

El desarrollo local a escala humana: experiencias de desarrollo comunitario en el sector salud. Chile*

Andrea Peroni**

Resumen: El desarrollo local es controversial por las limitaciones en las que se encuentra inserto. Por un lado la globalización arrasante y el crecimiento económico sin vinculación con la ética. Por otro lado, la falta de autonomía local y la desvinculación de las comunidades con los proyectos de desarrollo de mayor alcance. Dichas tensiones, invitan a cruzar fronteras y a pensar el desarrollo local a escala humana, como modelo orientador, como germen de otra mirada del desarrollo humano. En el presente artículo se ilustra cómo el desarrollo local puede viabilizarse mediante la participación social, y para ello se analizan siete experiencias chilenas vinculadas a temáticas de salud municipal.

Palabras clave: desarrollo local; desarrollo a escala humana; desarrollo comunitario; salud municipal.

Local development at human scale: experiences of community development in the health sector. Chile

Abstract: Local development is a controversial issue because of the limitations that surround it. On the one hand, the destructive globalization and economic growth not related to ethics. On the other hand, the lack of local autonomy and relationship between the community and the development projects of the country as a whole. These tensions invite to cross borders and to think local development at a human scale, as orientation model, as seed to another glance towards human development. In this article it is shown how local development can be made possible through social participation, by analyzing seven Chilean experiences in the thematic of municipal health.

Key words: Local development; human scale development; community development; municipal health.

Recibido: 04.03.2009

Aceptado: 01.04.2009

* * *

* Ponencia a ser presentada en Congreso Internacional: *Ciencias Sin Fronteras*. Mesa: Desarrollo Territorial, a desarrollarse en la Universidad de Santiago de Chile, Instituto de Estudios Avanzados (IDEA) junio, 2009.

** Universidad de Chile, Santiago, Chile. Email: aperoni@uchile.cl.

Introducción

El presente trabajo pretende dar cuenta de la relevancia que adquiere el desarrollo local, específicamente mediante el desarrollo comunitario, siendo éste uno de los ejes gatilladores de los procesos de desenvolvimiento a escala humana en el territorio común.

El informe revisa los conceptos vinculados al Desarrollo Local (DL), a fin de profundizar en el Desarrollo a Escala Humana, propuesto por Max Neef. Luego analiza, a través de dicho enfoque experiencias de desarrollo comunitario, en el sector salud, radicadas en Chile. Finalmente se concluye mediante la presentación de un Decálogo de Buenas Prácticas a fin de ser incorporadas en un plan de Desarrollo Local.

“Se va enredando, enredando como en el muro la hiedra...”

El desarrollo local es un concepto variopinto, presenta diferentes matices, expectativas, esperanzas y descréditos. Por ello es relevante conocer los elementos teóricos que componen la discusión sobre el desarrollo local, a fin de situar adecuadamente el desarrollo comunitario como clave del desarrollo a escala humana.

La necesidad de conversar sobre el desarrollo local se vincula a contextos de mayor alcance, específicamente nos referiremos al actual ordenamiento internacional caracterizado por la globalización y por el modelo económico que lo acompaña, el neoliberalismo.

Según la CEPAL, la globalización, o mundialización, se entiende como la “creciente gravitación de los procesos financieros, económicos, ambientales, políticos, sociales y culturales de alcance mundial en los de carácter regional, nacional y local” (Silva, 2003:45) Desde una mirada más específica, la globalización “es un proceso que se caracteriza por el aumento de la competencia en los mercados, lo que implica la continuación de los ajustes del sistema productivo de los países, las regiones y las ciudades inmersas en la globalización” (Vásquez-Baquero, 2001:1). La internacionalización del sistema productivo y de los mercados es protagonizado por las empresas multinacionales y posibilitado por una reducción del papel del estado. El sistema capitalista que lo sustenta tiene, como motor, la necesidad de “recuperar a la mayor velocidad posible los recursos gastados en invención, diseño, fabricación y comercialización del producto de generación n+1 y frente a tal exigencia el sistema no tolera ni tolerará fronteras, aduanas, aranceles, prohibiciones ni mecanismos que entrapen el comercio: el sistema requiere un espacio único de comercialización” (Boisier, 2005: 49)

