

**ALGUNAS REFLEXIONES ACERCA DE LA POLÍTICA DE SALUD RURAL
EN EL SUR DE CHILE. UN SONDEO EN PRIMERA PERSONA EN
EL EQUIPO DE SALUD RURAL DE PUERTO MONTT^{*1}****SOME THOUGHTS ON RURAL HEALTH POLICY IN SOUTHERN CHILE.
A FIRST PERSON SURVEY IN THE RURAL HEALTH TEAM OF PUERTO MONTT****Diana Manrique García²**

alunadiana@gmail.com

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Porto Alegre, Brasil**RESUMEN**

La gestión de salud y las ruralidades son en sí ya dos temas de una amplia complejidad, hacer una aproximación a ellos es el objetivo de este escrito a través de un ejercicio etnográfico siguiendo la experiencia del equipo de salud rural de Puerto Montt. Este artículo presenta algunas de las consideraciones finales y reflexiones producidas en torno a la lectura que tienen los y las funcionarios/as sobre la implementación del programa "mejoría de la equidad en salud rural" durante los primeros años de su gestación e inicio. Algunas de las conclusiones nos sugieren que los modelos de gestión que subyacen a la modernización del Estado siguen pensando hegemónica y centralizadamente las políticas de salud, que se mantienen los desfases entre lo político y lo administrativo donde no solo se invisibilizan las ruralidades sino además los actores encargados de la implementación y las tensiones que se desprenden en las prácticas de la labor pública.

Palabras claves: salud rural, implementación, gestión pública.

ABSTRACT

Health management and ruralities are already two subjects of a wide complexity, to make an approximation to them is the objective of this writing through an ethnographic exercise following the experience of the rural health team of Puerto Montt. This article presents some of the final considerations and reflections produced around the reading that the officials have about the implementation of the program "improvement of equity in rural health" during the first years of its gestation and initiation. Some of the conclusions suggest that the management models that underlie the modernization of the State continue to hegemonically and centrally think about health policies, that the lags between the political and the administrative remain where not only the ruralities are invisible but also the actors responsible for the implementation and tensions that arise in the practices of public work.

Key words: Rural health, implementation, public management.

* Artículo recibido el 16 de junio de 2016; aceptado el 28 de octubre de 2016.

¹ Este artículo hace parte de la investigación final realizada para obtener el título de la Maestría en Gestión Pública en la Universidad Nacional del Rosario, Argentina.

² Doctoranda en Desarrollo Rural, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Integrante del grupo de estudios en salud colectiva (GESC). Porto Alegre, Brasil.

Premisas necesarias

Durante varios años -2007 a 2011- hice parte de equipos de salud rural del sur de Chile, posteriormente -2014 a 2017- continuó vinculada de diferentes formas. Desde mis comienzos en estas experiencias y motivada por el interés en la investigación me propuse hacer de los equipos de trabajo campos de exploración y creación. Como mujer migrante desde hace casi 10 años, en uno de mis tránsitos tuve la oportunidad de hacer parte de la experiencia a la que a continuación me aproximo. Es por ello que en la que fue mi condición de funcionaria pública, trabajadora del equipo de salud rural de Puerto Montt, recreo en esta experiencia, lo que denomino una investigación de corte etnográfico tutelada por un proceso ontográfico- auto reflexivo³, que me permitió compartir y a su vez sentirme en algún momento parte de esa alteridad, descubrirme en sus palabras y en alguna medida verme a mí misma en muchas de sus apreciaciones.

No solo investigar o estudiar, sino hacer parte de estos sistemas de funcionamiento de lo público en una realidad particular me fue dando la posibilidad de ir desnudando situaciones en lo que se refería a los procesos no sólo de las políticas públicas sociales, para el caso específico de mis dominios la política de salud, sino además de los modelos de gestión con los que se iban implementando, con sus diferentes matices de acuerdo a los tránsitos gubernamentales, tanto a nivel local como nacional. A pesar de ello y en relación a mi experiencia o aproximación a la labor pública de otros países de Latinoamérica, en Chile se hacía mucho más sólido y concreto un modelo de gestión atravesado por los cambios en materia económica de corte neoliberal implementados por la dictadura y otros gobiernos, que se traducían desde décadas atrás en lo denominado modernización del Estado.

Sin pretender profundizar en las discusiones respecto a la objetividad, bandera de la ciencia moderna y camisa de fuerza de las formas de producir conocimiento desde el paradigma positivista, se pretende dejar claro que en este ejercicio se acude a posiciones donde la objetividad es considerada un mito en cuanto “la única manera de encontrar una visión más extensa es estar en algún lugar en particular”. Este lugar desde donde quien narra opera su selección y ejerce su parcialidad constituye lo que Donna Haraway (1991) caracteriza como el privilegio del “conocimiento situado”, dejando claro que hay un cuerpo que busca conocer y que, por lo tanto, este conocimiento se origina en este cuerpo en particular. Reconocerlo implica deshacer el misiticismo de la objetividad como si fuera una trascendencia de todos los límites y de todos los compromisos, para rediseñarla como una especie de “encuerpamiento” particular y específico: “(...) la moraleja es simple: solamente la perspectiva parcial puede prometer una visión objetiva” (1991, p. 196). Como bien expone Fals Borda en relación a la producción de la ciencia (2009) no se trata de abolir las reglas del juego, pero sí de advertir sus limitaciones cuando se convierten en cadenas del pensamiento.

De esta forma y después de las aclaraciones y premisas anteriores se puede advertir que es desde este lugar donde me ubico, como mujer, profesional, migrante y ex funcionaria del equipo de salud que se aproxima a esta experiencia en busca de hacer una lectura de las problematizaciones y reflexiones que subyacen del análisis de las voces de las funcionarias y funcionarios de un equipo encargados de la implementación de la política de salud en un

³ Por esta expresión me refiero a lo que expone Viveros de Castro (1998) donde el proceso no se limita a una posición epistémica sino ontológica, es decir no solo existen diferentes puntos de vista sobre un objeto sino existen diferentes mundos. Siguiendo a Hoolbrad y Pederson (2009) la ontografía es un proceso de conducción de etnografía por el cual quien la realiza al reflexionar sobre sus modos operandi, rompe con el sistema epistemológico occidental y simultáneamente incluye su análisis dentro del sistema ontológico del otro estudiado. Algunos al referirse muchas veces a la ontografía utilizan el concepto auto- etnografía.

escenario rural marcado por la diversidad. Una mirada situada que no deja de lado la subjetividad disciplinada que ello amerita, abocando a herramientas teórico metodológicas propias del ejercicio cualitativo, sobre un tema específico -salud y políticas públicas-, donde se hace uso de una de la propuesta etnográfica, utilizando herramientas como entrevistas, diario de campo, análisis de documentos, ejercicio realizado durante varios años, sin embargo sistematizado durante el 2014-2015, donde se realizaron entrevistas individuales semiestructuradas y grupos focales a integrantes del equipo, nutriendo el ejercicio con apuntes recogidos en la práctica de observación participante o participación observada de años anteriores.

