artículo 1, se indica que el derecho al desarrollo es un derecho humano inalienable en virtud del cual todos los seres humanos y todos los pueblos están facultados para participar en desarrollo económico, social, cultural y político en el que puedan realizarse plenamente todos los derechos humanos y libertades fundamentales, a contribuir a ese desarrollo y su disfrute.

**El
derecho
humano al
desarrollo
implica**

La plena realización del derecho de los pueblos a la libre determinación, que incluye, con sujeción a las disposiciones pertinentes de ambos Pactos Internacionales de Derechos Humanos, el ejercicio de su derecho inalienable a la plena soberanía sobre todas sus riquezas y recursos naturales.

Por su parte, el artículo 2 establece que la persona humana es el sujeto central del desarrollo y debe ser participante activo y beneficiario de tal derecho.

**Participación
activa en el
desarrollo**

Los Estados tienen el derecho y el deber de formular políticas de desarrollo nacional adecuadas con el fin de mejorar constantemente el bienestar de la población entera y de todos los individuos sobre la base de su participación activa, libre y significativa en el desarrollo y en la equitativa distribución de los beneficios resultantes de este.

En el artículo 8 de esta Declaración se establece que deben adoptarse medidas eficaces, de parte de los Estados, para lograr la participación femenina.

**Participación de
la mujer**

La mujer debe participar activamente en el proceso de desarrollo, y los Estados deben alentar la participación popular en todas las esferas como factor importante para el desarrollo y para la plena realización de todos los derechos humanos.

5. Ley sobre Desarrollo de la Comunidad

Entre la legislación vigente, la Ley sobre Desarrollo de la Comunidad, No. 3859, es precisamente una de las regulaciones más claras sobre la promoción activa de las poblaciones en los programas de desarrollo económico y social; esto se realiza por medio de la creación de Asociaciones de Desarrollo Comunal.

Asociaciones de Desarrollo de la Comunidad

Las asociaciones de desarrollo de la comunidad son organismos comunitarios de primer grado, en su calidad de entidades de derecho privado, debido a esto. Estas asociaciones están autorizadas para realizar los planes necesarios para desarrollar social, económica y culturalmente a los habitantes del área en que conviven, esto lo pueden concretar colaborando con el gobierno, las municipalidades y cualquier organismo público y privado.

Objetivos de las Asociaciones de Desarrollo de la Comunidad

- Estimular la cooperación y participación activa y voluntaria de la población, en un esfuerzo total para el desarrollo económico, social y cultural de la comunidad.
- Luchar por el mejoramiento integral de las condiciones de vida de la población, organizando y coordinando los esfuerzos y habilidades de los habitantes de la zona respectiva.
- Realizar proyectos de educación, formación y capacitación comunitaria dentro de una estrategia de desarrollo socioeconómico y cultural.
- Llevar a cabo procesos de planificación comunitaria con una amplia participación de los vecinos en todas sus etapas.



- Promover el desarrollo de proyectos económicos y sociales, que faciliten el mejoramiento de las condiciones de vida de los vecinos, por medio del fomento de empresas productivas a nivel comunitario.
- Participar plenamente en los planes de desarrollo local, regional y nacional, coordinando su acción con las municipalidades, agencias del Estado y organismos internacionales, que faciliten el desarrollo de los distintos proyectos en la comunidad.
- Promover la participación de la población en organizaciones apropiadas para el desarrollo, tales como cooperativas, corporaciones, grupos juveniles, asociaciones cívicas y culturales, mutuales, fundaciones y otras de servicio a la comunidad.

B. PARTICIPACIÓN SOCIAL EN EL SEGURO DE SALUD

La Caja Costarricense de Seguro Social, aprobó en 1996, el reglamento del seguro de salud, como un documento que regula las condiciones básicas de la relación entre la institución y los asegurados, el cual en varios de sus capítulos, establece los conceptos y las condiciones en que debe ocurrir la participación social como parte del quehacer institucional.

1. Capítulos relacionados

a. Capítulo I

Incluye los principios generales y campos de aplicación, en su artículo 6°, considera a la participación social como elemento del principio de universalidad, y obliga al seguro de salud, a realizar una acción solidaria con la comunidad para su gestión y para la distribución de su patrimonio social.

b. Capítulo II

En el artículo 10 de definiciones y terminología, valida el concepto que, considera a la participación social en salud como el proceso que asume la salud como situación colectiva, para mantenerla, preservarla y mejorarla, lo cual implica que todos los miembros de la sociedad asuman la responsabilidad conjuntamente.

b. Capítulo III

Se refiere a la cobertura y prestaciones, en su artículo 55, incluye a la participación social como una prestación que la institución debe ofrecer, y que tiene como finalidad atender las necesidades de orden social de los asegurados. En su artículo 57, indica que la participación social debe fomentarse mediante la promoción y seguimiento de grupos comunales, para que contribuyan a mantener, preservar y mejorar la salud, asumiendo así una responsabilidad compartida entre todos los miembros de la sociedad.

2. Mecanismo de control social

Las Juntas de Salud son creadas por la Ley de Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social N° 7852, del 30 de noviembre de 1998, como entes auxiliares de los hospitales y las clínicas.

**a. 15 de abril,
1999
(Aprobación
Reglamento)**

La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en la sesión N° 7322, aprueba el Reglamento de las Juntas de Salud, considerando muy importante el fortalecimiento de la participación ciudadana, con el propósito de que las comunidades se involucren activamente, en el desarrollo de las actividades de estos centros de salud. (anexo No. 1 Reglamento de las Juntas de Salud)

b. Juntas de Salud (Definición)

Son entes auxiliares de los establecimientos de salud, nombradas por patronos, asegurados y asociaciones del área de atracción del centro de salud, para mejorar la atención de la salud, el desempeño administrativo y financiero, así como la promoción de la participación ciudadana. Son representantes de los usuarios del área de salud y deben fiscalizar el compromiso de gestión que esta ha asumido.

c. 15 de marzo, 2001 Participación Ciudadana

La Junta Directiva de la Caja, en su sesión N° 7532, del 15 de marzo del 2001, establece que las Juntas de Salud se convierten en el medio que permite, como requisito indispensable, en todos los establecimientos de servicios y en todas sus modalidades, la participación ciudadana, considerándolo un requisito democrático en la formación de las políticas que la institución defina en el campo de la salud.

d. 27 de mayo, 1999 Objetivo de las Juntas de Salud

En su sesión N° 7336, la Junta Directiva de la Caja, resuelve que las Juntas de Salud tienen como objetivo, facilitar e incentivar la participación de la sociedad civil en la identificación y solución de los problemas que enfrentan, así como fiscalizar los servicios que se brinden en las distintas comunidades del país, lo cual queda establecido como obligación de la Caja Costarricense de Seguro Social.

II. MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA



Detectar el funcionamiento de los distintos mecanismos de participación ciudadana, a fin de averiguar cuáles son las obligaciones de ciertas autoridades

Tales mecanismos son:

- A) La audiencia Pública
- B) El consejo de Distrito
- C) Las consultas a pueblos indígenas
- D) Otros mecanismos

A. AUDIENCIA PÚBLICA

La Audiencia Pública es un mecanismo de participación ciudadana cuyo objetivo básico es que la autoridad encargada de tomar una decisión administrativa o legislativa escuche las opiniones de todos los ciudadanos interesados en un tema particular, buscando comunes denominadores y llegando de este modo a la mejor decisión posible.

**Audiencia
Pública
(Concepto)**

Las audiencias públicas son mecanismos de consulta que permiten que el conocimiento teórico, la experiencia práctica y vivencial del conjunto de la población pueden servir a las autoridades en los procesos de toma de decisiones, con el objeto de contribuir al mejoramiento de las decisiones que se deban adoptar.

La **Audiencia Pública** es una reunión formal que crea obligaciones y genera responsabilidades. Es un encuentro circunscrito dentro de un procedimiento de toma de decisiones públicas. Una vez institucionalizado, su convocatoria puede ser obligatoria bajo determinadas circunstancias y la falta de celebración de éstas puede ser causa de nulidad de la decisión aprobada.

A través de este mecanismo participativo, se intenta involucrar a los destinatarios de una decisión en el proceso mismo de su diseño, logrando que la autoridad cuente con toda la información y puntos de vista existentes respecto del tema en cuestión, a fin de lograr una decisión de mayor legitimidad, mediante la más amplia publicidad y transparencia.

Resultados

Las opiniones vertidas durante el desarrollo de la audiencia tienen sólo carácter consultivo y, por lo tanto, no son vinculantes; esto es, el decisor no está obligado a seguir las propuestas presentadas en la audiencia. No obstante, la autoridad está obligada a fundar su decisión teniendo en cuenta las opiniones recogidas, aceptándolas o rechazándolas de acuerdo con su criterio. Por otro lado, todas las posiciones orientarán la decisión del funcionario que, a través, de la audiencia pública, entra en contacto directo con los intereses de los ciudadanos expresados en la audiencia pública.

Concl

La audiencia pública permite a los ciudadanos transmitir a las autoridades todas sus sugerencias, críticas y propuestas y, a su vez, el encargado de tomar la decisión conocerá de modo directo la posición de la población respecto del tema tratado.

1. Audiencia Pública en el campo ambiental

Ej.

Las audiencias públicas en el campo de la gestión ambiental se han convertido en un excelente espacio para que los ciudadanos, los vecinos, los ambientalistas, el sector privado, las instituciones técnicas y las autoridades administrativas tomen decisiones sobre temas específicos.

Audiencia pública y participación ciudadana

En una audiencia pública se pueden presentar las perspectivas tanto individuales, grupales o colectivas sobre el futuro de un recurso natural o del ambiente, que puede verse afectado por un proyecto de desarrollo.

2. Audiencias para evaluaciones del impacto ambiental

La Ley de Biodiversidad establece que la Secretaría Técnica Nacional debe solicitar evaluaciones de impacto ambiental a aquellos proyectos que se considere pueden afectar la biodiversidad.

Evaluación del impacto ambiental y normativa vigente

La evaluación se regirá por la normativa vigente, excepto en que esta Ley contempla la obligación de realizar audiencias públicas de información y análisis sobre el proyecto concreto y su impacto

B. CONCEJO DE DISTRITO

En el Código Municipal se contempla la participación de la ciudadanía al establecer que los Municipios están constituidos por el conjunto de vecinos residentes en un mismo cantón que promueven y administran sus propios intereses por medio del gobierno municipal.

Entre las atribuciones de las Municipalidades, se da la potestad que tiene el municipio para convocar a **consultas populares** a los habitantes del cantón.

Tipo de Consultas Populares

Las Municipalidades deben fomentar la participación activa, consciente y democrática del pueblo en las decisiones del gobierno local. Entre las atribuciones del Concejo Municipal está la de que debe acordarse la celebración de **plebiscitos, referendos y cabildos** de conformidad con el reglamento que se elaborará, con el asesoramiento del Tribunal Supremo de Elecciones. Para ello es preciso seguir en cuanto a la forma e implementación de estas consultas populares, lo preceptuado por la legislación electoral vigente.

El código Municipal establece las normas respectivas para garantizar la adecuada participación ciudadano.

Código Municipal (atribuciones)

Contempla la participación ciudadana por medio de las **elecciones populares** de algunos de los funcionarios de las Municipalidades. Asimismo, se puede convocar a los electores del cantón respectivo a un **plebiscito**, con el fin de decidir si se destituye o no al alcalde municipal. Establece que los miembros del Concejo de Distrito serán elegidos por elección popular.

En el artículo 57 se indican las funciones de los Concejos de Distrito y se establece que estos Concejos deben fomentar la participación activa, consciente y democrática de los vecinos en las decisiones de sus distritos.

Se ha enunciado una variedad muy amplia de funciones para los Concejos de Distrito en los diferentes Reglamentos que los Gobiernos Locales han emitido para el nombramiento y funcionamiento de estos Concejos.

Funciones del Consejo de Distrito

- Servir de órgano de enlace de la Municipalidad y las comunidades que representan.
- Ser órgano de colaboración de la Municipalidad.
- Fiscalizar las obras municipales que se efectúan en su distrito, e informar al Alcalde sobre estas.
- Elaborar anualmente una lista de las obras públicas distritales de más urgencia, para los efectos del artículo 116 del Código Municipal. Por medio de un análisis de la problemática del distrito, detallando sus prioridades para asignar los presupuestos a las prioridades establecidas.
- Recoger contribuciones o realizar ferias públicas, depositando en la Tesorería Nacional, de inmediato, los fondos recaudados. La Municipalidad deberá necesariamente dedicarlos a los fines que haya acordado el Concejo de distrito, siempre que estos respondan al cumplimiento de contrapartidas que afectan a los proyectos señalados por el Concejo de distrito.