Sin duda que la globalización afecta el espacio local, tanto sea que se asuma una postura “globalizadora” o “localista”. Los primeros describen que las empresas transnacionales definen los lugares donde se aglomeren las actividades económicas y con ello sobreponen el nivel global al

local. Los segundos, señalan que los “lugares y localidades están siendo más y no menos importantes en su contribución a la innovación y a la alta tecnología” (Boisier, 2005: 49). Ambos enfoques reflejan que el nivel espacial-productivo es afectado mediante el surgimiento de nuevas dimensiones del mundo (miniaturización y simultáneamente expansión de las fronteras, debido a los avances del transporte y las telecomunicaciones).

Asimismo la dinámica de la globalización repercute en una vinculación espacial que requiere una rearticulación de las conexiones con los otros lugares del mundo y/o según su relación con el mismo territorio, aludiéndose a lógicas verticales y/u horizontales, dependiendo el tipo y proyección del vínculo que se requiera establecer. Por consiguiente, diferentes son las acciones que se pueden desarrollar para abordar las oportunidades que ofrece la globalización en los territorios, así como las estrategias que permiten disminuir los efectos negativos de la misma. En el presente documento abordaremos aquellas estrategias que permitan fortalecer (despegar o consolidar) los espacios locales desde una perspectiva sociocomunitaria¹, dado que el desarrollo local refiere a sujetos y no a objetos (Carpio²). La perspectiva mencionada refiere a la vinculación horizontal entre sujetos, entre actores del territorio (pudiéndose expandir a las localidades), que permite reconstruir “**las bases de la convivencia local**”. (Carpio, 2009.a:12)³, siendo la clave de la sustentabilidad del Desarrollo Local.

La opción por abordar esta perspectiva, refiere a los siguientes motivos:

a) es necesario compensar la imagen que nos ha instalado la modernidad actual sobre la creencia que conformamos “una nueva ciudadanía sin fronteras”. Si bien, nos permite mirar a todos “los otros” como conciudadanos planetarios y repercutirá en una mayor conciencia colectiva, no podemos dejar de reconocer que “la abrumadora mayoría de la gente hace uso de su tiempo de vida en un espacio geográfico que, imaginariamente, no supera un radio de 500 kilómetros. Allí vive, forma familia, trabaja, obtiene educación y salud, allí se recrea, y generalmente termina por ser enterrado en ese mismo espacio,” (Boisier, 2005: 50). Por consiguiente, a la par de la ciudadanía global, se debe reflexionar sobre la vinculación cotidiana con el territorio propio y ello orienta a los aspectos de vinculación socio espacial.

¹ No obstante, para aquellos lectores que deseen profundizar en las estrategias que se pueden desplegar desde niveles económico-productivos se sugiere revisar a autores como Alburquerque, Boisier, Silva, Muhammad Yunus, etc .

² Ver: Manfred Max-Neef, Antonio Elizalde y Martin Hoppenhayn. Desarrollo a Escala Humana.

³ “La eficacia de las acciones depende de la existencia de las virtualidades locales que están relacionadas con las potencialidades y capital sinérgico del territorio que adquieren su totalidad con las formas de interacción interna y la identidad” (Carpio, 2009.a:12)

b) la identidad “mc donalizada” se encuentra aceleradamente en construcción, donde la homogenización es el valor que entrega permitiéndonos construir una identidad planetaria. Sin embargo, el proceso de diferenciación debe ser también intencionado mediante una localización identitaria de lo global.