Es importante aclarar que este ejercicio fue motivado por mi proceso de formación de maestría en gestión pública y es un recorte de las reflexiones finales producidas en la tesis. La problematización generada no se reduce meramente al ámbito profesional, en mi antecedente de funcionaria pública dentro de la experiencia, pues además de involucrar los insumos de una especie de auto etnografía, donde entra en relevancia la profesión en la que he sido formada – Trabajo Social- implica directa o indirectamente mi trayectoria personal en las ruralidades –mi origen en ellas-, mi experiencia en un sistema público de salud y educación, hechos que han influenciado el derrotero de mis pensamientos y acciones, algunas conjugadas en este trabajo. Retomo a Pessolano cuando dice: “...los y las profesionales del trabajo social no intervenimos de manera desprovista, muy por el contrario lo hacemos a partir de un bagaje de experiencias, conocimientos y valoraciones que constituyen a su vez limite y posibilidad de nuestras prácticas” (2013, p. 145).

La experiencia en cuestión

La experiencia que inspira esta reflexión se ubica en el Sur de Chile en el área de la Salud Rural. La discusión generada da la sensación de superar el marco de la gestión pública, pues como equipo interdisciplinario ubicado en una zona de aislamiento geográfico⁴, posibilita observar de manera crítica las formas de funcionar de los modelos de gestión y la forma de implementación de las Políticas Públicas, pero también expone -a través de las voces y acciones del equipo de trabajo- una diversa gama de emotividades y proyectos profesionales y personales difíciles de disociar del campo laboral. Es esta una de las razones que nos invita a ir más allá, profundizar en el detalle que permite entender la experiencia en cuestión y sus dinámicas de funcionamiento, detenerse a leer con cautela el papel de “mediadores”, “traductores” en las tramas de estos procesos.

La experiencia que abordaremos se desarrolla en la ciudad de Puerto Montt, en el Sur de Chile, involucra la Dirección de Salud Municipal-DISAM de la ciudad y al Equipo de Salud Rural-ESR⁵. Puerto Montt, ciudad que para el año 2002 contaba aproximadamente con 175.847 habitantes⁶ de los cuáles un 14% era rural, es la capital de la provincia de Llanquihue y de la Región de los Lagos, y se ubica junto al seno del estuario de Reloncaví.

⁴ Aislamiento geográfico visto o pensado desde la distancia de la capital de Chile, teniendo en cuenta que es un país que funciona con dinámicas centralizadoras.

⁵ ESR en adelante.

⁶ Según el censo del 2017 la población es de 245.902. Para este trabajo las referencias demográficas trabajadas se sustentan el censo 2002 del Instituto Nacional de Estadística-INE con sus respectivas proyecciones, que en el caso de Puerto Montt para 2010 la población ascendería a 236.000 habitantes, siguiendo las cifras del censo actual -2017- el crecimiento poblacional es coherente con las proyecciones trazadas. Se trabaja con el censo 2002 debido que durante la investigación era el censo vigente.

En particular el servicio de la salud en la región, en cuanto a financiación, administración, regulación y prestación de servicios de atención, se encuentra dividido en dos grandes brazos. De una parte, el Servicio de Salud de Reloncaví que es una extensión local del Ministerio de Salud y que es el ente regulador de los servicios y -de otra – la Dirección de Salud Municipal (DISAM), ente administrador de los recursos asignados por el Ministerio, el cual pertenece a la municipalidad de Puerto Montt. Por tanto se puede decir que la salud se encuentra municipalizada debido al proceso de descentralización administrativa dado desde inicios de la década de los 80 en la provincia.

En Chile, el marco legal del servicio de salud es el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, el cual fija su estructura y establece sus funciones de acuerdo al nuevo rol de los servicios como “gestores y articuladores de la red asistencial” (Decreto 140, 2005). Además, los servicios de salud son “organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio. Dependerán del Ministerio sólo en cuanto a someterse a la supervigilancia” (Decreto ley 2763, 1979). De este modo el servicio de salud es –pues- una entidad autónoma enmarcada en las políticas gubernamentales en materias de gestión y prestación de servicios de salud.

En Puerto Montt es la municipalidad -a través del DISAM- el ente encargado de administrar los consultorios dedicados a la prestación de los servicios de atención primaria en salud, la cual se rige de acuerdo al marco programático elaborado por el Ministerio de Salud y se materializa en las atenciones del día a día. El DISAM “se preocupa de la atención primaria de la comuna, resuelve los problemas de atención ambulatoria, pero enfatiza la prevención de enfermedades, promoción de salud y fomento de estilos de vida saludables, bajo el Modelo de Salud Familiar” (Ley 19378, 1995), a través de cinco Centros de Atención de Salud Familiar, un Centro Comunitario de Salud Mental- COSAM, un módulo dental y el Equipo de Salud Rural.

En este ámbito la llamada salud pública se dirige a los más pobres a través del Fondo Nacional de Salud- FONASA, fondo mixto creado en 1979 y que se proponía instalar como un organismo financiero responsable de recaudar, administrar y distribuir el presupuesto estatal destinado a salud en Chile, el FONASA nombra como beneficiarios en categoría de “indigentes” a las personas que de manera particular o a través de sus empleos no puede acceder contributivamente a un régimen de salud.

La población inscrita en los establecimientos de atención primaria municipal de la comuna de Puerto Montt corresponde a un 66% de la población, es decir 155.663 -sobre el total (235.885) de la población emitida por el INE para el 2009; se estima que la diferencia porcentual estaría atendida en los centros del arzobispado o afiliada a los fondos privados de salud o Instituciones de Salud Previsional-ISAPRES y otros sistemas. De este total de usuarios del sistema público un 8.8% estaría en el sector rural atendido por el ESR, encargado de la población rural inscrita que asciende a un número de 12.372 personas, según información del Departamento de Estadística de Salud Municipal a diciembre de 2010. El Equipo es multidisciplinario y tiene a

cargo doce postas rurales⁷, cinco estaciones médicas⁸ y un Centro Comunitario de Salud Familiar-CECOSF⁹.