Los Concejos de distrito estarán en capacidad de coordinar convenios entre la Municipalidad y las

Asociaciones de Desarrollo y otros organismos comunales con personería jurídica, los que deberán ser refrendados por el Concejo Municipal dentro de los treinta días naturales siguientes a la fecha en que se presentó a la Secretaría del Concejo.

- Colaborar con la municipalidad en la fiscalización de permisos de construcción, patentes y cualquier otro servicio que se presente en su distrito, promoviendo la sana recaudación de los ingresos y la justa prestación de los servicios.
- Colaborar en la actualización del índice de contribuyentes que afecta al impuesto de bienes inmuebles una vez al año.
- Coordinar con la administración Municipal la ejecución de las obras del distrito.
- Promover la organización de las comunidades en el distrito para que estas velen por los intereses de su comunidad.
- Promover la integración de comisiones de vecinos del distrito para que se encarguen de la atención de asuntos específicos que se les encomienden.
- Llevar en forma ordenada y conservar el buen estado los libros de actas, correspondencia y cualquier otro documento que pertenezca al Concejo de distrito.

C. CONCEJOS MUNICIPALES DE DISTRITO

Estos Concejos aparecen en el Título VIII, artículos desde 173 al 181, del Código Municipal. Estarán integrados por un número impar de miembros, con un mínimo de tres propietarios o un máximo de siete y sus respectivos suplentes, todos vecinos del distrito.

Para poder llegar a ser miembro del concejo municipal de distrito se deben llenar los requisitos indicados para los regidores en el Código Municipal, no obstante que la vecindad ha de ser la del distrito.

El Concejo Municipal de distrito es competente en las siguientes aspectos:

**Competencias
de los
Concejos
Municipales de
Distrito**

- Celebrar pactos, convenios o contratos con otros concejos municipales de distrito dentro y fuera de su cantón; además, con otras municipalidades, instituciones u organismos públicos.
- Dictar, respetando las directrices de la municipalidad, los reglamentos autónomos de organización y servicio, los cuales serán refrendados por ella.
- Proponer los presupuestos anuales al concejo municipal de su cantón.
- Convocar a consultas populares y fomentar la participación activa, consciente y democrática de los vecinos en las decisiones que afecten sus distritos.
- Fiscalizar el buen cumplimiento y la realización de las obras municipales de distrito.
- Coadyuvar con la municipalidad en el correcto desempeño de las funciones tributarias.
- Cuidar el ornato y la limpieza del distrito.

D. CONSULTAS A PUEBLOS INDÍGENAS

El Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) establece que se debe consultar a los pueblos interesados cuando se pretende enajenar sus tierras o transmitir sus derechos sobre estas tierras fuera de su comunidad.

Por otra parte, la Ley de Biodiversidad reconoce el derecho a que las comunidades locales y los pueblos indígenas se opongan al acceso a sus recursos y al conocimiento asociado, por motivos culturales, espirituales, sociales, económicos o de otra índole.

Concl

Esta Ley contempla la obligación de definir un proceso participativo con las comunidades indígenas y campesinas para determinar la naturaleza, los alcances y requisitos de estos derechos para su pautarlos definitivamente. Mediante el proceso participativo se determinará la forma en que el derecho intelectual comunitario **sui géneris** será utilizado y quien ejercerá su titularidad.

E. OTROS MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN E INSTANCIAS DE PROTECCIÓN Y DENUNCIA

Dichos mecanismos son:

1. Ley de Promoción de la Competencia y Defensoría del Consumidor
2. Ley de aguas
3. Otros recursos y acciones de Protección
4. Defensoría de los Habitantes

1. Ley de promoción de la competencia y defensa efectiva del consumidor

La ley establece entre los derechos del consumidor la garantía de tener acceso a una información, veraz y oportuna, sobre los diferentes bienes y servicios existentes, con especificación de cantidad, características, composición calidad y precio.

Otros derechos de los consumidores

Garantiza dicha ley el acceso efectivo a la tutela administrativa y judicial de los derechos del consumidor e intereses legítimos, que conduzcan a prevenir adecuadamente, sancionar y reparar con prontitud la lesión de éstos.

Establece también que los consumidores tienen derecho a recibir apoyo del Estado para formar grupos y organizaciones que los acojan y da la oportunidad de que sus opiniones sean escuchadas en los procesos de decisión que los afecten.

La ley contempla la legitimación procesal de las organizaciones de consumidores para iniciar, como parte o intervenir en calidad de coadyuvante, en los procedimientos ante la Comisión Nacional del Consumidor.

2. Ley de aguas

La Ley de Aguas considera a las “Sociedades de Usuarios”, que se podrán formar para el aprovechamiento colectivo de las aguas públicas y serán formadas por un número no menor de cinco socios, los cuales podrán ser propietarios o arrendatarios de tierras. Esta es una valiosa forma de participación social.

Lesión al usuario (artículo 179)

Da una forma de participación cuando permite que los que se consideren lesionados con la solicitud sobre aprovechamiento de aguas vivas, puedan presentar sus objeciones.

Inspectores cantonales de aguas (artículos 194 al 198)

Los Inspectores Cantonales de Aguas, que deberán ser mayores de edad y ciudadanos en ejercicio de probidad notoria, serán nombrados por el Ministerio del Ambiente y Energía, de una terna propuesta por la municipalidad respectiva.

3. Otros recursos y acciones de protección

Hemos reseñado las principales derechos y garantías individuales como los de asociación, de reunión de petición, de opinión, de publicación, de información, la igualdad ante la ley y la de agruparse políticamente. Todas estas garantizan las posibilidades de participación ciudadano.

Existen, además, ciertos recursos y acciones y organismos que hacen posible actuar frente a arbitrariedades o injusticias de parte de las autoridades.

Estos son:

- a. El recurso de “**habeas corpus**”
- b. El **recurso de amparo**
- c. La **acción de inconstitucionalidad**
- d. La **Defensoría de los Habitantes**

a. Recurso de habeas corpus (concepto)

Es el derecho del ciudadano (a) detenido (a) o preso (a), destinado a comparecer de inmediato y públicamente ante un juez o tribunal para que, oyéndolo, resuelva si su arresto fue o no legal y si debe levantarse o mantenerse.

La constitución Política garantiza este recurso para resguardar la integridad y libertad personales de los habitantes del territorio (artículo 48).

b. El recurso de amparo

Persigue mantener o restablecer el grado de los derechos y garantías individuales consagrados en la República de Costa Rica, así como los de carácter fundamental, establecidos en los instrumentos internacionales sobre derechos humanos aplicables en el país (artículo 48).

a¹ Procedencia del recurso de amparo

El recurso procede en contra de toda disposición, acuerdo o resolución y, en general contra de toda acción, omisión o simple actuación material, no fundada en un acto administrativo eficaz, de los servidores y órganos públicos, que haya violado, viole o amenace violar cualquiera de aquellos derechos.

b¹ Recurso de amparo: una posibilidad de todos

Cualquier persona puede interponer dicho recurso contra los servidores o titulares del órgano que aparezca como supuesto autor del daño o agravio o contra quien, como autoridad superior, es el responsable respectivo (artículo 33), Ley de Jurisdicción Constitucional (L. J. C).

c¹ Amparo referido al derecho de petición

Se entenderá que la violación del derecho de petición (artículo 27 de la Constitución) se produce una vez transcurridos diez días hábiles desde el momento en que se haya planteado una petición de pronta resolución y no hubiera plazo señalado para contestar y siempre que no se aduzcan razones para considerar insuficiente el plazo (artículo 32 L. J. C.)

d¹ Plazo para interponer el recurso

Puede ser en cualquier tiempo, mientras subsista la violación, amenaza, perturbación o extorsión y hasta después de dos meses de cesados totalmente sus efectos directos sobre el perjudicado (artículo 35, L. J. C)

Lo anterior no sucede en el caso de derechos puramente patrimoniales u otros cuya violación puede ser válidamente consentida. En tal caso, el recurso deberá interponerse dentro de los dos meses siguientes a la fecha en que el perjudicado tuvo noticia fehaciente de la violación y estuvo en posibilidad legal de interponer el recurso.

e¹ El recurso de amparo y los efectos de los cuerpos legales cuestionados

El hecho de interponer un recurso de amparo cuestionando ciertas leyes o bien otras disposiciones normativas, no suspende los efectos de estas a otras personas. Solo abarca al recurrente, así como a los actos impugnados (artículo 41, L. J. C)

En casos de excepcional gravedad

La Sala podrá disponer la ejecución o la continuidad de la ejecución, a solicitud de la Administración de la que dependa el funcionario u órgano demandado, o aun de oficio, cuando la suspensión cause o amenace causar daños o perjuicios ciertos e inminentes a los intereses públicos, mayores que los que la ejecución causaría al agraviado, mediante las cautelas que considere procedentes para proteger los derechos o libertades de este último y no hacer ilusorio el efecto de una eventual resolución del recurso a su favor (Ibíd)

La suspensión operará de pleno derecho, y se notificará sin demora al órgano o servidor contra quien se dirige el amparo, por la vía más expedita posible.

De igual modo, el Presidente o el Magistrado instructor podrán dictar cualquier medida de conservación o seguridad que la prudencia aconseje, para prevenir riesgos materiales o evitar que se produzcan otros daños, como consecuencia de los hechos realizados. Todo en conformidad con las circunstancias del caso.

La Sala podrá, por resolución fundada, hacer cesar en cualquier momento la autorización de ejecución o las otras medidas cautelares que se hubieren dictado (Ibid)

Antes de dictar sentencia

La Sala, para mejor proveer, podrá ordenar la práctica de cualquier otra diligencia (artículo 47, L. J. C.)

1. La Defensoría de los Habitantes

La Defensoría de los Habitantes (Definición)

Es una institución que protege los derechos e intereses de todas las personas que habitan en Costa Rica. Vela también por el buen funcionamiento de los servicios del sector público. Es un órgano adscrito al Poder Legislativo, con plena independencia funcional, administrativa y de criterio.

a. Principales funciones de la Defensoría

Protege los derechos e intereses de cada habitante frente a las actuaciones irregulares que cometen las instituciones públicas cuando brindan sus servicios. Para ello debe velar porque el funcionamiento del sector público se ajuste a la moral, la justicia, la Constitución Política, los convenios, los tratados y los pactos internacionales, las leyes y los principios generales del derecho. Tiene, también, el mandato de promover y divulgar los derechos de los habitantes de nuestro país.

b. Asuntos que pueden reclamarse ante la Defensoría

Los asuntos que competen a la Defensoría son todos aquellos que estén relacionados con el mal funcionamiento de los servicios que brindan las instituciones públicas. Sin embargo aquellos casos que estén a la espera de una resolución judicial no podrán ser investigados por dicho organismo.

c. Presentación de quejas ante la Defensoría

Puede hacerlo cualquier persona que habite en Costa Rica, sea:

- nacional o extranjera
- hombre o mujer
- mayor o menor de edad;

Hechos en que debe fundarse la presentación de quejas

Tales personas deben haber sido maltratados en alguno de sus derechos e intereses por el mal funcionamiento de una institución pública o sus funcionarios. También la Defensoría puede actuar cuando observe irregularidades, sin que necesariamente alguien tenga que poner queja.

d. Efectos de las recomendaciones de la Defensoría

Tienen un efecto, especialmente de control y presión moral sobre los funcionarios del Sector Público que actúan incorrectamente. En la actualidad las recomendaciones de la Defensoría no son vinculantes por lo que no es obligatorio que las instituciones del Estado que han sido declaradas responsables de algún hecho de los descritos son anterioridad cumplan con esas recomendaciones. Es facultad de cada institución acatar o no las recomendaciones emitidas por la Defensoría.

e. Caso en que las recomendaciones no son acatadas

En esos casos la Defensoría podrá recomendar sanciones contra los funcionarios o aconsejar su despido si es que las faltas por las cuales se les acusa se sigan cometiendo. La Ley de la Defensoría de la República, en relación con este tema dice a la letra: 1) Si en el ejercicio de sus funciones, la Defensoría de los Habitantes de la República, llega a tener conocimiento de la ilegalidad o arbitrariedad de una acción, debe recomendar y prevenir al órgano respectivo, la rectificación correspondiente, bajo apercibimientos de ley. Pero si considera que el hecho puede constituir delito, debe denunciarlo ante el Ministerio Público (artículo 14, inciso 2).

f. No acatamiento injustificado de las recomendaciones

El funcionamiento responsable puede ser objeto de una amonestación. En caso de incumplimiento reiterado de una recomendación, puede ser objeto de suspensión o despido.