Por consiguiente, estamos hablando de un Desarrollo Local, posible pero conciente de la tensión que implica estar en relación con la globalización. Así se entenderá por Desarrollo Local aquel proceso que contribuya a “crear un entorno favorable para consolidar las iniciativas económicas locales, incentivar el capital social, conservar o crear una cultura de territorio, y privilegiar o crear una lógica horizontal de construcción del territorio” (Sánchez,2006:87)

Dicha definición implica un estilo de desarrollo que no refiere a progreso lineal, ni a mero crecimiento económico, ni al alcance de un polo en diferentes dicotomías (civilización-barbarie; rural-urbano; primer mundo-tercer mundo; norte-sur). Refiere a un desarrollo que enfatiza la idea de proceso, de construcción constante, proceso de expansión de esa libertad (Amartya Sen). Refiere a un proceso que permita elevar la calidad de vida de las personas (Max-Neef et al, 1986), que incluye la dimensión económica pero desde una perspectiva, no exclusiva ni excluyente. En esa línea, Max-Neef, Elizalde y Hopenhayn, han propuesto el modelo de Desarrollo a Escala Humana (DEH), siendo el primer concepto que especifican el de calidad de vida, alcanzándose ésta según las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales. El segundo concepto relevante que aportan refiere a las necesidades humanas y su satisfacción, influyéndose de allí en más en el enfoque existente en las disciplinas sociales que atienden los temas de desarrollo humano. A saber, existe una diferencia sustantiva entre necesidades humanas propiamente tales y los satisfactores de esas necesidades humanas, es decir aquello a lo cual recurrimos para satisfacerlas (satisfactores). Las necesidades humanas fundamentales son pocas, finitas y clasificables, y las necesidades humanas fundamentales son invariables, son las mismas para todas las culturas en cualquier período de la historia y en cualquier aspecto o circunstancia. Lo que cambia a través de la historia, el tiempo, el contexto o las circunstancias, no son las necesidades fundamentales sino los satisfactores.

Las necesidades humanas fundamentales pueden clasificarse de acuerdo a dos criterios: un criterio ontológico o existencial donde se distinguen las necesidades de Ser, Tener, Hacer y Estar, y otra clasificación basada en un criterio axiológico o de valores, donde se distingue nueve necesidades humanas fundamentales: Subsistencia, Protección, Afecto o Amor, Entendimiento, Participación, Ocio, Creación, Identidad y Libertad

El Desarrollo a Escala Humana plantea la necesidad de un desarrollo que abarque los planos individuales/colectivos, desde los mas simples a los mas complejos, a saber: i) que se oriente explícitamente a la satisfac-

ción de las necesidades fundamentales de las personas; ii) a generar mayores y crecientes niveles de autodependencia, comenzando a niveles locales y pasando a los regionales y nacionales; y iii) articular de manera más orgánica las relaciones entre ser humano, naturaleza y tecnología, la articulación más armónica y orgánica entre Estado y sociedad civil, entre crecimiento personal y crecimiento social, y entre planificación y autonomía, lo que denomina la trilogía de la supervivencia (Max-Neef, et al 1986:15)

La trilogía de la supervivencia son los objetivos del DEH, una manera de alcanzarlos es a través del desarrollo de las comunidades a nivel local. En el contexto neoliberal imperante, las personas con recursos económicos/sociales son los protagonistas de espacios de decisión y de satisfacción de sus necesidades. Sin embargo, la satisfacción de dichas necesidades de manera colectiva, a escala territorial, situada en un locus compartido, aun esta pendiente, o al menos no se resuelve de la misma manera (mediante el mercado). Por ello, a continuación quisiéramos revisar procesos de desarrollo comunitario, a fin de develar gérmenes de DEH en su actuar.