El ESR se encuentra conformado aproximadamente por 72 personas entre administrativos, técnicos y profesionales con diversas modalidades de contratación o prestación de servicios y cuenta con un centro de acopio central u oficina urbana a la cual llega el personal dedicado a las labores administrativas y el personal que realiza las rondas diarias. El Equipo se divide en tres colectivos con la misma base técnica y profesional de personas que trabajan bajo una estrategia de interacción territorial. El marco filosófico orientador se expresa en su visión, "contribuir a establecer una relación de equidad, reciprocidad y respeto entre el Equipo de Salud y la comunidad", y misión "readecuar la forma de hacer salud rural reconociendo la complejidad de nuestra realidad social". El marco orientador está influenciado por el modelo de salud colectiva¹⁰, si bien es una iniciativa que se gesta en el 2009 colectivamente, obedeciendo a un proceso de reflexión interno del equipo iniciado años atrás en respuesta al acceso a una propuesta financiada por el Ministerio de Salud de Chile denominada Programa de Mejoría de la Equidad en Salud Rural. Esta propuesta además de inyectar recursos anuales al Equipo, propicia la reflexión en temas de pertinencia cultural, calidad y equidad y lo convierte en una de las tres experiencias pilotos que se gestaron en Chile en cuanto al trabajo de equidad y calidad en salud rural¹¹.

Los objetivos del Equipo corresponden a las metas a nivel de servicio y desde los diferentes programas de salud, los cuales se evalúan y negocian anualmente con el Ministerio de Salud, el Servicio de Salud de Reloncaví y representantes de cada consultorio. Las actividades también responden a los marcos dados por el Ministerio a través de los programas, pero para el caso del ESR éste intensifica algunas, disminuye la frecuencia de otras o implementa nuevas, en respuesta a las necesidades territoriales y del contexto rural. Dentro de las principales actividades se pueden señalar: atenciones clínicas de parte de diversos profesionales, actividades de promoción-prevención, actividades comunitarias, visitas domiciliarias, entre otras.

⁷ Es un establecimiento de atención ambulatoria localizado en un área geográfica de fácil accesibilidad para poblaciones de 600 a 1.200 habitantes que presta servicios a una población que no exceda los 20.000 habitantes. Ministerio de Salud de la República de Chile. Siguiendo con el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud N°140 de 2004. Artículo 37, las postas están a cargo de un técnico paramédico de salud rural residente que recibe periódicamente el apoyo del equipo profesional.

⁸ Espacios físicos cedidos por la comunidad para la atención de salud en rondas periódicas, no cuentan con auxiliar de enfermería permanente.

⁹ Establecimientos con base comunitaria en su origen, diseño, implementación y funcionamiento, orientados a la Atención máxima de 5 mil personas en un territorio geográfico definido. Cuentan con un equipo profesional y técnico de alrededor seis personas.

¹⁰ Se entiende por salud colectiva un modelo de atención que se construye colectivamente desde el territorio donde éste se va a implementar. Siguiendo a Ibacache y Leighton (2005) en un modelo que involucra todos los sistemas encontrados en un territorio y ofrece una atención resolutoria a las personas. Este modelo es sociopsicobiológico al pensar a la persona en una red familiar, comunitaria, social y cultural.

¹¹ Según consta en informes de archivo del ESR un grupo de profesionales que conformaba la Comisión de Investigación de Salud Rural del Ex Servicio de Salud Llanquihue (desde el 2009 dividido en dos Servicios de Salud, Reloncaví y Chiloé) durante diciembre de 2006 a marzo de 2007 desarrollan una propuesta de salud en el ámbito rural para el sur de Chile. Estos programas consisten en modelos metodológicos que permitan producir un cambio en la forma de hacer salud desde un modelo biomédico a un modelo de salud familiar que implique un mayor involucramiento y participación de la comunidad en 'el hacer salud'. De esta manera, se llega a un convenio con el Ministerio de Salud distribuyendo recursos extraordinarios en el marco del programa de Mejoramiento de Atención Primaria de Salud-APS Rural y la dirección del Servicio de Salud decide priorizar la implementación de dos programas piloto con la siguiente distribución: Piloto Rural Puerto Montt US\$127.440 y piloto rural de Queilen (Chiloé) US\$63.720, agregándose más tarde la comuna de Los Muermos previa negociación con el Ministerio, al cual se le asignan US\$147.440

Con la finalidad de avanzar en equidad e inclusión en salud este programa piloto propone un trabajo que se fundamente en el territorio a través de la adaptación de una red con “pertinencia cultural”¹² por medio de adecuar las políticas de salud a escenarios locales, lo cual implica realizar un análisis local para identificar como se tejen los conceptos locales, las relaciones que se dan con sus identidades y diferencias, reconociendo que en un mismo territorio coexisten múltiples formas de ser y hacer. Para ello es primordial el desarrollo de valores en los equipos de atención primaria hacia el reconocimiento de la alteridad, el respeto y la aceptación.

La implementación y algunas de sus cuestiones

Es en ese escenario dónde se concentra la mirada hacia la implementación, entendiendo que ésta consiste en transitar un sendero que conduce desde el mundo simbólico altamente plástico de quienes toman decisiones, planificadores y productores de conocimiento, al más incierto y resistente de realidades sociales cristalizadas en escasez de recursos, relaciones de poder, conflictos de valores, resistencias, retraimiento y pasividad (Etzioni 1976; Brehm y Gates 1999 Citado en: Martínez Nogueira, 2007). Así, la implementación ofrece la posibilidad de profundizar en la discusión sobre los desfases que existen o pueden existir entre lo político y lo administrativo, la diferencia que existe entre decisión como teoría y la aplicación como práctica, pues es desde este lugar donde se hacen más visibles las interacciones complejas de unos objetivos trazados y unas acciones concretas emprendidas para su alcance. Es entonces allí, en esa complejidad donde aparecen una red amplia y difusa de actores –públicos, privados, mixtos- que tienen el rol de transformar decisiones en hechos efectivos, desde abajo, es decir como operadores concretos en organizaciones en un lugar y tiempo determinado.

Para iniciar en este camino de reflexiones en torno a lo específico de los procesos de implementación dentro de la gestión pública, se precisa retomar algunas afirmaciones y deliberaciones en lo que concierne a la llamada “Asistencia Social” en el escenario Chileno, en la política de salud y específicamente en la implementación de programas de salud rural, en cuanto es un hecho que atraviesa e incide directamente en estos procesos. Para ello es importante tomar en consideración las transformaciones del estado vividas a partir de la década del 90, con los procesos de modernización, y sus impactos en las políticas públicas y particularmente en las políticas sociales, marco en el que se delimita el accionar técnico profesional.