CUARTA UNIDAD

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

Objetivo de la cuarta unidad

Conocer elementos conceptuales y prácticos de la participación comunitaria en salud

I. PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA EN LA PARTICIPACIÓN SOCIAL



Reconocer el concepto de planificación participativa en la participación social.

A. PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA (Concepto)

Proceso de planificación social mediante el cual se crea el futuro deseado en salud, a partir del conocimiento, análisis y transformación de la realidad local actual, con el aporte y la participación de todos los interesados e involucrados.

Este es un proceso que se fundamenta en una **concepción de planificación estratégica**, por tanto es descentralizado, dinámico y permanente. Se lleva a cabo por todos los actores clave en un proceso de construcción de salud. Se fundamenta y se compromete con una visión transformadora de la realidad.

B. PILARES DE LA PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA

- La democracia
- La participación social
- La equidad

La democracia es la forma de organización política que ofrece mejores condiciones para hacer planificación participativa sobre situaciones que afectan a la población.

La participación social es el proceso que permite la movilización, encuentro y negociación de los actores interesados y con responsabilidad en la situación que se quiere cambiar.

Finalmente, **la equidad** es el propósito más importante que orienta a la planificación participativa, permitiendo la atención particular a grupos poblacionales diferentes y la distribución adecuada de los recursos.

Concl

La **planificación local participativa** tiene presente **los factores sociales, políticos, culturales, físicos y administrativos** propios de un espacio poblacional; reconoce y armoniza los conflictos y las luchas de poder, buscando consenso en las metas, procedimientos y responsabilidades dirigidos al bienestar común.

Este tipo de planificación de la salud, debe acompañarse de acciones dirigidas a lograr la desconcentración, la descentralización, la intersectorialidad y la participación social, respaldadas en la planificación local, partiendo del Análisis de la Situación de Salud (ASÍS).

C. MOMENTOS DE LA PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA

- Conocimiento y priorización de los problemas de salud y sus determinantes con el aporte de todos.
- Análisis y definición conjunta de las posibles soluciones y acciones por realizar, estableciendo las debidas responsabilidades.
- Establecimiento de un sistema de control, seguimiento y evaluación de la experiencia.

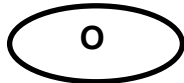
D. CARACTERÍSTICAS DE LA PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA

- Tiene en cuenta las posibilidades y potencialidades de los actores sociales para participar en la construcción de la salud.
- Se encuentra su interés en las necesidades y en los problemas de los grupos sociales de la comunidad.
- Es un proceso flexible.
- Constituye un medio de comunicación permanente entre los actores sociales.
- Activa la dinámica comunitaria y fortalece los procesos organizativos y de participación social.
- Conformar un proceso capacitante para todos que promueve el interaprendizaje.
- Define y establece mecanismos de responsabilidad, coordinación y control colectivo

Concl

La planificación participativa es el mecanismo básico con el cual el Equipo de Apoyo y el EBAIS, el Ministerio de Salud o cualquier otra institución u organización, participan e impulsan los procesos de participación social orientados al conocimiento, análisis y transformación de la realidad local.

II. GENERALIDADES SOBRE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD



Identificar el concepto de participación comunitaria y sus formas utilizadas en salud.

A. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

En las acciones necesarias para construir la salud, las expresiones PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y PARTICIPACIÓN SOCIAL, están íntimamente relacionadas y algunas veces se utilizan indistintamente, sin establecer diferencia entre estas.

1. Concepto de Participación Comunitaria en salud

Participación comunitaria en salud (Concepto) OPS/OMS

Es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, tendiente a mejorar la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario.

Participación Comunitaria (características)

Debe ser:

- Consciente
- Efectiva
- Activa
- Deliberada
- Sostenida
- Organizada
- Responsable

Estas características implican una **situación en la que las personas conocen bien el proceso del que están siendo parte** (consciente); **buscan el logro de resultados concretos** (efectiva); **constituyen novedad y son creativas en las acciones que realizan** (activa); **tales acciones tienen un propósito claro y conocido por todos** (deliberada); **buscan su continuidad y su permanencia** (sostenida); **se realiza según un plan de trabajo que define las condiciones del quehacer** (organizada); **su propósito busca el bien común y el cambio en ciertas condiciones específicas** (responsable).

En el proceso que implica la participación comunitaria es muy importante la **organización social** que la facilite. Esta debe acompañarse de acciones que promuevan la movilización de las personas y grupos en la comunidad y la educación de las personas que participan para facilitar la toma de conciencia respecto de las condiciones de la realidad que se desea cambiar. La comunidad debe ser sujeto de su propio desarrollo.

2. Formas de Participación Comunitaria en salud

Desde la perspectiva tradicional de las instituciones de salud, la participación comunitaria se refiere a la acción individual, familiar y de la comunidad para promover la salud, prevenir la enfermedad y detener su avance¹³.

Ej.

Acciones de los Grupos de Adolescentes, de los Grupos de Diabéticos o de los Comités de Salud, entre otros.

La participación comunitaria se realiza, generalmente, mediante una acción de voluntariado y de colaboración de los miembros de una comunidad. Para esto utilizan diferentes formas de organización denominadas según sea el objetivo que pretenden.

Ej.

- Comités de Salud
- Comités de Letrinas
- Comités de Nutrición
- Asociaciones de Salud

La experiencia habla de que la participación comunitaria ha sido parte de una relación muy utilitaria entre la población y las instituciones u organizaciones que se apoyan en ella. Ha perdido su expresión propia, y ha dejado de lado los intereses de la población para sumarse y ser parte, a veces solo como un recurso, de las instituciones u organizaciones.

¹³ OPS: Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. La Participación Social. HSD/SILOS-3. Washington. Setiembre 1990.

Lo anterior no niega, el valor y significado que, de todas formas, tiene este tipo de contribución. Generalmente, se conforman grupos que son apoyo fundamental para muchas acciones institucionales que benefician a la población y, además, son una referencia muy importante para todas las comunidades y actores en los procesos de participación social.

Concl

La participación comunitaria es un proceso colectivo de acción social que surge en diferentes comunidades con diferentes objetivos. Es una experiencia que asume sus propias particularidades según personas, instituciones y países.

Es importante reflexionar que la necesidad de participación, es un acto inherente al ser humano como ser social y, por tanto, es una necesidad que debe ser satisfecha en todos los escenarios sociales en que se desenvuelve. La posibilidad de ejercer la participación hace que el ambiente y el quehacer humano sea sano, justo, equitativo, y democrático.

III. PRÁCTICA DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD EN LA CCSS



Reconocer algunos aspectos fundamentales para facilitar el desarrollo de los procesos sociales.

A. LA PARTICIPACIÓN EN EL MODELO DE ATENCIÓN

En este país es reciente, la organización de un modelo de atención de salud en la Caja Costarricense de Seguro Social que asume como prioritario el primer nivel.

Este modelo se fundamenta en:

Los principios de **universalidad, solidaridad y equidad**. Propone la organización de equipos de apoyo por áreas de salud, que atienden sectores de población más reducidos mediante equipos básicos (EBAIS) interdisciplinarios.

Características del modelo

Se incluye la participación social que se tipifica como: **uso racional de servicios, participación en la gestión y autoresponsabilidad**. Como aspecto básico para su desarrollo propone que la **responsabilidad de la salud es de todos**, la promoción de grupos organizados para acciones de interés común y la importancia de involucrar a los actores sociales claves en el análisis de situación, programación y evaluación.

El modelo crea con las áreas, consejo de áreas y sectores de salud, el escenario propicio para realizar el proceso de participación social. Una oportunidad valiosa para plasmar e impulsar este proceso es el Análisis de la Situación de Salud (ASÍS), ya que por su medio se produce un aspecto del conocimiento que se requiere para realizar la planificación de las acciones de los servicios y las de salud colectiva.

Este nivel permite y facilita el contacto directo con la población, organizada o no, con diversas instituciones, organismos no gubernamentales y cualquier otro actor que puede estar involucrado. Además, se potencializa la capacidad de convocatoria y de movilización que ha demostrado tener el sector salud en este país.

El EBAIS puede por sí mismo, o participando en las iniciativas que el Ministerio de Salud, como organismo rector que es, involucrar a todos los grupos, organizaciones, instituciones y personas de su área al realizar el ASÍS conjuntamente, e iniciar una acción que requiere del esfuerzo y la participación de todos. Con esto se entiende que la salud es un producto social. En los otros niveles de atención (segundo y tercero), la participación es más indirecta y se da a través del quehacer de grupos organizados con objetivos muy específicos, o del trabajo voluntario de algunas personas y la oportunidad de participar en la toma de decisiones es menor. Actualmente, la conformación de las Juntas Hospitalarias, abre nuevas oportunidades en estos niveles.

B. CONDICIONES PARA LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

Con base en los conceptos e ideas expuestas, es claro que deben existir algunas condiciones básicas para desarrollar procesos de participación social en un área o sector de salud.

Condiciones para la participación Social

- Un área poblacional bien definida
- Demandas y ofertas para la salud (interés comunal)
- Diversidad de actores (población-instituciones Organizaciones – EBAIS-Equipo de apoyo).
- Espacios de encuentro para el intercambio a través del diálogo y el saber (foros, asambleas, reuniones periódicas)

Estas condiciones se convierten en la plataforma que permiten el desarrollo de procesos sociales que, a partir del intercambio y la toma de decisiones, promueven la planificación de acciones para la producción social de salud mediante procesos participativos.

Por esto:

La participación social debe facilitar el intercambio entre los actores sociales, la concertación y el compromiso de lograr acuerdos que propicien nuevas condiciones y el establecimiento de mecanismos para mejorar su cumplimiento.

C. EL PERSONAL DE SALUD Y LA PARTICIPACIÓN SOCIAL

Algunas acciones en salud del Estado Costarricense, han estado acompañados de procesos en que la población ha tenido participación significativa que se ha plasmado, principalmente, en labor voluntaria y de colaboración con las iniciativas institucionales.

La participación es una necesidad y una satisfacción del ser humano en todos los ámbitos de su vida. De esto no se puede excluir al funcionario de una institución y, menos aún, si se refiere al campo de la salud, por la misión humanitaria que cumple.

El equipo de apoyo y el EBAIS, integrado por personas que necesitan participar, pueden impulsar la participación social en los términos expresados. Para esto, se debe asumir conciencia del reto que tal hecho significa y tomar en cuenta algunas de las condiciones y las características que deben existir.

**Algunas
condiciones y
características
para los fun-
cionarios e
instituciones**

- Disposición y condiciones para el trabajo en equipo en el quehacer institucional.
- Posición más congruente y comprometida con la situación de salud de la población con la que se trabaja y sus necesidades.
- Trabajo conjunto con la comunidad, mediante proyectos de salud y de bienestar que logren objetivos comunes para ser efectivos en la función que el estado tiene con salud: planificación conjunta.
- Nuevo estilo de vida laboral y apertura institucional y personal del funcionario para escuchar a la población y actuar conjuntamente.
- Puesta al día en el conocimiento de metodologías participativas que faciliten el acercamiento con la población.
- Organización y capacitación para el fortalecimiento de grupos comunales.



- Desarrollo de la creatividad para elaborar técnicas y medios para la educación en salud de la población.
- Capacidad de análisis y evaluación sencilla, sistemática y participativa del desarrollo de lo propuesto.
- Disposición y acción al trabajo integrado con otros sectores de desarrollo, mediante el acercamiento sin barreras, a instituciones y funcionarios públicos y privados.
- Reconocimiento genuino del saber que la población tiene de su realidad. Desarrollo de la capacidad de compartir con ella los conocimientos técnicos que tienen los funcionarios.
- Búsqueda de los recursos disponibles, que no necesariamente tienen las instituciones y que se requieren para la solución de los problemas de salud.