Al hablar sobre el desarrollo comunitario se presentan al menos dos perspectivas validas de ser mencionadas. Desde el punto de vista de las agencias estatales e internacionales, se refiere a los: “Procesos en cuya virtud los esfuerzos de una población se suman a los de su gobierno para mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las comunidades, integrar a éstas en la vida del país y permitirles contribuir plenamente al progreso nacional”. (AIF-BM, 2007). Y desde el punto de vista de la sociedad civil corresponde a “Aquel proceso educativo, coordinado y sistemático, en el que, partiendo de las necesidades, carencias, o situaciones de dificultad, los miembros de la comunidad tratan de organizar el proceso global de la misma, con el fin de mejorar las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales y lograr una transformación de la realidad social”. (AAVV,1999).

De acuerdo a la primer definición, el énfasis esta puesto en el desarrollo que vincula los objetivos de la comunidad, con la región y el país (o al revés). En la segunda, el énfasis se encuentra en la autosatisfacción de las necesidades de la comunidad. A efectos del presente estudio se consideraran ambos conceptos de manera complementaria y se incluye lo siguiente: “El desarrollo de una sociedad, estado, país, comunidad es el despliegue de las potencialidades que laten en ella. Consisten principalmente en los recursos del territorio que ocupan y además las mismas capacidades y fuerzas combinadas de hombres y mujeres” (Moran, 2008:9)

Por consiguiente, estamos hablando de un proceso que considera los objetivos nacionales –mediante sus políticas– pero que parte de las necesidades, de un territorio, de una comunidad, a fin de mejorar sus condiciones de vida. El proceso de desarrollo, refiere al despliegue de capacidades presentes en las comunidades (Durston, 1999). Este despliegue implica relaciones entre las personas, organizaciones e instituciones, relaciones que

se mueven en torno a la autoridad, el poder; la producción e intercambio de bienes, servicios y riquezas, etc. Y que repercuten en los vínculos que unen a las personas entre si y con la sociedad.

**“... y va brotando, brotando como el mosquito en la piedra,
como el mosquito en la piedra, Ay, si, si, si.”**

A continuación se presentarán procesos de desarrollo comunitario desenvueltos en Chile, que permitirán develar elementos del DEH en su actuar. Se ha optado por casos vinculados al sector salud, a fin de homogeneizar el análisis, por los siguientes motivos: a) responden a la satisfacción de necesidades de primer orden, partiendo por la subsistencia, y b) refieren a una nueva etapa institucional de implementación de las políticas de salud en el nivel Local, rearticulando o creándose el tejido local.

El sector salud, en Chile, también fue afectado por el neoliberalismo, y el consiguiente proceso de privatización. Según Aedo C. (2005:607) hacia “fines de la década de los setenta, el gobierno inició una serie de reformas estructurales que tenían como objetivos fundamentales la liberalización de la economía, la reducción del tamaño del Estado y la adopción de un modelo de desarrollo económico y social inspirado en la economía social de mercado, el que se basa en el principio de subsidiariedad del Estado, en la participación activa del sector privado en la economía y en la asignación de los recursos a través del mercado⁴. [...] El sistema de salud público pasa a ser liderado por el Ministerio de Salud, quien tiene por tarea el diseño de políticas y programas; la coordinación de las entidades del área, y la supervisión, evaluación y control de las políticas de salud”. El proceso de reforma continúa en la década del '80, creándose el actual sistema de provisión privada de salud en sus distintos niveles. En 1981 se “producen dos reformas importantes. En primer lugar, basado en la aplicación del DFL 1-3.063, de 1980, se comienza con el proceso de municipalización de los Centros de Atención Primaria. Por el mismo decreto se traspaasa, desde 1981 hasta 1988, un porcentaje estimado en 70% de los establecimientos de atención primaria del SNSS a las municipalidades. Los consultorios de atención primaria tienen a su cargo la atención de salud del recién nacido hasta niños de 14 años, la consulta por morbilidad y el control de salud del adulto y del adolescente, el control del embarazo y la planificación familiar”. Con dicha medida parte un nuevo proceso de descentralización, mediante el cual cada municipio debía hacerse cargo de la salud comunal, con sus propios recursos, siendo menores en las localidades más vulnerables (por ello es relevante ver como las comunidades participan en la gestión de salud local).