Recordemos que con “Modernizar el estado, actualizarlo, se espera garantizar y hacer efectivos los derechos ciudadanos, prestar servicios básicos acordes respondiendo a las necesidades de los y las usuarias, y crear las condiciones para el libre y ordenado ejercicio de las actividades privadas” (Comité interministerial de la gestión pública, 1999). Proceso emprendido en Chile abiertamente desde el gobierno de Eduardo Frei, pero sustentado en las transformaciones del modelo socio económico del período dictatorial. Dentro de éste, el funcionario público o quienes se desempeñan en la esfera de lo público solo son actores en la implementación, procesos muchas veces entendidos solo como una cuestión técnica o administrativa de menor importancia (Tamayo, 1997) en cuanto las decisiones se concentran en los niveles directivos o

¹² Hablar de pertinencia nos remite a un deseo de hacer salud considerando la alteridad y sin establecer una forma unívoca de hacer salud el interés de responder y cumplir las metas sanitarias impuestas desde el Ministerio de Salud, las cuales con frecuencia por ser un producto centralizado y homogéneo resultan ‘impertinentes’ culturalmente. De otra parte responde a esas nuevas formas de acercarnos a la complejidad sin miedo, creando puntos transitorios intermedios, fijando posibles direcciones o alternativas, teniendo presente que “no tener una dirección clara hace que la incertidumbre aumente en todos los que trabajan en una organización y una población con incertidumbre será una población dubitativa, desconfiada y en la cual pasará a dominar ansiedades de tipo persecutorio” (Escalada, R. 2001, p.22).

de gerencia, donde solo se desempeñan entre un 1 y 2% de quienes trabajan en el sector público (Comité interministerial de la gestión pública, 1999).

En este contexto las políticas públicas terminan reducidas a oficinas públicas disgregadas en los territorios e implementadas por empleados públicos del último escalón de la jerarquía administrativa en contacto con demandas particulares y concretas (Tamayo, 1997). Pero no solo las tensiones aparecen al momento de implementarlas, pues la política social en Latinoamérica aparece necesariamente ligada a las formas en que se construye, cuya tendencia a nivel chileno se limita a sus formas de expresión principalmente de “carencia material” aunque esta no sea el único factor de riesgo, pero desde dónde se observa una primacía del asistencialismo. Un escenario donde se desprenden muchas limitantes, la primera de ellas puede ser la de centrar la atención de la política social en la pobreza, en la carencia, donde la propensión es omitir otros riesgos y problemas sociales presentes y que precisan atención de parte de las políticas sociales. En el caso de las ruralidades, por ejemplo, a invisibilizar la interseccionalidad¹³ de ciertas exclusiones – discriminaciones donde confluye además de lo socioeconómico temas como género, etnicidad, aislamiento y otros varios aspectos que impactan fuertemente en las condiciones de vida de la población.

Las acciones del modelo neoliberal tendientes a la pulverización de la política en una serie de proyectos, conjuga mediocridad técnica y política (Andrenacci, 2009), esta pulverización se ilustra en la formas de financiación del programa de mejoría y equidad rural en cuestión. Dado que una política sanitaria diferenciada para las poblaciones rurales de Chile significarían no solo una actitud técnica y política comprometida, sino una inversión presupuestaria mucho más significativa que lo que le representa al gobierno central la propuesta asistencial- sanitaria contenida en este programa, que de una parte llega solo como un proyecto dentro de un programa, pero que además de eso se clasifica como experiencia “piloto” que debe gestionar y justificar cada año los recursos para sobrevivir en el escenario local y nacional.

De otra parte para reflexionar sobre las formas de acción profesional en lo rural, debemos tener claridad de cómo lo rural se proyecta como un territorio de intervención desde el Estado. El territorio como objetivo de la intervención, cobra atención como centro de las políticas públicas en tanto en él no solo se instalan los llamados pobres estadísticos, sino una parte de ellos, los pobres políticos, que logran concentrar los intereses de acumulación electoral y a su vez medios asistenciales. (Andrenacci, 2009). Sin embargo, en esta experiencia este territorio llamado “rural” se relega al olvido, al silencio, podría decirse que casi no existe y ello queda claro no solo en la construcción de los criterios estadísticos del INE de la ruralidad¹⁴, sino también en las

¹³ El concepto de interseccionalidad responde al problema que busca capturar las consecuencias estructurales y dinámicas de la interacción entre dos o más hechos de subordinación, trata específicamente la forma por la cual el racismo, el patriarcado, las opresiones de clase y otros sistemas de discriminación generan desigualdades básicas que estructuran las posiciones relativas de mujeres, razas, étnicas y otras. Más Allá de esto, la interseccionalidad trata de la forma como acciones y políticas generan opresiones que fluyen a lo largo de estos hechos. Para profundizar el concepto ver: CRENSHAW, Kimberlé W. “Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero”. Estudos Feministas, Los Ángeles: Universidade de California, 2002.

¹⁴ Siguiendo a Medina (2014) el INE utiliza como criterio de medición de ruralidad a las localidades con menos de 1000 habitantes o entre 1000 y 2000 con >50% de población económicamente activa dedicada a la actividad primaria. El autor problematiza este criterio e ilustra como si hacemos uso del criterio recomendado por la OCDE en la X región, (el de densidad de las áreas poblacionales con < de 150Hbts/Km2), encuentran que es de un 81% de la población, en comparación con la medición del INE que sólo asigna un 31% de ruralidad. Por otra parte nos refiere que haciendo uso de un criterio más complejo del PNUD (2008), como el de las cadenas productivas, la ruralidad en Chile sería 3 veces mayor que la estadística oficial. (p.95)

políticas que le llegan y sus formas. Políticas que no hacen parte de una propuesta estructural específica, pensada para el territorio, sino son parte de una totalidad pensada para lo urbano y los trazos diferentes que le llegan son momentáneos, con recursos anuales siempre en cuestión, que precisan constantemente justificarse y que en gran medida responden a la demanda, presiones e intereses de actores locales.

De esta manera la interacción técnica y profesional –más que intervención- en el marco de la experiencia en concreto, conjuga la tensión propia de una propuesta focalizada de corte neoliberal y las intenciones políticas y éticas de parte de un colectivo que percibe y piensa en una política social que responda a una sociedad en peligro de desintegración social, donde la intervención debe ser sobre la debilidad de los lazos de integración social, “vulnerabilidad”, que permitiría ampliar, diversificar y complejizar la noción de riesgo. (Castel citado en Andrenacci, 2009).