Concl

La práctica de la participación social en la CCSS requiere de la creación de espacios permanentes o periódicos, para la deliberación y concertación; procesos de planificación participativa y del desarrollo constante de los recursos humanos, físicos, materiales y financieros.

Lograr la participación social en la producción de salud, es un reto que toca a todos y que no puede seguir limitándose al discurso. Debe concretarse mediante procesos participativos que aseguren una atención en salud más real y efectiva y la toma de conciencia que permita a las instituciones y a la población la promoción de la salud.

QUINTA UNIDAD

ELEMENTOS OPERATIVOS PARA LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA CCSS

Objetivo de la quinta unidad

Construir procesos que permitan la participación social en salud a nivel local, en la C.C.S.S.

I. METODOLOGÍA PARA LA PARTICIPACIÓN SOCIAL



Promover acciones que permitan el conocimiento y la organización de la comunidad para la construcción de la salud y para la planificación participativa.

Para desarrollar procesos de participación social en las áreas y sectores de salud, se proponen dos momentos estratégicos que permiten realizar las acciones requeridas para lograr la construcción social de salud en estos niveles locales.

Es, por tanto, obligación de la CCSS establecida en el reglamento del seguro de salud, fomentar los procesos de participación social para que los diferentes actores, y principalmente las personas que disfrutan del seguro de salud, se incorporen como corresponsables de la producción de su salud y de las comunidades.

La Caja Costarricense de Seguro Social, ha establecido los compromisos de gestión como un mecanismo que establece un convenio entre la Caja Costarricense de Seguro Social y las unidades que prestan servicios a la población. Es un contrato con el que se definen objetivos y metas que se deben alcanzar, y permite pactar los recursos que se requieren.

Ese compromiso obliga a las áreas de salud a negociar y firmar cada año ese contrato, el cual incluye diversidad de fichas que describen el compromiso asumido según las diferentes prestaciones o tareas.

A partir del año 2004, se incluye la ficha 101011 denominada Plan Estratégico Local de Servicios de Salud, que plantea la obligación en cada área de salud, de desarrollar un proceso de construcción y ejecución de un plan local que oriente la gestión de los recursos propios de acuerdo a las necesidades locales de salud. Este esfuerzo que esta a cargo del equipo del área y del EBAIS, debe ser desarrollado **con participación social**.

El contenido del presente apartado, pretende ofrecer elementos metodológicos que faciliten el desarrollo de procesos participativos para la elaboración del plan estratégico local, considerando los pasos y acciones básicas que deben realizar los equipos locales.

Momentos metodológicos de la Participación Social en el nivel Local

- A. Promoción y organización de la comunidad
- B. Acciones para la planificación participativa.

Esta propuesta plantea procesos que pueden ser desarrollados con diferente propósito, ya sea realizar el ASÍS desde la perspectiva institucional (C.C.S.S.) o en la acción que le compete al Ministerio de Salud asumiendo su función rectora, entre otros.

A. PROMOCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA COMUNIDAD

Promoción y organización (Concepto)

La promoción y la organización son acciones básicas que el equipo de salud, en el área o en el sector, realiza para establecer las condiciones de conocimiento, información y organización que se requieren como garantía de un proceso participativo más permanente en una comunidad.

La promoción y organización de la comunidad contempla un conjunto de acciones fundamentales que se enumeran y describen a continuación:

Acciones Fundamentales

1. Inserción en la comunidad
2. Identificación de actores sociales.
3. Organización de la comunidad para la salud.

1. Inserción en la comunidad

Colaborar en la construcción de salud, en una comunidad no significa solamente hacerse presente en ésta. La inserción es una acción muy importante de la que puede depender el éxito o fracaso de lo que se desea lograr, sobre todo si se está pensando en que la población participe.

La inserción adecuada en una comunidad de una área o sector, implica: **conocer a la gente y su realidad, ganarse la confianza de las personas, conocer la organización que existe y los problemas que vive la comunidad.**

La **inserción** se puede hacer de muchas maneras y el equipo de salud debe utilizar todas las oportunidades y mecanismos que se le faciliten y le

permitan un acercamiento con la población, con sus condiciones naturales de vida y con la situación de salud. Implica acercarse a la gente y a la zona donde se va a realizar el trabajo.

Esto significa:

- Adentrarse, poco a poco, y compartir actividades con la población
- Estar con la gente y hacerse presente en la comunidad.
- Conocer el ambiente, las costumbres, las creencias, los valores, la cultura.
- Compenetrarse de los problemas y las necesidades de las personas y de los grupos sociales.

Ej

Participar y promover reuniones de la municipalidad o de algunos grupos organizados en ferias, turnos, eventos religiosos y otros

Actividades que pueden realizarse:

- Visitar a personas y grupos, presentarse y explicar por qué se está en la comunidad.
- Participar en las actividades que se realicen.
- Hacerse ver, hacerse sentir, que le escuchen y escuchar (establecer diálogo).
- Conocer los aspectos más importantes de la comunidad.

Concl

La **inserción** se produce cuando se llega por primera vez a una comunidad en la que se va a trabajar, a la que interesa conocer y darse a conocer. **Es una acción permanente de involucramiento consciente en una comunidad.** Y esto requiere de propuestas conjuntas de trabajo, que deben partir del Análisis de la Situación de Salud de la comunidad (ASÍS).

2. Identificación de actores sociales

Para la identificación de las personas, grupos, instituciones y organizaciones con las que se va a trabajar, es necesario realizar dos actividades indispensables.

Actividades

- a) Inventario de actores
- b) Información y motivación

a) Inventario de actores

Esta actividad consiste en identificar en la comunidad quiénes son las personas, grupos e instituciones que pueden estar interesadas e involucradas en la transformación de la situación de salud.

**Tareas
reco-
mendadas:**

- Hacer un listado de personas, grupos, organizaciones e instituciones que deben participar.
- Realizar visitas, entrevistas, consulta de documentos y otros para identificar actores.
- Elaborar una “ficha” con datos de identificación para cada actor.

(FIGURA No.1)

FICHA DE ACTORES SOCIALES

Nombre: (grupo, individuo, institución) _____

Dirección: _____

Teléfono: (si lo tiene) _____ **Fax** _____

Responsable: _____

Cargo del Responsable: _____

Objetivo de la organización: _____

Labor que realiza: _____

Cada una de estas fichas (figura No.1), debe ser ordenada alfabéticamente e incluirse en un fichero que puede organizarse de manera que se asigne un espacio específico por los actores que constituyen grupos, organizaciones, instituciones y personas. Este inventario debe mantenerse actualizado para procurar la participación y permanencia durante el proceso de los actores sociales.

b) Información y Motivación

Corresponde, en este momento, informar a todos los actores identificados acerca del proceso de análisis e intervención en la situación de salud que se va a realizar y de la importancia de su participación, procurando que cada uno de ellos lo haga sistemáticamente en todo el proceso.

i. Tareas recomendadas

- Convocar las reuniones por escrito mediante circular que se entrega personalmente.
- Expresar en forma sencilla y concreta el objetivo de la convocatoria.
- Visitar previamente a los invitados a la reunión.

ii. Condiciones para una buena reunión comunitaria

- Establecer la fecha y hora con mucha anticipación y considerando las posibilidades de la comunidad
- Buscar el local adecuado
- Convocar a los participantes con mucha anticipación. Confirmar la asistencia antes de la reunión
- Auxiliarse con pizarras, pancartas, rotafolios y otros, si la situación lo amerita
- Ser puntual al iniciar la reunión de acuerdo con la hora a que se convocó
- Preparar una agenda con los asuntos por tratar y consultar con cada persona y grupo participante.



- Abrir la oportunidad para que todos participen y vigilar que sean concretos en sus intervenciones
- Conducir la reunión de acuerdo con lo planeado. No alargarla innecesariamente.
- No usar palabras o técnicas sofisticadas y dirigirse a todos los presentes cuando se habla
- Levantar un documento memoria (acta) de la reunión para hacer el seguimiento de los procesos. Es preciso distribuirla entre los interesados.

c) Técnicas para el Trabajo en Grupos

Técnicas (Concepto)

Son formas concretas de trabajos, mediante el uso de determinados recursos, instrumentos y materiales, para el logro del objetivo específico.

Las técnicas siempre se aplican dentro de un determinado proceso y facilitan el logro de los objetivos planteados. Para utilizarlas hay que conocerlas muy bien, saber para que sirven, cómo, cuándo y con quién deben aplicarse.

Tipos de Técnicas

- Técnicas vivenciales
- Técnicas con actuación
- Técnicas audiovisuales y auditivas
- Técnicas visuales (escritas y gráficos).

Antes de seleccionar la técnica debe tenerse claro el tema que se va a tratar, el objetivo y el grupo en el que la va a aplicar.

Criterios

- Dirigirse al logro de un objetivo preciso
- Conocer bien la técnica
- Saber aplicarla en el momento oportuno
- Reconocer las posibilidades y límites de la técnica.
- La aplicación de varias técnicas promueve en proceso profundo, ordenado y sistemático
- No son recetas

Concl

Los actores sociales (personas, grupos e instituciones) bien informados y motivados, garantizan en buena parte, el éxito de un proceso de participación social en un área o sector. Es responsabilidad del equipo de salud (Equipo de Rectoría, Equipo de apoyo o EBAIS), asegurar una buena labor en este sentido.

3. Organización de la comunidad en salud

Esta es una acción muy importante en este momento. La comunidad debe estar organizada y en condiciones que le permitan una participación permanente en el proceso de construcción social de salud. El equipo de salud debe velar porque esto ocurra y facilitarle esas condiciones a las personas, a los grupos comunales, organizaciones e instituciones que participen.

Es importante recordar, en relación con la organización, que en las comunidades, puede que existan o que no existan grupos organizados en salud. Esto hace necesario caracterizar la situación y actuar según sea el caso.

a) La Comunidad Organizada en Salud

En una comunidad que tiene grupos organizados que realizan acciones en salud, el equipo se aboca a identificarlos y a conocer de cerca su trabajo y la forma cómo lo hacen, con el propósito de apoyarlos y trabajar conjuntamente, si no lo están haciendo.

Ocurre algunas veces que esos grupos están teniendo problemas que afectan su trabajo. Es importante que el equipo de salud conozca esto y colabore para superar la situación.

La siguiente guía facilita el conocimiento de los grupos, así como la identificación de problemas cuando existen y el análisis de la situación específica para plantear acciones de apoyo

GUÍA PARA EL ANÁLISIS DEL GRUPO

A. Datos Generales

1). Nombre del Grupo

2). Lugar

3). Día y hora de reunión

4). Objetivo

5). Integrantes de la Junta Directiva



▲

Nombre	Cargo	Dirección/Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

B. Condiciones del Grupo

a). Tiempo de funcionamiento de la actual Junta Directiva _____

b). Período que dura la Junta Directiva _____

c). Años de existencia _____

d). Obras o proyectos realizados y en ejecución _____

e). Participación con el Sector Salud _____

f). Días de reunión _____

g). Valoración de la asistencia de sus integrantes _____

h). Relación con funcionarios de salud _____

i). Ingresos económicos que tiene el grupo y forma de administración (si es posible)

j). Limitaciones y necesidades del grupo _____

k). _____ Logros _____ del grupo _____

l). _____ Actividades _____ que realizan _____

C. Acciones por realizar con el grupo:

Nota: Para definir estas acciones, es preciso hacer la relación y análisis de la información que se obtiene del grupo, sacar las conclusiones que corresponden respecto de sus fortalezas y debilidades y plantear acciones de apoyo para mejorar su situación.

b) Comunidad no Organizada en Salud

Si la comunidad no tiene grupos organizados para participar en el proceso de construcción de Salud, el equipo debe promover su organización.

Acciones para formar un grupo:

- Identificar el objetivo que tendrá el grupo
- Identificar las personas en la comunidad que podrían colaborar.
- Visitar a esas personas y comentarles la idea
- Convocar a una reunión abierta y participativa, en un local adecuado (salón comunal, escuela, iglesia, otros).
- Formar el grupo por elección entre los presentes.

Una vez organizado el grupo, es importante orientarlo respecto de sus funciones y brindarle asesoría permanente para lograr un funcionamiento adecuado y sostenible. Es necesario prepararlo para que funcione solo, y evitar que sea dependiente de la institución. Es preciso aplicar la guía para el análisis de grupo periódicamente (al menos una vez al año).