⁴“En 1979, por el Decreto Ley 2.763, se produce la fusión de los recursos del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, se redefinen las funciones del Ministerio de Salud y se crean el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Central de Abastecimientos del SNSS (CENABAST).” (Aedo C.,2005:607)

Los casos analizados presentan las siguientes características:

a) se enmarcan en el objetivo ministerial para “desarrollar una Política de Estado en Promoción de Salud, de carácter intersectorial y participativa, destinada a lograr estilos de vida y ambientes más saludables, mediante el compromiso activo de la sociedad en la construcción de la salud y calidad de vida, constituye uno de los desafíos gubernamentales de mayor trascendencia en el país” (Minsal, s/f).

b) son espacios de participación, siendo ésta la “clave del desarrollo para fomentar la adopción de fórmulas y soluciones colectivas” (Carpio, 2009.a: 9). De hecho, la “participación social es un componente básico del fortalecimiento comunitario que ha aportado dos convicciones sustantivas. Por una parte significa que los ciudadanos no sólo tienen problemas, sino que tienen soluciones, no sólo producen demandas que dirigen hacia fuera sino respuestas que se dan ellos mismos. De este modo la comunidad se hace competente y es parte de la solución”. (García Roca, s/f: 4), siendo estas dos convicciones características de las experiencias que se presentarán.

c) corresponden al nivel municipal de atención de la salud, y representan las realidades de las distintas zonas del país (rural/urbano), de las distintas regiones (norte, centro, sur) de Chile, y los distintos tipos de enfoques médicos (tradicionales –comunidades originarias/modernos).

d) refieren a experiencias ciudadanas presentadas al Premio Innovación y Ciudadanía, desde el año 1999 a la fecha, a cargo del Programa Ciudadanía y Gestión Pública, de la Universidad de Los Lagos, Chile (www.innovacionciudadana.cl)

Las experiencias analizadas, distribuidas a lo largo de Chile, son las siguientes:

1. Promoción Internacional de la Gestión de Salud en el Mundo Rural. Camiña. Región de Tarapacá.
2. Foco Social: Promoción de una Comuna Saludable. Quillota. Región de Valparaíso.
3. Estrategias Sociales de un Consejo de Desarrollo Local de Salud. Pedro Aguirre Cerda, Región Metropolitana.
4. Promoviendo estilos saludables de alimentación en las escuelas de Curanilahue. Región del Bío Bío
5. Presupuestos Participativos en Salud. Talcahuano. Región del Bío-Bío.
6. Angol: comuna saludable. Región de la Araucanía.
7. Mesa Intersectorial Salud y Educación, Chiloé. Región de Los Lagos.

1. Promoción Internacional de la Gestión de Salud en el Mundo Rural. Camiña. Región de Tarapacá.

Camiña es un valle agrícola ubicado a 200 kms. Al norte de la ciudad de Iquique, a 2.400 metros sobre el nivel del mar, en la región de Tarapacá. Fue creada como comuna el 15 de octubre de 1980 comprendiendo 10 localidades, entre las que se cuentan Camiña (capital de la comuna). Su comunidad, predominantemente aymara, se dedica a labores agrícolas y de pastoreo.

En un contexto de rápidos cambios económicos, sociales, ambientales, demográficos y de urbanización y en el marco de los procesos de globalización, cuyas externalidades negativas están teniendo un efecto crítico en la salud de las personas y las poblaciones, la experiencia de Camiña destaca por el esfuerzo de involucrar a las comunidades indígenas, a la institucionalidad pública y al municipio en las acciones de promoción de salud con el horizonte de constituirse en una comuna saludable. Su foco estratégico es la pertinencia o adecuación de los mensajes formativos y acciones demostrativas a los patrones socioculturales tradicionales locales, buscando recuperar y fortalecer la identidad de sus habitantes. Camiña representa un caso de reapropiación político-cultural del programa de promoción de salud en un escenario local El Comité Vida Chile Camiña, eje de la iniciativa de promoción en la comuna, principal instancia local de intersectorialidad y participación social, coordina todas las iniciativas en pos de una comunidad saludable. Integrado por las escuelas, jardines infantiles y biblioteca del sector, postas y estaciones de salud, la Unión de Juntas de Vecinos, centros de madres y clubes de adulto mayor, Carabineros, radios locales, Servicio País, kolliris y Registro Civil, su gestión política consiste en la negociación de facilidades de funcionamiento, infraestructura y apoyo logístico con la municipalidad y sus autoridades. Esta gestión se centra en la elaboración y co-ejecución del Plan anual y la distribución de los recursos que financian el programa de promoción.