Las contradicciones que se albergan en el programa de mejoría y equidad en salud rural nos aproximan a intervenciones que desde el nivel central están pensadas y focalizadas en los atributos negativos, en este caso la enfermedad y la “carencia”. Sin embargo, a nivel más micro y bajo el enfoque de salud colectiva asumida por parte del equipo, tienen el objetivo de incidir en los factores de riesgo, hacia el estímulo de atributos positivos, propiciando entornos favorables, dinámicos y activos donde se piensa a las personas como ciudadanos de derechos y sujetos con conocimientos. No obstante, la centralidad desde la que son pensadas y evaluadas estas propuestas conducen a una homogenización de lo rural, y dan cuenta que no estamos preparados ni formados para responder a las realidades inestables, diversas, a la heterogeneidad no solo cultural sino presentadas como multiplicidades ontológicas.

Nudos de la función pública

Los grandes campos de acción dentro de la función pública de este escenario, van entretejiendo labores de coordinación de los equipos de trabajo donde el enfoque de salud colectiva se tensiona con algunas labores asistenciales biomédicas propiamente.

El sueño era como ir a la comunidad con todo, llevar todo a la gente, trabajar en casas, trabajar ojala en centros comunitarios, pero eso no ha sido posible por la cosa de los recursos en general, volvemos a caer y tal vez los lineamientos políticos en salud, porque la cosa de las metas, de las exigencias, eso está, está ahí y si nosotros no cumplimos yo creo que ya hubiéramos desaparecido francamente; porque no nos van a mantener a un equipo ahí parado, sin que cumplamos las directrices políticas de salud (Entrevista2, Comunicación Directa, 02/2/2014).

En ambos enfoques hay puentes de conexión en tanto no son propuestas disociativas, sin embargo la inyección asimétrica de estímulos monetarios los ubican en una arena de pugna. Se observa que las diferentes modalidades de contratación del personal traen consigo diversidad en los sueldos y asignaciones presupuestarias del recurso humano, un 60% de los funcionarios

del Equipo de Salud Rural no cuenta con una modalidad de contratación estable y a largo plazo. A ello se suma que un 30% del total de funcionarios depende de la financiación anual del programa para su continuidad, además su forma de vinculación laboral condiciona y limita los derechos a estímulos relacionados con la antigüedad y la capacitación permanente.

La flexibilización laboral ha alterado las circunstancias de igualdad que deben regir a aquellos profesionales que realizan actividades análogas y a su vez no favorece un clima de confianza en la organización. La flexibilización laboral pasa a ser entendida como un insumo que permite la polivalencia en el ejercicio de la función pública, o la especialidad de los objetos contractuales. La naturaleza y las funciones propias de cada cargo, y el nivel de responsabilidad inserto en la implementación de la política pública deben ser los elementos objetivos que regulen la remuneración y beneficios destinados por nivel de responsabilidad, y no el tipo de vínculo que lo une al Estado. Tema recurrente en las entrevistas como se ilustra a continuación:

nosotros estamos en calidad de honorarios ya, y como ya saben la mayoría la calidad de honorarios, la diferencia de todo el tiempo es de presupuesto, es decir que nos pagan más tarde ...y también el tema no sé por metas y cosas así, que mis colegas igual trabajan, se esmeran, pero que no les llega nada de eso (de los estímulos monetarios por cumplimiento de metas); pero por otro lado el tema de trabajar con los colegas, que sea a contrata, planta, no hay ninguna diferencia porque igual el trato es de profesional a profesional, tenemos cada uno nuestras tareas (Entrevista8, Comunicación Directa, 03/2/2014).

Por otra parte su ubicación en condiciones de aislamiento geográfico, distancia de la centralidad, genera una cierta simetría en los equipos de trabajo que se traduce en transdisciplinariedad, donde funcionarios de diversas categorías, antigüedades, y en variados vínculos laborales desarrollan actividades heterogéneas. Las cuales hay algunas centradas en instalar al interior de un equipo -con tendencia formativa en enfoque biomédico- la mirada socio antropológica y comunitaria que demandaba la perspectiva de salud colectiva y que no necesariamente es manejada por el total de los técnicos profesionales y el general de funcionarios que integran el equipo.

De igual modo los campos de acción del funcionario/a público en el programa y su implementación transitan desde la atención directa, la gestión y principalmente la organización comunitaria o interacción con otros actores, posicionan la labor de técnicos y profesionales en un hecho permeable que puede estar en un plano meramente de ejecución hasta una postura crítica y constructivista. Tanto en el trabajo hacia los usuarios/as como al interior mismo de los colegas, donde se conjuga una visión asistencialista del programa con otra gama de posibilidades y apreciaciones que generan campos de creatividad, organización y puntos de fuga donde entra en juego los lineamientos que marcaron los orígenes y la tan anhelada búsqueda de la equidad.

Si bien y aunque instalada en un proyecto de matriz neoliberal, buena parte de los/as técnicos y profesionales de la experiencia manifiestan su interés más allá de atender lo concreto de las demandas propias del equipo de salud, enmarcado en la lógica del sistema en una oferta de asistencia biomédica, varios/as de ellos/as expresan su deseo de apuntar a la reconstrucción o fortalecimiento del tejido social, a partir del reconocimiento de otros saberes fuera de la lógica médica occidental.

La interacción propia del equipo permite leer en buena parte de las percepciones de los/as entrevistados y de los mismos informes que eran conscientes de la instrumentalidad con la que habían sido pensadas a nivel central las creaciones de los cargos en el equipo y que proponían de manera sutil ciertas labores funcionales que a su vez alimentarían una política social de corte conservador. Frente a ello emerge la constante demanda de un modelo de implementación *bottom-up*¹⁵ dando énfasis a lo local, lo particular adaptando las decisiones iniciales a las características locales y al contexto en que se produce (Tamayo, 1997).

Así, en un escenario de complejidades, se percibe que se estaba gestando desde los equipos locales de salud rural, la capacidad de agencia de los/as mismos/as técnicos/as y profesionales, posicionándolos en una discusión que supera la lógica de mediación. Esto porque, aunque la propuesta haya surgido en un escenario nacional que hace sospechar una matriz que buscaban su funcionalidad para ayudar a recuperar la presencia del Estado en lugares aislados y lograr proximidad para incidir o controlar ciertos comportamientos en un esquema de acumulación capitalista, la capacidad de los actores locales y su agencia va ampliando sus funciones. Entran en juego elementos progresistas o inciertos que se van articulando a actores comunitarios y van presionando los niveles nacionales y sus políticas.