Concl

La organización es un recurso primordial en una comunidad. Esto le da presencia y respaldo a sus habitantes. **El equipo de salud** debe apoyar y asesorar a los grupos que existen; de lo contrario, debe promover y facilitar su organización.

Res

En los **procesos de participación social**, la promoción y organización de la comunidad constituyen un momento muy importante. Ofrecen la base informativa organizativa que todo proceso participativo en una comunidad debe tener. Son un momento muy efectivo de contacto personal: la tarea está en insertarse en la comunidad, conocerla y apreciarla, identificar y conocer a todas las personas que puedan participar en el proceso, asegurarse que estén motivadas y bien informadas; listas para iniciar el proceso; es necesario conocer y asesorar a los grupos comunales organizados y organizarlos en caso contrario. Todo esto en conformidad con una concepción muy participativa.

B. FORMACIÓN DE LAS JUNTAS DE SALUD:

Tal y como se mencionó anteriormente, la CCSS, ha incorporado a las Juntas de Salud, como un elemento organizativo muy importante, que se convierte en auxiliar de los hospitales y de las clínicas, cuya conformación y funcionamiento, según lo establecido, requiere de una participación activa de los funcionarios de salud locales, además de que se convierte en una organización que se integra de manera significativa al quehacer institucional.

Para facilitar lo anterior, es importante mencionar algunos aspectos generales sobre las condiciones de organización y elección de las Juntas de Salud:

1. Integración

Las Juntas están integradas por un total de siete miembros, nombrados ad honorem en sus cargos por un período de dos años. Estos integrantes deberán ser dos representantes patronales, tres de los asegurados y dos de asociaciones prohospitales o proclínicas, todos deben habitar en el área de atracción del centro de salud respectivo. Sus integrantes deben ser mayores de edad, vivir en el área de atracción del centro de salud respectivo y tener disponibilidad de tiempo.

2. Elección

La elección y nombramiento de los miembros de las Juntas debe llevarse a cabo en los meses de setiembre, octubre y noviembre de cada año impar, el calendario debe ser aprobado por la Junta Directiva de la Institución. La vigencia del período de funcionamiento de los nuevos integrantes, se inicia en enero del año par.

Como parte del proceso de desconcentración, los centros de salud que no tengan la Junta de Salud elegida y funcionando, no podrán asumir su autonomía y personería jurídica.

Un documento indispensable que informa el detalle de este proceso, es el Reglamento de las Juntas de Salud que aprobó la Junta Directiva de la institución, el cual contiene mayor información sobre el funcionamiento y el proceso de elección de estas organizaciones, que se encuentra en el anexo.

C. ACCIONES PARA LA PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA

1. El **proceso de planificación participativa** en el nivel local exige el conocimiento y análisis de la situación de salud, para plantear acciones que la transforman, ejecutarlas y evaluar lo logrado con base en los productos que se obtengan.

Acciones para la Planifica- ción Partici- pativa

1. Análisis de la Situación de Salud
2. Planeamiento
3. Ejecución
4. Evaluación

2. **El Plan Estratégico Local**, según lo que plantea la ficha del compromiso de gestión, debe ser el producto de un proceso de planificación participativa, para lo cual es necesario considerar cada uno de los pasos metodológicos y de las acciones que se describen a continuación, adecuándolo a las condiciones propias de cada área de salud.

3. Análisis de la Situación de Salud (ASIS)

Identificados, informados y motivados los actores sociales, se procede a **convocarlos** y a movilizarlos para concentrarlos en el **análisis** de su realidad en salud, tratando de incrementar ese conocimiento a nivel local.

En este momento, la comunidad, los grupos, las organizaciones y las instituciones, se abocan al conocimiento y el análisis de la realidad de salud respecto de la que se va a actuar. Se comparte el **conocimiento técnico** de los funcionarios y **el popular** (vivencial) de la población y se priorizan los problemas identificados.

Es importante aclarar que las acciones que se plantean aquí son útiles para el análisis de diferentes situaciones, en momentos y circunstancias distintas. Sin embargo, interesa especialmente, hacer referencia al Análisis de Situación de Salud (ASÍS), por ser una actividad muy importante dentro del proceso de atención e intervención que se plantea para los Equipos de Apoyo y los Equipos Básicos de Atención Integral en el Modelo Readeecuado de Atención.

Para esto:

Es necesario crear espacios permanentes o periódicos, que permitan el acercamiento entre instituciones y la comunidad, y al mismo tiempo promover las condiciones necesarias para discutir y analizar las situaciones en igualdad de condiciones.

Existe gran variedad de técnicas que pueden utilizarse para facilitar esta situación. Lo importante es que estas sean ágiles, sencillas y muy participativas.

Ej.

Reuniones, asambleas, talleres, seminarios y otras actividades

Concl

Se crea un espacio común para conocer y analizar la situación de salud de la localidad. Se identifican, analizan y priorizan los principales problemas, mediante un consenso dado por el aporte de todos.

**Actividades
para el
Análisis**

- a) Convocatoria
- b) Taller de análisis

a) Convocatoria

La convocatoria busca asegurar la presencia de todos los actores interesados e involucrados en el análisis de la realidad específica sobre la que se quiere intervenir.

**La convocatoria
debe ser:**

- Oportuna, clara y directa
- Anticipada
- Dirigirse a las personas que corresponda
- Escrita y entregada personalmente

b) Taller del Análisis

Al hablar de esta actividad, se está pensando en la realización de una reunión, taller o seminario cuyo propósito es el de mejorar el conocimiento de la Situación de Salud, con la participación de todos los actores sociales identificados y convocados. Se espera construir, analizar e interpretar los factores que limitan y favorecen la situación de salud local.

La labor de análisis puede hacerse en pequeños grupos primero, para luego en plenaria, compartir las propuestas, presentando los problemas identificados con sus posibles causas determinantes y soluciones.

Problema	Causa	Efecto	Solución
----------	-------	--------	----------

Guía para el análisis o explicación del problema

	(Explicación)	(Consecuencia)	(Intervención)

En el plenario, por consenso, se discute y decide cuáles problemas son de más interés para la comunidad. Esta priorización puede hacerse considerando lo importante y lo necesario en la vida cotidiana, a partir de la relación que se haga entre los problemas y entre estas y sus causas o explicaciones.

Es importante:

- Qué la mayoría esté de acuerdo con la priorización de los problemas.
- Que haya seguridad y consenso en la forma de enfrentarlos.

Res

El ASÍS participativo es un producto muy importante de la participación social en salud. Identifica la realidad local con sus necesidades y sus problemas más importantes. Este es el momento de integrar el conocimiento técnico y el popular, permite un conocimiento más real de la situación de salud. Se crea el momento y el espacio para este intercambio y para asegurar un proceso muy participativo en la comunidad. Puede efectuarse utilizando técnicas que garanticen el producto esperado, con participación activa, consciente y de mucho interaprendizaje entre los actores. Se comparten opiniones y experiencias para el análisis, interpretación, negociación y toma de decisiones sobre la situación de salud.

2. Planeamiento

Los elementos que ha dado el ASÍS participativo permiten iniciar la búsqueda de formas de intervención para superar los problemas que se han identificado como prioritarios, considerando los recursos comunales, institucionales y otros de que se disponga. Para esto es necesario elaborar **un Plan de Acción**.

Tales formas de intervención pueden en este momento plantearse por dos vías, **la programación institucional propiamente dicha, respaldada en los instrumentos y procedimientos definidos y la programación que se establece a partir de los problemas identificados y sobre la base del proceso de participación social que aquí se propone.**

La primera, corresponde a la programación institucional tratada esta misma serie de módulo, en el de “Planificación Estratégica en los Servicios de Salud”. Este es un proceso que puede hacerse desde una perspectiva meramente institucional, con poca o ninguna participación de otros actores interesados e involucrados y, fundamentalmente, para asignar los recursos de que se dispone; o puede realizarse dando apertura al procedimiento, convocando y participando a otros actores sociales, mediante procesos de movilización y concertación como el que propone al presente Módulo.

Sin embargo, sea cual fuere el procedimiento de programación que se utilice, al realizar el ASÍS respaldado en un proceso de planificación participativa, resulta una programación muy importante y estratégica que, generalmente, responde más a las necesidades locales, y da como resultado proyectos de orientación comunal, en el sentido de que atienden la problemática que no esta considerada en la programación institucional.

Con esto se establece una diferenciación importante en “las programaciones” orientadas a la realidad local que expuso el ASÍS, las cuales son complementarias y no excluyentes. Una apoya y amplía a la otra y ambas buscan mejorar la situación de salud del área o sector. Esto puede ser aplicado al proceso de planeamiento que realiza el Ministerio de Salud como rector.

Esta diferenciación se plantea al considerar que la mayoría de las veces, la programación institucional presenta algunas limitaciones para realizarla,

a partir de procesos de participación social que involucran a muchos actores. Cuando esto ocurre, existe la posibilidad de concretar la programación participativa y obtener, finalmente, una respuesta más amplia con una visión muy local. Esto permite una mejor identificación y aprovechamiento de los recursos y, probablemente, una respuesta más efectiva a las necesidades locales.

a) El plan de acción:

Sigue al ASÍS participativo y debe contener las estrategias de intervención sobre los problemas identificados y priorizados, definiendo lo que hay que hacer, cuándo hacerlo, cómo hacerlo, quién lo va hacer y qué se necesita para lograrlo.

b) El Plan de Acción responde a:

¿Para qué?	Objetivos
¿Qué?	Actividades
¿Cómo?	Metodología
¿Quién?	Responsable
¿Cuándo?	Tiempo
¿Con qué?	Recursos

El planeamiento como proceso participativo, implica la elaboración conjunta del plan. Hay que establecer un momento y un espacio que permita esa reunión, para superar los problemas de manera organizada y efectiva.

c) Actividad para el planeamiento:

- a¹. Convocatoria
- b¹. Definición de intervenciones o Acciones por realizar.
- c¹. Identificación de Recursos

a¹ Convocatoria

Para lograr el plan, se convoca nuevamente a las personas que participaron en la elaboración del diagnóstico, para que juntas puedan planear el abordaje que van a hacer en la realidad que han caracterizado trabajando, principalmente, los problemas priorizados.

En esta convocatoria se consideran los mismos aspectos que se han descrito anteriormente, para conseguir el propósito que se persigue en las mejores condiciones.

b¹ Definición de intervenciones o acciones por realizar

Esta actividad también se refiere a una reunión taller o seminario que se realiza con el objetivo de planear, asegurando la participación y el compromiso de todos los involucrados. Se sugiere el siguiente procedimiento para conducir este momento:

Ej.

<p><u>Actividad:</u> Taller (Seminario) de planeamiento</p> <p><u>Objetivo:</u> Elaborar un Plan de Acción para enfrentar los principales problemas de salud que se identifican y analizan con el ASÍS</p> <p><u>Fecha:</u> La que se defina</p> <p><u>Horario:</u> 8:00 a.m. a 4:00 p.m.</p> <p><u>Programa:</u></p> <p>8:00 - 8:30 a.m. Inscripción de los participantes. 8:30 - 9:00 a.m. Saludo y bienvenida. Inauguración. 9:00 - 10:00 a.m. Exposición: Presentación de los resultados del ASÍS 10:00 - 10:30 a.m. Receso</p> <p>10:30 - 12:00 m. Trabajo en Grupo: Elaboración del Plan de Acción.</p> <p>12:00 - 1:00 p.m. Almuerzo. 1:00 - 2:00 p.m. Trabajo en grupo (continuación). 2:00 - 2:30 p.m. Receso 2:30 - 4:00 p.m. Plenario. Presentación del Trabajo de los grupos. 4:00 p.m. Clausura. Despedida.</p>

Organización del trabajo de grupos en el taller

Durante la actividad se propone lo siguiente:

- Dividir el total de participantes en pequeños grupos (preferiblemente que no sean más de 7 personas en cada uno al azar o por su relación con el tema).
- Entregar o explicar a cada subgrupo las indicaciones sobre el trabajo por realizar:

- Considerando la prioridad que se ha dado a los problemas y necesidades, es preciso indicar la solución o soluciones, que puedan tener en una comunidad.