Entre las acciones del Comité se cuentan labores educativas y de capacitación a comunidades, el desarrollo de campañas comunicacionales y de información a la población y un esfuerzo de abogacía por captar el interés de las instituciones públicas por constituirse en espacios promotores de la vida saludable, estimulando las iniciativas orientadas en tal sentido.

2. Foco Social: Promoción de una Comuna Saludable. Quillota. Región de Valparaíso.

Quillota, tiene una población de 75.916 habitantes, 51 % de ella son mujeres y el 14,9 % habita en zonas rurales. La comuna, definida como próspera, con un Índice de Desarrollo Humano (IDH-PNUD) Alto, ha progresado denodadamente en los últimos años, presentando una evolución similar a la de la región donde el 86% de la población muestra indicadores altos o muy altos en salud y educación.

La pobreza, sin embargo, afecta al 14,1% de la población. De entre ellos los indigentes alcanzan al 1,2%, concentrados en bolsones urbanos de antigua data.

En el año 2000, se crea el cargo de Administrador Municipal, cuya primera tarea fue la formulación de los instrumentos de planificación necesarios para una gestión municipal integrada, estableciéndose por objetivos: “promover el desarrollo de una comuna saludable, humana y solidaria; incentivar el autogobierno en los territorios; desarrollar de manera integrada, oportuna y responsable la prestación de servicios sociales de calidad fomentando la equidad; reconocer el derecho a la participación ciudadana y fomentar la corresponsabilidad en el desarrollo de la comuna promoviendo la integración social. Para su cumplimiento la municipalidad debió reordenar su misión y crear nuevas estructuras y modos de gestión” (www.innovacionciudadana.cl).

Internamente se crean tres áreas o “focos de gestión”: Desarrollo Institucional y Gestión Interna; Desarrollo Social (en la actualidad Foco Social); Gestión Territorial y Desarrollo Productivo. La potestad decisoria radica en el alcalde y el consejo, sin embargo, la conformación de un comité técnico –Comité de lo Saludable–, permite la participación activa de los funcionarios y ciudadanía en la discusión y toma de decisiones. Para llevar a cabo la construcción de este complejo e integrado modelo de gestión en salud, con compromiso de distintos niveles decisionales territoriales, sectoriales (Salud Pública y Redes Asistenciales), intersectoriales y de instancias de participación social local, el municipio ha desarrollado una serie de estrategias y métodos de intervención, con la plena participación de la ciudadanía.

3. Estrategias Sociales de un Consejo de Desarrollo Local de Salud. Pedro Aguirre Cerda, Región Metropolitana.

La comuna de Pedro Aguirre Cerda (PAC) se funda en 1982 de la fusión de sectores de las comunas de San Miguel, La Cisterna y Santiago (Región Metropolitana). Totaliza una superficie de 8,7 Km² con una población de 114.560 habitantes, 55.382 hombres y 59.178 mujeres. Por su origen, sus características urbanas –que en rigor fusiona territorios periféricos, residenciales y carenciados de otras comunas– dan lugar actualmente a un territorio que tiene un rol predominantemente residencial, con ocupación en extensión, presentando bajos y segregados niveles de equipamiento e infraestructura a nivel local y regional. La comuna presenta un índice de pobreza del 15,67 % (3,2 % pobre indigente, 12,5 % pobre no indigente).