Así las y los funcionarios superan la mediación, en cuanto esta se circunscribe a una categoría del trabajo en salud que se sostiene en la perspectiva de la relación hombre-naturaleza, dando primacía a la cuestión económica del ser social, siendo esto lo que determina su conciencia (Pontes, 2005). Esta visión nos posiciona en un dualismo no solo desde el punto dialéctico, sino además desde el plano ontológico. Siguiendo a Pontes, el conocimiento como proceso dialéctico conjugaría lo singular y lo universal a través de lo particular, por medio de las mediaciones. Técnicos/as y profesionales en este marco respondería a las mediaciones como determinaciones históricas, en ese sentido la realidad sería algo objetivo que estaría fuera y antecedería los diversos sujetos/ actores que en ella interactúan.

Ahora bien, desde el papel específico en este programa y su enfoque colectivo, la realidad no antecede ni a los profesionales ni a los sujetos que interactúan en ella, así el o la funcionaria que implementa se aproximaría a un enfoque propio de las posturas de la antropología y sociología simétrica que consideran que más que mediación somos una suerte de traductores. Inspirados en la teoría de actor red de Latour (2012), es la aproximación a la posibilidad de dar cuenta de las diferentes entidades heterogéneas que intervienen en los procesos, es decir dar cuenta de las realidades en una red de actores fluctuante que superan la ontología dualista hombre-naturaleza. Ésta permite la entrada a otros actores humanos o no humanos, a otros insumos y estéticas que condensan las realidades en diversas formas y manifestaciones, tomando distancia de la promulgación de verdades y reconociendo la existencia de nuevos lugares de pensamiento y enunciación presentes en diversas formas polifónicas: voces, lenguas, cantos, danzas, rituales, deidades, ruinas e otras tantas que aportan en rupturas del conocimiento.

¹⁵ Un modelo desde abajo –bottom up– que se inspira en la crítica al modelo burocrático top down, con su racionalización y homogenización.

Desde este lugar estaríamos quizá más próximos a otras posturas donde los procesos de implementación son a la vez procesos de producción, que no se restringen a los aspectos materiales y que se centra en la intervención sobre las formas de vivir, los afectos, los comportamientos, e ideales de grupos e individuos. Propuestas próximas a la investigación accion participativa, a la educación popular, a las perspectivas decoloniales que nos invitan a generar conocimientos desde las propias prácticas. La experiencia en cuestión que, en el marco de un programa específico, apostaba por equipo de funcionarios/as públicos donde el conocimiento es una construcción que se da a partir de nuestras prácticas, no existen realidades u objetos que nos antecedan. En ese marco las realidades que construimos pueden aportar a teorías etnográficas de salud que den cuenta de otras formas de existir y habitar el mundo más allá de las formas de hacer salud, por ejemplo, del campo biomédico. Pero más que eso, existencias que superan las categorías reduccionistas propias de las políticas sociales, que apuntan a la esencialización de las dinámicas y de la vida misma y a la homogenización de los sujetos y las identidades, el ejercicio técnico y profesional variado de este campo aportaría de esa manera a pensar desde las diferencias.

En medio de las tensiones generadas que más que duales se traducen en un complejo espiral lleno de matices donde de un lado se tiñen por la hegemónica estrategia neoliberal, fuente inspiradora de los instrumentos presentes en la política asistencial de focalización y priorización, con sus estrategias como la gestión por resultados, los constantes diagnósticos, la mentada planificación estratégica. Del otro lado, posturas más decoloniales, constructivistas y ontológicas, técnicos y profesionales van haciendo uso de estrategias creativas¹⁶, poco convencionales, desafiantes que necesariamente obligan a hacer seguimiento de las prácticas y escribir sobre ellas, como un proceso inacabado y en constante recreación, que necesita de nuevas herramientas e instrumentos.

Podría pensarse que el papel dentro de la función pública, como agentes estratégicos de la política pública, nos posibilita acudir a instrumentalizar a favor de las comunidades este rol y apostar al desafío de reconocer los "saberes otros" tomando distancia de las tendencias jerárquicas que carcomen algunas de las prácticas biomédicas. Instrumentalizar de manera sutil estos papeles de la función pública, nos conduce a favorecer la eclosión de las voces silenciadas lo que implica a la vez dislocarnos del lugar privilegiado donde se posicionaba el llamado conocimiento e intervención objetiva. Abrir paso a dejarnos afectar y sorprender por nuevas formas de agencia, por teorías y palabras que no aparecen en los diccionarios o que no se registran en la real academia de la lengua, es distanciarnos de espacios y temporalidades sobre las que hemos sido formados, es alejarnos de las dimensiones sistemáticamente maltratadoras para correr el riesgo creativo de estimular otros lugares de enunciación que sin

¹⁶ Puede resaltarse dentro de estas jornadas de memoria y saberes, encuentros de saberes y prácticas en medicinas ancestrales, talleres de danza y artes, espacios de autocuidado de equipos, prácticas innovadoras, etc Producto de ello registramos varios trabajos que además de los informes anuales dan cuenta del ejercicio y esfuerzo de investigación del equipo, dónde se hace manifiesta la voluntad por escribir y aportar a la construcción de otras realidades. Destacamos dentro de estos ejercicios tres trabajos titulados así: "Aproximación al Sentido de Comunidad a través de la reconstrucción de la Memoria Histórica de los Habitantes del sector rural del Lenca, Chile", "Percepción de los usuarios del territorio de Salto Grande acerca del cambio de paradigma, de lo biomédico a lo biopsicosocial" y "Historias con nombre de Mujer: Estudio Cualitativo sobre la Violencia de Género en el territorio costero de la Comuna de Puerto Montt". Estos tres trabajos buscaban ampliar el conocimiento de los territorios rurales dónde se implementa el programa, pero además de ellos han sido realizados por los mismos funcionarios que hacen parte del equipo, denotando esfuerzo e interés por cumplir un papel que supera el cumplimiento de las metas impuestas.

pretensión universalizante nos convoca a generar alianzas entre la multiplicidad de posibilidades teórico-prácticas.