Se recomienda anotarlos en un cuadro similar al siguiente:

PROBLEMA	CAUSA (Explicación)	EFEECTO (Consecuencias)	SOLUCIÓN (Intervención)
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Programación

Con base en el cuadro anterior, para cada problema es preciso definir los aspectos que contiene el siguiente cuadro:

PROBLEMA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TIEMPO	RECURSOS	RESPONSABLES
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

Es necesario preparar la información para presentarla al resto del grupo en el momento oportuno.

c¹. Identificación de recursos

Con base en el plan y de acuerdo con los recursos identificados, es necesario dedicar un tiempo especial a la **búsqueda de los recursos**, para asegurar el cumplimiento efectivo de lo planeado.

Esto obedece a que no siempre se cuenta con todos los recursos en la comunidad y habrá que hacer algunas gestiones para localizar posibles fuentes y concretar el apoyo que se requiera.

Es importante recordar que no siempre el recurso que se precisa es de origen financiero y que pueden existir muchas formas de localizarlo. El asunto está en saber identificar la posible fuente y hacer el contacto adecuadamente.

- Realizar un inventario de posibles fuentes, elaborando

**Procedimiento
para identificar
recursos**

- un listado de instituciones, organizaciones y otros.
- De cada una de esas fuentes debe obtenerse la siguiente información y ponerla en una tarjeta:
 - Nombre
 - dirección
 - teléfono (si lo tiene)
 - persona para contactar
 - recurso disponible
 - procedimiento de solicitud
- Ordenar alfabéticamente en un fichero

Es recomendable realizar una reunión con los posibles donantes y colaboradores, según la lista, para presentarles el Plan de Acción, tratar de concretar su aporte y definir con ellos el procedimiento para canalizar el recurso.

3. Ejecución

Para lograr buenos resultados, en la ejecución del Plan de Acción, es necesario que el equipo de salud se prepare adecuadamente para las tareas que debe emprender.

**Todos
deben:**

- Conocer muy bien el plan
- Tener claridad de lo que se debe hacer para realizarlo
- Saber cuándo hay que ponerlo en ejecución
- Tener bien identificados a los responsables de su puesta en práctica.

El grupo puede optar por diferentes formas de organización para realizar el plan. De acuerdo con la asignación de responsabilidades que se ha hecho, algunas las realizarán personas solas, otras estarán a cargo de grupos, instituciones u organizaciones específicas y, en otras ocasiones, podrán crearse pequeños grupos de trabajo o comisiones específicas. Establecer plazos o fechas para presentar resultados, es la mejor manera de asegurar el cumplimiento del plan. Se requiere de una constante vigilancia de lo que se está haciendo y esto es responsabilidad de todos los involucrados.

4. Evaluación

**Evaluación
(concepto)**

Es el proceso de análisis que permite verificar el logro de los objetivos que se han planteado. Es decir, debe confrontarse lo realizado, y lo logrado con lo planeado para identificar logros y producto del proceso.

El resultado de ese análisis debe conducir a realizar los cambios y ajustes que sean necesarios para corregir las omisiones, rectificaciones, etc., de las acciones para mantener los logros. La evaluación es sistemática, activa y permanente y está presente en el desarrollo de toda la experiencia. Sin embargo, es recomendable llevar a cabo un monitoreo del proceso durante la ejecución del plan y tratar de valorar lo realizado.

**a) Acciones
para la
Evaluación:**

- Convocatoria.
- Taller de Evaluación.

**b) Procedi-
miento
para
Evaluar:**

- Analizar y determinar si se cumplieron los objetivos
- Identificar el producto que se obtuvo en los distintos momentos
- Valorar lo logrado con las expectativas
- Identificar a las personas, grupos e instituciones que participaron. Determinar si estuvieron los que debían. Indicar las causas de las respectivas presencias e inasistencias.
- Determinar si el plan de acción respondió a los problemas identificados y ¿por qué?
- Determinar si se llevó a cabo lo planeado o no y ¿por qué? ¿Se cumplieron los objetivos?
- Otros aspectos no incluidos
- Recomendaciones y ajustes

Es importante crear un espacio para la evaluación mediante la realización de una actividad específica (reunión, taller). El objetivo de esta debe ser evaluar lo realizado, determinar logros y realizar fallas sobre el proceso, para realizar los cambios necesarios.

Res

La planificación participativa es un proceso que permite conocer una realidad y actuar sobre esta, a todos los actores sociales (personas, grupos, instituciones), que se relacionan con ella.

En este sentido es importante concretar acciones para conocer y analizar la situación de salud, elaborar un plan de acción para actuar, ejecutar las acciones responsable y organizadamente y considerar el momento de evaluar lo realizado, para identificar los logros y definir las acciones que corrijan las fallas que se han identificado. Es un proceso de todos y por todos.

RESUMEN DE LA QUINTA UNIDAD

La quinta unidad ofrece elementos que buscan facilitar el desarrollo de procesos de participación social a nivel local en la C.C.S.S., especialmente en el escenario en que se desempeña un EBAIS.

Se plantean dos momentos

1. Promoción y organización de la comunidad
2. Acciones para la planificación participativa.

Cada una de estos componentes contiene acciones fundamentales, las cuales al desarrollarse dan oportunidad para crear procesos de participación social, mediante la movilización, reunión y toma de decisiones conjunta de los actores sociales involucrados.

A continuación, se presenta un resumen de cada componente con sus propias acciones y algún detalle de cada una de estas:

a) Inserción comunidad	en	la	*	Visitas
			*	Participación en

1. Promoción y Organización de la comunidad

	<ul style="list-style-type: none"> actividades comunes * Diálogo * Conocimiento de diversos aspectos de la comunidad
b) Identificación de actores	<ul style="list-style-type: none"> * Inventario de actores * Información y motivación
c) Organización de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> * Comunidad organizada * Comunidad no organizada

2. Acciones para la planificación participativa

a) Análisis de la Situación de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Convocatoria • Taller de Análisis
b) Planeamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Convocatoria • Taller de planeamiento • Identificación de recursos
c) Ejecución	
d) Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Convocatoria • Taller de Evaluación

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Amir, Samin, **El capitalismo en la era de la globalización**. Barcelona, Paidós, 1999.

Alain Torurine. La Crítica de la Modernidad. Tomado de Evers, T. Identidad la fase oculta delos nuevos movimientos sociales. Novos estudos,. Sao Paulo, Cebrap, no 4,pp 11-23, 1984

Barahona, Hasel. **Informe anual 1998-99: “Defensoría Cuestiona a Aresep”**. Periódico La Nación, p. 4 A, San José, Costa Rica, 9 de junio, 1999.

Capra, Fritjof. **La Trama de la Vida, una nueva perspectiva de los sistemas vivos**. Barcelona, España, Anagrama, 1998.

Castells, Manuel. **Movimientos Sociales Urbanos**. Ed Siglo XXI, Madrid, 1974.

Dabas, Elina. **Redes formales, familia y escuela**. Argentina, Paidós, 1998.

DE LA REVILLA Ahumada I, Román Siles D. y López-Fernández I-A: **La Participación Comunitaria**

Delgado M., Edgar. **“Fijo monto para cada Ministerio, Rodríguez recorta gasto”**. La Nación, San José, Costa Rica, miércoles 26 de mayo de 1999, p. 4 A.

DE ROUX, Gustavo: **Participación y Cogestión de la Salud**. Educ.Med. Salud. Vol. 27 No. 1, 1993.

“El País”, Madrid, miércoles 12 de mayo, 1999.

Friedmann, Georges. **¿A dónde va el trabajo humano?**. Argentina, Sudamericana, 1961.

Gómez Gómez, Carlos. **“Hacia uno política económica del Estado”** En Comercio Exterior. Vol. 49, No. 3, México, Banco Nacional de Comercio Exterior, Marzo de 1999.

Habermas, Jürgen. **Teoría de la Acción Comunicativa**. Ed. Taurus, Madrid 1996 tomo, II.

Hopenhayn, Martín: **La Participación y sus motivos**. Revista Acción Crítica No.24 ALAETS-CELATS, Perú

Jaramillo, Antillón Juan. **Salud y Seguridad Social**. San José, Costa Rica. Ed. Universidad de Costa Rica, 1993.

JOYA, P. Renato, López, Antonieta, FONSECA, Nora: **Estrategia de Participación Social en Salud: Guía para la Acción**. Ministerio de Salud/UNICEF. San José, Costa Rica, 1995.

Luhmann, Niklas. **Sistemas formales**. España, Anthropos, 1998.

Martí, Octavio. **“La Asamblea Francesa aprueba la semana laboral de 35 horas, con la oposición de la derecha”** Madrid, El País, 11 de febrero de 1998, p. 53

Maturana, Humberto y Francisco Varela. **De máquinas y seres vivos, autopoiesis la organización de la vida**. Chile, Universitaria, 1997.

Marshall, TH. **Ciudadanía Clase Social y Status**. Ed Zahar, Río Janeiro, 1977

Meksenas, Paulo. **Ciudadanía Poder y Comunicación**. Ed Cortéz. Sao Paulo 2002

MINISTERIO de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Organización Panamericana de Salud: **Módulos de Capacitación Sobre Análisis de Situación de Salud**, Submódulo I. Participación Social en Salud. San José, Costa Rica, marzo 1995.

MINISTERIO de Salud: **Estrategias de Participación Social en los Sistemas Locales de Salud**. San José, Costa Rica, 1991

Moctezuma Barragan, Esteban. **“Hacia una Redefinición del concepto de subdesarrollo**. En Comercio Exterior. Vol. 49, No. 3, México, Banco Nacional de Comercio Exterior, marzo, 1999.

NIRENBERG, Olga y Perrone, Néstor: **Organización y Gestión Participativa en los Sistemas Locales de Salud**.

Ohmae, Henichi. **El fin del Estado-Nación**. Chile, Andrés Bello, 1997.

OMS: **la Participación de la comunidad en el Desarrollo de su Salud: Un desafío para los servicios de salud**. Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. Ginebra. Diciembre 1989.

OPS: **Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. La Administración Estratégica. Lineamientos para su desarrollo: Los Contenidos educativos: HSS/SILOS-92**. Washington, 1995.

OPS: **Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. La Participación Social**, HSD/SILOS-3, Washington, Setiembre, 1990.

OPS: **La Participación Social en el Desarrollo de la Salud**, Washington, 1993.

OPS: **Participación Social en los Sistemas Locales de Salud**, Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, Serie Desarrollo de Servicios de Salud, No.18.

OPS: **Planificación Local Participativa**, Informe Final, Guatemala, 1995.

Proyecto Estado de la Nación, **Estado de la Nación en Desarrollo Sostenible, (1994)**. Informe No. 1. Costa Rica, 1995.

Proyecto Estado de la Nación, **Estado de la Nación en Desarrollo Sostenible (1995)**. Informe No. 2. Costa Rica, 1996.

Proyecto Estado de la Nación, **Estado de la Nación en Desarrollo Sostenible, (1996)**. Informe No. 3. Costa Rica, 1997.

Proyecto Estado de la Nación, **Estado de la Nación en Desarrollo Sostenible, (1997)**. Informe No. 4. Costa Rica, 1998.

Rawls, John. La Justicia como Equidad. En Kriske, Paulo (org). El Contrato Social: Ayer y Hoy. Sao Paulo, Cortéz, 1993.

Rodríguez, Aida M., **“Investigación Participativa en el campo de la Salud Pública”** (pp 289-300). En: Gilberto Bejarano (compilador). **La investigación participativa en América Latina**. México, CREFAL, 1983.

SÁNCHEZ Alonso, Manuel: **Metodología y Práctica de la Participación**. Editorial Popular, Madrid, 1986.

Urrutia, Víctor: **Salud Pública y Participación Ciudadana**. Noviembre, 1986.

Von Bertalanffy. **Perspectivas en la teoría general de sistemas, estudios científicos-filosóficos**. Madrid, España, 1979.

Wolfensohn, James D. (Presidente del Banco Mundial) **Adrees to Board of Gavernors of the World Bank Group**. Citado por Montezuma, 212-213.