El Departamento de Educación Municipal tiene bajo su administración 15 establecimientos, que imparten Educación Pre-Básica, Básica, Enseñanza Media Científica Humanista, Técnico Profesional y Enseñanza de Adultos. Su matrícula actual es de: 5.642 alumnos. Todos sus indicadores en Educación se encuentran por debajo de la media nacional.

Actualmente, el objetivo central del desarrollo social de la comuna es aumentar la calidad y la cobertura de servicios asociados con la salud, la educación y la cultura, que permitan acrecentar y potenciar los niveles de autonomía y participación que hoy la comunidad posee.

El desarrollo de la comuna es parte de un proceso histórico compartido de reivindicaciones instauradas desde los sectores populares. Un ejemplo de desarrollo comunitario lo constituye el Consejo de Desarrollo Local de Salud del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Edgardo Enríquez Frodden. Desde su formación hace ocho años, el Consejo ha realizado acciones que promueven el desarrollo organizacional de la comunidad, valorando la acción del dirigente para insertarlo en una red social integrada, participativa y con opinión, pudiendo aportar, desde ahí, a la planificación y el desarrollo de proyectos tendientes a potenciar el capital social de la comuna. A la par insta a la generación de estrategias para facilitar el acceso y la atención en salud de la comunidad, manteniendo y potenciando el sistema público de salud e incentivando estilos de vida saludables en la ciudadanía. De este modo la comunidad pasa de ser un demandante pasivo a un sujeto de derechos en salud, rompiendo con un modelo biomédico jerarquizado y excluyente.

Como instancia asesora del CESFAM en la gestión y recomendación de funciones de tipo informativo, propositivo, promotor, consultivo, evaluativo y decisorio, del Consejo participan representantes de los equipos profesionales de salud, personal administrativo y la comunidad organizada.

El Centro de Salud Familiar Edgardo Enríquez Frodden, inaugurado en 1993, es el eje de la acción de este Consejo y su Módulo de Atención Solidaria (actual Oficina de Informaciones, Reclamos y Sugerencias –OIRS–) es heredero de la labor emprendida por los dirigentes y la comunidad, lo que demuestra identidad organizacional y una capacidad desarrollada a través del tiempo para apoyar la gestión de los mecanismos propuestos, conservando su autonomía como organización de la sociedad civil.

4. Promoviendo estilos saludables de alimentación en las escuelas de Curanilahue. Región del Bío Bío.

La comuna de Curanilahue hogar de 31.943 personas, se sitúa al interior de la Cordillera de Nahuelbuta. Administrativamente, pertenece a la Provincia de Arauco, Región del Bío Bío, y si bien ha sido tradicionalmente conocida por las durísimas condiciones de vida que históricamente han enfrentado sus habitantes, en los últimos años ha destacado por los esfuerzos persistentes para revertir un contexto social y ambiental desolador.

La comuna presenta una tasa de escolaridad promedio de 7,2 años (inferior en 3 años al promedio de escolaridad nacional); una población principalmente urbana (94,53%) y adulta (un 63% de su población tiene sobre 19 años); un índice de desarrollo humano de bajo logro, altísimos índices de pobreza (34,2%) y de desempleo (10 %). Así, Curanilahue ha debido hacer frente a complejas condiciones para el sector salud, prevaleciendo la demanda por la atención pública, con un 89,9 % de población inscrita en este sistema estatal.

En este contexto, las iniciativas de promoción del autocuidado y de factores protectores se hacen urgentes, colaborando con una población acos-tumbrada a rígidos marcos de movilidad social y expectativas futuras. La comuna está hoy rodeada por plantaciones forestales, y ha debido experimentar en años recientes, el cierre de las minas de carbón, con importantes costos para la salud mental de la población.