Algunas reflexiones para finalizar

Optar por estudiar y profundizar en el conocimiento de las ruralidades es parte de adentrarnos en la inquietud de activar los lugares silenciados por la ciencia moderna occidental. Ciencia que nos ha hecho herederos de una idea de “progreso” y “desarrollo” homogenizante del mundo, abatiendo e invisibilizando todo aquello que se ubique en las márgenes. La apuesta decolonial nos convoca a detener la mirada en aquellas realidades excluidas del sistema moderno y que pueden aportar no sólo a denunciar las incongruencias y atropellos de los procesos colonizadores que se extienden hasta nuestros días, sino además que nos hablan de otras ontologías y epistemes para aproximarnos a los mundos que habitamos sea como investigadores/as, funcionarios/as, técnicos/as o profesionales.

La producción de conocimientos locales o situados es un desafío para instalar discusiones en el campo académico, generando aberturas o fracturas que dejen al descubierto que la complejidad de la vida no puede reducirse a teorías del conocimiento racionales y estáticas. Los sistemas administrativos, las políticas públicas y en general las experiencias de gestión son sistemas vivos, que sólo son posibles de traducir en la experiencia misma y estarían mucho más próximos a responder a las complejas realidades si contemplaran un espacio para la retroalimentación de las experiencias de base. Es ahí donde se insiste en la necesidad que los actores encargados de la implementación alcen sus voces y sistematicen su experiencia como agentes protagónicos más allá de lo político y lo administrativo.

Así mismo, como se expone en apartados anteriores se hace necesario reconocer que no hay recetas, ni formulas en lo concerniente a este tipo de procesos, se debe acudir a la recuperación de saberes y prácticas locales (micropolíticas) que han impactado positivamente la administración pública y a su vez han incidido en procesos de transformación local. Cada contexto, cada país, cada localidad amerita de una forma creativa y única de administrar que depende de diversas condiciones históricas y variables, difíciles de racionalizar con marcos normativos homogéneos. En relación a ello se destaca que el ESR ha podido venir instalando unas prácticas y un discurso local propio, que lo identifica transitoriamente y lo diferencia a su vez, haciendo posible la existencia de significados compartidos (Schvarstein, 1998) que lo posicionan ante la comunidad.

Pensar y estudiar a los funcionarios/as como actores de la política pública además de hacer parte de una decisión teórico metodológica que simplifica la complejidad del escenario que significa estudiar la administración pública, es parte de una decisión ética, política y estética que espera no reducir su estudio o mirada a un rol o papel específico, sino considerarlos agentes, sujetos de saberes y poderes insertos en experiencias colectivas que más allá de una labor o trabajo llevan consigo una existencia sentipensante singular y colectiva, que se crea y resignifica a diario en un escenario que los vincula más de 8 horas diarias de su vida. No son solo una pieza, son sujetos que sienten, piensan, se emocionan y crean.

Ahora bien en este proceso el condicionante de ser una experiencia piloto financiada y evaluada anualmente (todos los años justifica su continuidad) conduce a su inestabilidad, que limita la consolidación como política de salud rural; así mismo ello deriva en la incertidumbre y rotación del recurso humano que allí trabaja y en los niveles diversos de motivación de los mismos, sin poder afianzar un clima de confianza y baja conflictividad.

La burocracia, considerada como la forma de organización racional más compatible con el modo de producción capitalista, vista en un escenario como el estudiado, deja entrever las limitaciones de los modelos de organización que bajo lógicas de racionalidad universalizante reducen la capacidad creativa de los sujetos y fracturan bajo criterios de eficiencia las implicancias y motivaciones que interfieren en los equipos y organizaciones al momento de tomar decisiones en las acciones cotidianas.

Es cuestionable el papel que en esta experiencia juega el Estado, que de una parte aparece como ente empleador y contratante del recurso humano aquí descrito y de otra se espera verle como generador de una política socio- económica que tienda a crear confianza y reducir la sospecha. Sin embargo, contrario a ello, las condiciones laborales y de pauperización del empleo público emergen como factores determinantes en esta experiencia, lo que nos introduce en un escenario de flexibilización amenazante y nos recuerdan que las condiciones de empleo abundante así como la libertad y el pluralismo democrático son condiciones básicas que no pueden ser resignadas en virtud de una supuesta prescindencia política ante las fuerzas libres del mercado (Schlemenson, 1990).

Se siguen pensando hegemónica y centralizadamente las políticas de salud y se actúa con una mirada vertical e ignorante de las particularidades ontológicas, culturales y locales, como bien se expresa en una de las entrevistas: "...la política no tiene conocimiento de lo real que pasa en lo rural, porque es la gente del patio trasero, funcionarios, usuarios, población, comunidad, escuela todo..." (Grupo Focal 2, Comunicación Directa, 13/6/2014).

A pesar de ello, las comunidades –y también algunos agentes de salud, en especial quienes están más cercanos a la comunidad- han desarrollado estrategias que obvian, utilizan, acomodan o incorporan los elementos que les ofrece el sistema de salud occidental y además potencian el sistema originario propio. Incluir e instalar como política de salud este tipo de enfoques es uno de los grandes retos de los funcionarios y funcionarias que le apuestan a este tipo de propuestas, sustentarlas con ejercicios de investigación se hace un requisito necesario para poder instalarlas en una agenda de negociación política y un presupuesto más estable, para que sean contempladas dentro de los gastos corrientes. Esto nos conduce a pensar que lejos de funcionarios previsibles, como podría definirlos la burocracia racional Weberiana, los sujetos -llamados funcionarios/as- partícipes de esta experiencia van más allá de normas y reglamentos y se aventuran en procesos de subjetivación colectiva que ponen en cuestión la racionalidad de los procesos administrativos, dejando de ser un simple engranaje que ejecuta ordenes, impregnando los procesos de afectaciones y emotividades.

La profesionalización de los participantes, como uno de los ejes de la columna vertebral que sustenta la burocracia racional, y que posteriormente incidiría en otras corrientes y formas de pensar la organización del estado como en el caso Chileno en estudio, nos deja abierta la posibilidad de cuestionar si acaso más que especialidades en un determinado cargo, no se hace necesario contar con funcionarios/as con ciertas actitudes y habilidades que escapen a la disyuntiva técnica- política y que permitan hacer de la implementación una práctica política que retroalimente de manera ética y estética los programas o propuestas de las que se hace parte.