Zancan, Lenira, et al. Promoción de la Salud como Camino para el Desarrollo Local. Ed ABRASCO. Río de Janeiro 2002

De los Autores y Autoras

Alcira Castillo Martínez

Actual Directora de la Escuela de Salud Pública, trabajadora social, socióloga, docente e investigadora de la Facultad de Medicina desde 1976, Maestría en Salud Pública con énfasis en Administración de registros médicos y sistemas de información; Maestría Académica en Sociología Política. Con amplia experiencia en la coordinación académica de programa de capacitación en servicios con metodología de educación a distancia, en especial en el Curso Especial de Posgrado en Gestión Local de Salud.

Antonieta López Gómez

Trabajadora Social, Maestría en Administración Pública. Amplia experiencia en los temas y procesos de participación social como funcionario del Ministerio de Salud. A cargo programas de participación social en salud y promoción de la salud de la CCSS. Consultora Internacional en la CCSS.

Raúl Torres Martínez

Catedrático de la Universidad de Costa Rica. Estudios en Chile y España. Especialista en Historia de la Ciencia y la Tecnología. Experto en Educación y Filólogo. De origen Chileno, naturalizado costarricense. Reside en Costa Rica desde 1974.

Autoridades Institucionales

CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

DR. ELISEO VARGAS GARCÍA
Presidente Ejecutivo

DR. HORACIO SOLANO MONTERO
Gerente Médico

DR. JUAN CARLOS SÁNCHEZ ARGUEDAS
Gerente Modernización

LICDA. NORMA MONTERO GUZMAN
Coordinadora
Proyecto de Fortalecimiento y Modernización del Sector Salud

DR. ARTURO BOZA ABARCA
Director Ejecutivo
Centro de Desarrollo Estratégico e Información de Salud y Seguridad Social
(CENDEISSS)

DRA. NURIA BAEZ BARAHONA
Coordinadora
Sub Área de Posgrados y Campos Clínicos
CENDEISSS

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

DR. GABRIEL MACAYA TREJOS
Rector

DRA. LEDA MUÑOZ GARCIA
Vicerrectora
M.SC. CLAUDIO VARGAS
Director Sección Extensión Docente
Vicerrectoría de Acción Social

DRA. MARÍA PÉREZ YGLESIAS
Decana
Sistema de Estudios de Posgrado

M.Sc. ALCIRA CASTILLO MARTÍNEZ
Directora
Escuela de Salud Pública

DRA. ILEANA VARGAS UMAÑA
Directora
Maestría en Salud Pública

ANEXO No. 1

REGLAMENTO DE LAS JUNTAS DE SALUD

La Junta Directiva, con base en las consideraciones precedentes y la facultad que le confiere el artículo 14, inciso f) de la Ley Constitutiva de la Caja -por unanimidad- acuerda aprobar el siguiente Reglamento de las Juntas de Salud:

La Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en adelante Junta Directiva.

CONSIDERANDO:

- I. Que la Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica decretó la Ley N° 7852, que impulsa el proceso de desconcentración de los hospitales y las clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, determina y eleva a rango legal, la constitución de Juntas de Salud en los Hospitales y Clínicas de la Institución.
- II. Que la Caja Costarricense de Seguro Social está en proceso de modernización, que entre otros, tiene por propósito lograr la máxima capacidad resolutive por parte de los establecimientos de atención de salud, mediante una mayor delegación efectiva.
- III. Que dentro de ese proceso se ha considerado de la mayor importancia fortalecer el principio de la participación ciudadana, con miras a que las comunidades se involucren activamente en el desarrollo de las actividades de los centros de salud.
- IV. Que para hacer efectivo el principio de participación ciudadana, se hace necesario y conveniente crear un ente que represente a los diferentes sectores, patronos, asegurados y organizaciones de la comunidad vinculadas con la salud, denominado "JUNTAS DE SALUD"
- V. Que los artículos 2, 3, 4 y 5 de la Ley deben ser reglamentados y desarrollados en los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, sin perjuicio de la reglamentación aplicable a la desconcentración y personalidad jurídica instrumental que corresponda aplicar conforme a los artículos 6 y siguientes de la misma Ley.

POR TANTO

La Junta Directiva con fundamento en el artículo 14, inciso f) de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y en la Ley N° 7852 de Desconcentración de los Hospitales y Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social y del Reglamento del Seguro de Salud, artículo 55, inciso a) y artículo 57, acuerda dictar el siguiente:

REGLAMENTO DE LAS JUNTAS DE SALUD

CAPITULO I

De la creación de las Juntas de Salud

Artículo 1°

Se crean las Juntas de Salud en los hospitales y clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social como entes auxiliares de los establecimientos de salud que presta servicios exclusiva o principalmente a la institución, con el propósito de mejorar los procesos de gestión para las prestaciones de servicios de salud, el desempeño administrativo y financiero, así como la promoción de la participación ciudadana.

CAPITULO II

Definiciones terminológicas

Artículo 2°

Para los efectos de este reglamento se entiende por:

Hospital/Clínica

Unidad prestataria de servicios de salud integral que forma parte de la red de servicios de la Caja Costarricense de Seguro Social que gozan de ese carácter de conformidad con la legislación y reglamentación aplicables.

Juntas de Salud

Entes auxiliares de los establecimientos de salud nombradas por patronos, asegurados y asociaciones del área de atracción del centro de salud, para

mejorar la atención de la salud, el desempeño administrativo y financiero, así como la promoción de la participación ciudadana.

Las Juntas de Salud de las clínicas sedes de áreas, cumplirán sus cometidos y representarán a los usuarios del área de salud y fiscalizarán el compromiso de gestión de la misma.

Compromiso de Gestión

Es un convenio entre la Caja Costarricense de Seguro Social y sus unidades prestadoras de servicios. Este convenio se basa en una lógica contractual mediante la cual se establecen objetivos y metas a alcanzar y se pactan los recursos para emprender este logro, entre la Caja y sus unidades prestadoras de servicios. Está redactado a manera de contrato firmado por las partes involucradas.

Personalidad Jurídica Instrumental

Es una figura jurídica por medio de la cual la Ley les reconoce y concede a los Hospitales y Clínicas de la Caja, personalidad propia, independiente, a los hospitales y clínicas desconcentrados, a los efectos de que estas dependencias puedan adquirir y poseer toda clase de bienes, asumir responsabilidades, contraer obligaciones y ejecutar acciones civiles o penales, y realizar las tareas necesarias para ejercer la autonomía en el manejo presupuestario, la contratación administrativa, la conducción y organización de los recursos humanos dentro de las disposiciones legales aplicables, los límites fijados por la Caja y el compromiso de gestión del Hospital o Clínica que la ejerce.

De conformidad con la Ley N° 7852, los Hospitales y Clínicas de la Caja a los que se otorgue autonomía al amparo de los artículos 6 y siguientes de la Ley, son órganos desconcentrados de la institución, sujetos al derecho público, que gozan de personalidad jurídica para cumplir los cometidos fijados por la institución, de conformidad con las leyes aplicables, las disposiciones y límites fijados por la Caja y el compromiso de gestión vigente.

CAPITULO III

De los fines de las Juntas de Salud

Artículo 3°

Las Juntas de Salud tendrán como fines primordiales los siguientes:

- a) Fomentar y mejorar la atención integral de la salud integral de las personas en los centros de salud en particular y del país en general.
- b) Colaborar con la Caja y el centro de salud en la contratación, equipamiento, infraestructura, operación y mantenimiento de su centro de salud, que brinde sus servicios a la comunidad de asegurados adscritos a su jurisdicción.
- c) Fortalecer la coordinación con las unidades de salud nacionales y entidades públicas y privadas involucradas en la protección de la salud y la gestión hospitalaria.
- d) Fomentar y colaborar en la capacitación y formación del recurso humano del centro de salud.
- e) Promover la participación ciudadana en las acciones de atención integral de la salud y en la fiscalización y mejora de su centro de salud.
- f) Procurar el desarrollo eficiente de la administración presupuestaria, de los recursos humanos y de la contratación administrativa de su centro de salud.

CAPITULO IV

De las funciones de las Juntas de Salud

Artículo 4°

Para el cumplimiento de sus fines las Juntas de Salud realizarán las siguientes funciones:

- a) Fiscalizar el funcionamiento, la eficiencia y el cumplimiento de las normas aplicables al establecimiento de salud.
- b) Informar a la Junta Directiva los asuntos de su competencia relacionados con sus centros de salud.
- c) Colaborar con el director de los hospitales y clínicas en la elaboración de los anteproyectos y modificaciones presupuestarias de estos centros, conforme a las asignaciones presupuestarias y límites que fije la Junta Directiva de la Caja.
- d) Velar por la correcta ejecución del presupuesto aprobado.

- e) Emitir su criterio respecto de los compromisos de gestión del centro de salud, según el ordenamiento jurídico de la Caja.
- f) Emitir criterio sobre los candidatos para el cargo de Director General de un hospital o clínica, antes de su nombramiento.
- g) Participar en la definición de las prioridades y políticas generales del hospital o clínica en materia de inversión, contratación administrativa y de promoción e incentivos a los trabajadores del centro de salud, acorde con las políticas de la Caja.
- h) Colaborar con la Administración del hospital o clínica para satisfacer las necesidades y expectativas razonables del usuario, la familia y la comunidad.
- i) Servir de vínculo entre el hospital o clínica y la respectiva comunidad, a efecto de apoyar las políticas, programas y actividades que se realicen a nivel local, así como transmitir los problemas e inquietudes de la comunidad, tendiente a mejorar la prestación de los servicios.
- j) Velar y colaborar para que la atención que se ofrece en el centro de salud cumpla los principios de equidad, humanidad, continuidad, oportunidad, accesibilidad y eficiencia considerados a la luz de programas específicos y en el contexto de las realidades locales.
- k) Colaborar para que el ambiente en que se brinda la atención sea seguro y cómodo.
- l) Velar porque el usuario, la familia y la comunidad participen en la determinación, análisis y soluciones de sus problemas de salud.
- m) Realizar actividades como conferencias, ferias de salud, campañas educativas de saneamiento y conservación del medio, sobre derechos y deberes de los usuarios, con el fin de educar a la comunidad.
- n) Participar, apoyar y conocer los estudios respecto del nivel de satisfacción del usuario, su familia y la comunidad, con los servicios del hospital o clínica.
- o) Propiciar, apoyar y conocer los estudios respecto del nivel de satisfacción del usuario interno.
- p) Participar en el análisis y solución de los problemas detectados en los dos puntos anteriores.

- q) Promover y realizar procesos orientados al fomento de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

En el caso de los establecimientos administrados por entidades privadas u otras entidades públicas, las competencias de las Juntas de Salud de los citados centros, serán las señaladas en los incisos a), b), e), h), i), j), k), l), m), n), o), p), q) en lo que sea aplicable lo que debería ser determinado en el Compromiso de Gestión.

En cualquiera de los casos, las Juntas de Salud ejercerán sus funciones dentro del marco legal aplicable a la Institución. Sus funciones serán ejercidas por medio de la Junta como tal y no deberán interferir en las decisiones administrativas, ni sustituir, ni afectar la dirección correcta de los centros de salud, ni la toma de decisiones de los profesionales del mismo, respecto de pacientes o actos concretos.

CAPITULO V

De las Juntas de Salud

Artículo 5°

La convocatoria para la elección de los integrantes de la Junta de Salud la realizará la Caja, por medio de sus niveles jerárquicos correspondientes, utilizando los diversos medios de comunicación a los que tengan acceso en esa comunidad, con un plazo de antelación mínimo de un mes.

La elección de los miembros de las Juntas de Salud se regirá de la siguiente manera:

- 1) **Dos representantes de los patronos de la zona de atracción del centro de salud:**
 - a) En los hospitales nacionales, los dos representantes del sector patronal serán nombrados por la Junta Directiva de la Caja de la lista de candidatos por hospital que le envíe la Unión Costarricense de Cámaras y Asociaciones de la Empresa Privada.
 - b) En los hospitales regionales, periféricos y clínicas, los dos representantes serán electos en asamblea de patronos, que se convocará al efecto, con la debida antelación y comunicación, en las fechas previstas por la Junta Directiva y que se celebrará en la sede del centro de salud. Los candidatos y electores que participen de dicha asamblea deberán acreditar su afiliación a cualquiera de las cámaras u organizaciones

patronales afiliadas a la Unión Costarricense de Cámaras y Asociaciones de la Empresa Privada.