La incursión de teorías de relaciones humanas en el campo administrativo vino a abrir grandes senderos para el ingreso de disciplinas como la sociología, la antropología, la psicología entre otras, en el campo de la administración pública. A pesar de las grandes contribuciones que ello pudo significar en los estudios de la administración pública podría cuestionarse que la individualización o fragmentación de estas lecturas deja de lado factores externos importantes que intervienen en la motivación y compromiso de los funcionarios en dichos procesos. De hecho, es difícil pensar hoy un escenario laboral público que no contemple espacios de

autocuidado, o en otro caso han aparecido estímulos monetarios individuales o grupales como estrategias del cumplimiento de metas dentro del enfoque administrativo y de gestión, ahora bien, ello de una parte ha reducido o paralizado las miradas de un escenario que es bien más complejo. Es necesario llevar la discusión a reflexiones que incluyan tanto lo interno como lo externo y sus variantes multicausales, sin reducir a la conducta y su control el éxito del proceso administrativo.

De esta manera se considera que se precisa ampliar y problematizar los cuerpos conceptuales y teóricos que desde la administración pública dan cuenta del recurso humano, si bien hay una emergencia de miradas y estudios cuando contrastamos con realidades específicas nos damos cuenta de las limitaciones de los mismos y de su necesaria complementariedad o exploración mixta. Entender lo humano y su experiencia dentro de la labor pública escapa a precisiones de teorías del conocimiento, quizá es posible hacer aproximaciones pero los procesos de subjetivación son inclasificables y nos invitan a pensar en posibles escenarios de devenires inciertos.

La distancia que se percibe entre las decisiones y orientaciones políticas propias de los marcos normativos de la política pública en salud rural y las prácticas concretas que las traducen en los escenarios micro locales, genera que la legalidad y legitimidad de las mismas desaparezca o se haga difusa al momento de la implementación. La brecha que se genera entre lo político y administrativo sigue estando abierta, valdría la pena preguntarnos si acaso ello no obedece a la forma como se está concibiendo la administración pública desde el Estado moderno, si se ha perdido la esencia o sencillamente ha perecido en manos del capital económico transnacional, asignándole un lugar puramente superficial y de forma, traducible en protocolos recetarios unívocos.

El papel del trabajo social en la esfera de la administración de lo público, emerge como una posibilidad de instaurar una reflexión crítica frente a lo que se hace, es una oportunidad posible en cualquier escenario laboral y está atravesado por la formación y compromiso ético y político de los profesionales. Como experiencias traductoras, sin embargo, estas estrategias han provocado que las herramientas metodológicas por las cuales nos aproximamos a ellas nos confronten con algunos puntos críticos, que aún transitan en la reflexión y deconstrucción, y que nos marcan un derrotero inquietante de cómo investigar en salud, dando cuenta de la complejidad del campo social, y a su vez, que sean aportes para la transformación de la sociedad y la acción.

Referencias

- Andrenacci, L. (2009). Notas acerca de la política asistencial en América latina. *Revista Cátedra Paralela*, (6), 1-24. Rosario, Argentina: Ed Unr.
- Comité Interministerial para la Reforma de la Gestión Pública (1999). *La Gerencia Pública. Elementos para un debate*. Santiago de Chile.
- Crenshaw, K. W. (2012). *Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero*. Estudos Feministas, Los Ángeles: Universidade de California.
- Decreto Ley de los organismos públicos de salud. Decreto ley nº 2763, 1979. Párrafo 1, p13.
- Decreto Supremo reglamento orgánico de los servicios de salud. Decreto supremo nº 140, 2005. Párrafo 1, p 1.
- Etzioni, A. (1996). La exploración combinada: un tercer enfoque de la toma de decisiones. En Aguilar Villanueva, L. (ed), *La hechura de las Políticas*, (pp. 265-282). México: Porrúa.
- Falappa, F. y Andrenacci, L. (2009). *La política social de la Argentina democrática (1983-2008)*, Buenos Aires, Argentina: UNGS/Biblioteca Nacional.
- Fals borda, O. (2009). *Uma sociologia sentipensante para América Latina*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Clacso
- Haraway, D. (1991). *Primate Visions. Gender, Race and Nature in the World of Modern Science*. New York: Routledge.
- Ibacache, J. y Leighton, A. (2005). *Salud colectiva: un modelo de atención de salud contextualizado. Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario para la Provincia de Chiloé*. Chile: Departamento Provincial de Salud de Chiloé.
- Instituto Nacional de Estadísticas Chile. (2004). *Estimaciones y Proyecciones de Población por Sexo y Edad. País Urbano-Rural. Período de Información: 1990- 2020*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- Jaramillo, F. y otros. (2006). *Informe preliminar. S.S. Llanchipal. Propuesta para el desarrollo de la salud en el ámbito rural*. Puerto Mont, Chile: Servicio de Salud Llanchipal.
- Jaramillo, F. y Figueroa, E. (2008) *Primer Informe: Experiencia de avance y aprendizajes durante el trabajo de implementación del Piloto de Salud Rural en el Departamento de Salud Rural de Puerto Montt*. Puerto Mont, Chile: Servicio de Salud Llanchipal.
- Latour, B. (2012). *Reagregando o Social: uma introdução à Teoria do Ator- Rede*. Trad. Gilson César Cardoso de Sousa. Salvador/Bauru: Edufba/Edusc.
- Ley sobre estatuto de atención primaria en salud. Ley nº 19378, 1995. Párrafo 2, p5.
- Martínez Nogueira, R. (2007). Desafíos estratégicos en la implementación de programas sociales. En Cortázar, J. (ed), *Entre el diseño y la evaluación El papel crucial de la implementación de los programas sociales*. Argentina: BID.
- Medina, S. (2013). *La política de salud rural en Chile y su implementación durante los dos últimos periodos de gobierno: discursos políticos, prácticas institucionales y representaciones sociales en la comuna de Cochamó*. Maestría en Medicina Social, México, D.F: Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco.
- Pessolano, D. (2007). Teorías comparadas para repensar los fundamentos teóricos y filosóficos de la intervención en trabajo social. La corriente crítica brasilera y Saul Karsz. *Revista Trabajo Social*, (15), 143-163. Bogotá. Departamento de Trabajo Social, Facultad de ciencias humanas, Universidad nacional de Colombia.
- Pontes R. (2005). *Mediación y Servicio Social*. Sao Paulo, Brasil: Ed. Cortez.
- Schlemenson A. (1990). Confianza. En *La perspectiva ética en el análisis organizacional*, (pp. 45-56). Barcelona, España: Paidós.
- Schvarstein, L. (1998). *Diseño de Organizaciones – Tensiones y paradojas*. Barcelona, España: Paidós.
- Tamayo, M. (1997). El análisis de las políticas públicas. En Bañón, R. y Carrillo, E. (comps.), *La nueva administración pública*, (pp. 281-312). Madrid: Alianza Universidad.