- 2) **Tres representantes de los asegurados de la zona de atracción del centro de salud, que no sean empleados de éste.**
 - a) Uno de los representantes será electo, de entre ellos, por los representantes de los asegurados en la Junta de Salud del centro de salud. En caso de que dicha elección no se realice dentro del plazo que se concederá al efecto, la designación corresponderá directamente a la Junta Directiva de la Caja.
 - b) Dos de los representantes serán electos mediante votación directa, por los asegurados de la zona de adscripción del establecimiento de salud, en asamblea de asegurados que se convocará al efecto, con la debida antelación y en las fechas previstas por la Junta Directiva, en la sede del centro de salud.
- 3) **Dos representantes de las asociaciones o fundaciones pro hospital o Clínica,** que serán nombrados mediante asamblea de asociaciones y fundaciones a celebrarse en la sede del centro de salud, debidamente convocada con la antelación, en las fechas que señalará la Junta Directiva de la Caja. La asociación o fundación, que desee participar como candidata o como electora en dicha asamblea deberá estar inscrita en el Registro de Organizaciones levantado a esos efectos por el Departamento de Trabajo Social de la institución y tener al menos dos años de colaborar con el establecimiento de salud.

El Departamento de Trabajo Social de la Institución deberá actualizar el registro de organizaciones cada dos años, con al menos seis meses de antelación a la fecha de la celebración de las elecciones de juntas de salud.

En todos los casos de elección, la misma se verificará bajo la supervisión de un Comité de Elección constituido al efecto, compuesto por dos miembros nombrados por la Junta Directiva: uno en representación de la Municipalidad sede del centro de salud, uno en representación de la Junta Directiva de la Institución, según corresponda. Será electo el que obtenga mayoría simple de votos en la elección. Cuando se trate de dos representantes, serán electos los dos primeros lugares. Solamente se podrá participar en la elección en un único centro de salud. Si contemporáneamente se vota en dos lugares por un elector, se anularán los votos de ambos lugares. Formará quórum el número de personas que lleguen.

En caso de que no se verifique la elección debidamente convocada y realizada, la Junta Directiva nombrará los puestos vacantes de la Junta de Salud,

respetando la representatividad que exige la Ley (*Así reformado en el artículo 2° de la sesión número 7587 de 4 de octubre del año 2001*).

Artículo 6°

Los integrantes de las Juntas de Salud serán personas de solvencia moral, identificadas con los problemas de salud de las personas y de su comunidad, y con disposición para asumir los compromisos que adquiere al ser electo.

El calendario aprobado por la Junta Directiva establecerá previamente las fechas y plazos en que la elección y sus procedimientos deberán realizarse. Los Comités de Elección levantarán en las Direcciones de los establecimientos respectivos, los padrones de electores y los registros de las candidaturas que se presenten de conformidad con el calendario establecido.

Para la inscripción de las candidaturas en el proceso de elección de los representantes de los asegurados se requerirá fotocopia de la cédula de identidad o del carnet de asegurado directo o voluntario y fotocopia de su orden patronal con validez, al menos al mes anterior al de la celebración de la Asamblea respectiva. Los mismos requisitos serán exigibles para participar en la Asamblea. En el caso de los asegurados el derecho de voto le asiste a todos los asegurados directos o voluntarios, es personal y no se permitirá ejercerlo mediante representante.

En las elecciones de los representantes patronales, para la inscripción como elector o como candidato, se requerirá la presentación de fotocopia autenticada de la planilla pagada a la Caja, correspondiente al período inmediato anterior. En caso de que se trate de personas jurídicas, deberán aportar además certificación de personería jurídica o poder especial que acredite al representante del patrono. Podrán participar en las asambleas de elección los patronos del área de adscripción del establecimiento.

Las Asociaciones y otras Organizaciones Sociales inscribirán sus candidaturas y se empadronarán para participar en la Asamblea respectiva, en las fechas y plazos que indicará el calendario aprobado por la Junta Directiva. Para la inscripción como elector o como candidato, se requerirá la presentación de una certificación que acredite la inscripción, vigencia y representación de la organización o poder especial que acredite al representante de la organización. (*Así reformado en el artículo 35°, Acuerdo Tercero de la Sesión N° 7374 de 30 de setiembre de 1999*).

CAPITULO VI

De la organización, atribuciones y funcionamiento de la Junta de Salud

Artículo 7°

Los miembros electos para conformar las Juntas de Salud, en su primera sesión, elegirán entre ellos al Presidente, Vicepresidente, Secretario y cuatro vocales en orden numérico.

Artículo 8°

Los integrantes de la Junta de Salud durarán en funciones dos años, pudiendo ser reelectos en forma consecutiva por otro período. Pasados dos años, podrán aspirar nuevamente.

Artículo 9°

Los integrantes no podrán pertenecer a más de una junta simultáneamente.

Artículo 10°

La Junta se reunirá ordinariamente como mínimo, una vez al mes, en la fecha definida de antemano. El quórum para sus sesiones será de cuatro miembros y los acuerdos se tomarán por mayoría simple. En caso de empate, el Presidente tendrá voto de calidad. La agenda será definida en la sesión anterior, sin perjuicio de que el Presidente y sus Miembros, puedan proponer asuntos de su interés antes de la sesión. Se levantará un acta de cada sesión y se registrará en el libro de actas correspondiente. Los acuerdos quedarán firmes si así lo acuerdan cinco miembros de la Junta Directiva.

En la agenda de las sesiones ordinarias, se incluirá, necesariamente, un capítulo para los asuntos del Director del centro de salud o su representante, del Administrador del centro, del Presidente de la Junta y de los miembros de la misma.

Artículo 11°

La Junta de Salud puede reunirse extraordinariamente, siempre que el Presidente la convoque, por su iniciativa, por solicitud de tres o más miembros o a petición del Director del centro de salud. La convocatoria se hará por escrito

con veinticuatro horas de anticipación, por lo menos, y se indicará el objetivo de la reunión. Se levantará un acta y se hará el registro respectivo.

Artículo 12°

La Dirección y la Administración del hospital o clínica están en la obligación de suministrar a la Junta de Salud, la información pertinente, dejando siempre a salvo el derecho a la confidencialidad y la obligación del secreto profesional. Asimismo, facilitarán los insumos para el buen desempeño de la Junta de Salud, conforme a sus posibilidades.

Participarán obligatoriamente, cuando sean convocados una vez al mes, en las sesiones de la Junta de Salud e informarán a ésta del desarrollo del centro de salud. Tendrán voz pero no voto en las sesiones de Junta a las que asistan.

Artículo 13°

Son deberes y atribuciones de la Junta de Salud:

- a) Tomar los acuerdos necesarios para el cumplimiento de los fines legales y reglamentarios asignados a la Junta.
- b) Nombrar las comisiones internas que considere necesarias.
- c) Comunicar a sus representantes los asuntos de su interés.
- d) Convocar al Director o Administrador a la sesión ordinaria mensual. Podrán ser invitados a las sesiones extraordinarias de la Junta de Salud.
- e) Conocer de los documentos e informar a la Junta Directiva de la Caja, de los asuntos que le someta.
- f) Emitir criterio sobre los asuntos que le someta el Director del Centro de Salud.
- g) Rendir un informe anual a la Junta Directiva sobre los asuntos de su centro de salud.

Artículo 14°

Son funciones de los miembros de la Junta de Salud:

1. Del Presidente:
 - a) Presidir las sesiones de la Junta de Salud.

- a) Firmar las actas junto con el Secretario.
 - b) Suscribir la correspondencia.
 - c) Proponer la formación de las comisiones que considere convenientes para el cumplimiento de los cometidos de la Junta.
 - d) Justificar las ausencias a sesiones de los demás miembros de la Junta de Salud.
 - e) Colaborar, junto con los demás miembros en la elaboración del anteproyecto y modificaciones presupuestarias; así como en la elaboración de los informes de labores, planes, programas y proyectos.
 - f) Velar por la ejecución de los acuerdos tomados por la Junta de Salud.
 - g) Convocar a sesiones ordinarias y extraordinarias.
 - h) Representar a la Junta en los actos o reuniones que lo requieran para el cumplimiento de los objetivos de la Junta, sin perjuicio de que la representación la delegue en el Vicepresidente y en su ausencia en cualquiera de los miembros de la Junta.
- 2) Del Vicepresidente:
- a) Sustituir al Presidente en sus ausencias temporales, con iguales atribuciones y obligaciones.
 - b) Representar al Presidente en las funciones de su cargo, cuando así lo requiera el titular.
- 3) Del Secretario:
- a) Mantener el libro de actas de las sesiones ordinarias y extraordinarias.
 - b) Atender la correspondencia, custodiar y llevar ordenadamente los archivos.
 - c) Hacer llegar a los demás miembros y a quien corresponda los acuerdos tomados por la Junta.
- 4) De los Vocales:
- a) Sustituir, por orden de antigüedad en el cargo o de edad en caso de que coincidan las fechas de nombramiento, en las funciones que correspondan al Presidente en ausencia del Vicepresidente.
 - b) Ser responsables con los demás integrantes del buen funcionamiento de la Junta.

- c) Otras funciones que les designe la Junta de Salud.

Artículo 15°

El integrante de la Junta de Salud que dejare de asistir a tres sesiones ordinarias consecutivas o a seis alternas sin justificación alguna, perderá su condición. Además, perderá la condición de integrante de la Junta de Salud, aquel que hubiere incurrido en delito debidamente demostrado, quien deba perder esta condición por disposición legal de incompatibilidad o quien incurriere en una falta de conformidad con las disposiciones generales de la institución. En este último caso, deberá gestionarse su destitución ante la Junta Directiva, conforme con lo que establece el libro segundo de la Ley General de la Administración Pública. Una vez acortada su remoción, la Junta Directiva comunicará lo conducente y nombrará su sustituto que se designará de quien le sigue en las votaciones por el resto del período, tratando de que, en lo posible, represente al sector al que pertenecía el miembro sustituido. En todo caso, el sustituto deberá cumplir con los requisitos del artículo 6° de este Reglamento.

CAPITULO VII

Disposiciones generales y transitorias

Artículo 16°

En todo lo que no esté previsto en este Reglamento se actuará de conformidad con las normas que fueren aplicables de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, de la Ley de Desconcentración de los Hospitales y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social, de la Ley General de Administración Pública, de las demás leyes aplicables y de las disposiciones concretas que dicte la Junta Directiva y los órganos competentes de la institución.

Artículo 17°

Este Reglamento deroga el Reglamento de las Juntas de Salud Hospitalarias, aprobado en el artículo 29° de la sesión número 7122, celebrada el 29 de abril de 1997, el Reglamento de las Juntas de Enlace de Seguridad Social entre las comunidades y la Caja Costarricense de Seguro Social, aprobado en el artículo 12° de la sesión número 3017, celebrada el 24 de julio de 1963; el Reglamento de los Comités de Seguridad Social aprobado en el artículo 14° de la sesión número 4307, celebrada el 6 de junio de 1971, así como cualquier otra norma que se oponga a las disposiciones del presente Reglamento.

Artículo 18°

La elección y nombramiento de los miembros de las Juntas de Salud, deberá realizarse en los meses de setiembre, octubre o noviembre de cada año impar, de conformidad con el calendario que apruebe la Junta Directiva. El período de nombramiento iniciará el primero de enero de cada año par. Las nuevas Juntas de Salud, electas conforme al presente Reglamento, sustituirán a las actuales a partir del 1° de enero del año 2000. La Junta Directiva, al aprobar el calendario, podrá definir una fecha de inicio o posterior para las Juntas de Salud de las Clínicas u Hospitales que, al momento de emitir este Reglamento, no estén constituidas. En todo caso, no podrá otorgarse autonomía y personería jurídica a ningún centro de salud, que no tenga una Junta de Salud.

Dado en la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, en sesión número 7322, artículo 2°, celebrada el 15 de abril de 1999".

TRANSITORIO ÚNICO:

El derecho de los representantes de los asegurados en las Juntas de Salud, de nombrar directamente a uno de los asegurados de conformidad con el inciso 2) del artículo 5° de este Reglamento, será ejercido por los representantes electos de conformidad con el presente Reglamento *(Así adicionado en el artículo 35°, Acuerdo Tercero de la Sesión N° 7374 de 30 de setiembre de 1999)*.

(Aprobado en el artículo 2° de la sesión número 7322 de 15 de abril de 1999)

Publicado en "La Gaceta" N° 139 del 19 de julio de 1999.

Documento actualizado al 5-10-2001