Los antecedentes de la estrategia de promoción de salud en las es-cuelas de Curanilahue se remontan a la puesta en marcha de los Programas Promoción de las Salud (PROMOS); fondos concursables para la promo-ción de la salud gestionados desde los establecimientos hospitalarios de la red asistencial a partir del año 1998. Se crea, entonces, la Oficina Municipal de Promoción de Salud y Medio Ambiente (OMPS). A partir de la crea-ción de la OMPS, se continúa trabajando con la lógica de un Comité Ejecutivo y un Comité Ampliado Vida Chile. El primero está compuesto por representantes del Departamento de Educación, Dirección de Desarrollo Comunitario, Hospital comunal, Centro de Salud Eleuterio Ramírez, Mu-nicipalidad y comunidad, reuniéndose mes por mes. El Comité ampliado se reúne cada tres meses y convoca a todos los que se vinculan con el pro-grama. De este modo, se trata de una experiencia que ha ido exponencialmente sumando voluntades de trabajo.

El trabajo que realiza la OMPS en la actualidad recoge los lineamientos establecidos por el Programa de Promoción de Salud del Mi-nisterio de Salud, y las metas nacionales en promoción de la salud al 2010. Sus acciones consideran la realización de actividades curriculares y extracurriculares sobre los condicionantes de la salud, el aprendizaje en el cuidado de la salud, el desarrollo de habilidades para la toma de decisiones saludables y la generación de políticas locales que las favorezcan.

5. Presupuestos Participativos en Salud⁵. Talcahuano. Región del Bío-Bío.

El Servicio de Salud Talcahuano (SST), órgano público dependien-te del Ministerio de Salud, cuenta con una superficie de 746,9 km², corres-pondiente al 2,07% de la superficie de la Región del Bío-Bío, abarcando las comunas costeras de la Provincia de Concepción: Talcahuano, Penco, Tomé y la nueva comuna de Hualpén. La población total es de 348.804 habitantes, de los cuales el 97,6% es urbana y el 2,4% rural. De esta pobla-ción, el 70% corresponde a beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA).

Los presupuestos participativos en salud se definen como una ins-tancia de decisión ciudadana que permiten conocer, discutir y decidir sobre

⁵ Si bien no es una experiencia estrictamente municipal (local), ya que se radica en el Servi-cio de Salud regional, se la ha incluido por ser una instancia de decisión comunitaria y porque refiere al la participación en un instrumento de decisión característico del desarrollo local (presupuestos participativos).

una parte de los recursos financieros que se asignan para beneficio de la salud de la población. Se trata que las personas comprendan por un lado, cómo funciona el presupuesto de salud y por otro, que logren tomar acuerdos con otros actores sociales sobre la manera de asignar los recursos. Su interés ha sido profundizar los mecanismos de participación ciudadana, impulsando y desarrollando un modelo de salud centrado en las potencialidades de las personas, a partir de la implementación de iniciativas locales de la comunidad. La experiencia se caracteriza por la participación de la comunidad en la definición de recursos de inversión en el sector salud. El proceso comprende la elección democrática de delegados comunitarios, y su posterior capacitación, hasta llegar a etapas finales como la priorización de ideas y proyectos a implementar. Para ello se trabaja en red, fortaleciendo vínculos horizontales y de confianza entre comunidades y personal institucional.

La intención es proyectar un trabajo multisectorial y de articulación de los actores locales de manera de generar un aporte al desarrollo territorial, fortaleciendo la presencia de los ciudadanos en las decisiones de salud, utilizando los medios disponibles y creando los espacios necesarios para dicho proceso

6. Angol: comuna saludable. Región de La Araucanía.

En 1998 se inició el Plan Nacional de Promoción de Salud que formuló diversas metas, las que fueron recogidas por la Reforma de la Salud. Simultáneamente se creó el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud Vida Chile (y en cada comuna Comités Vida Chile). La mejora de los niveles de salud de la población requiere de acciones concertadas entre actores privados y públicos. El punto de partida será la construcción de una red que vincule el programa de promoción con agentes mediadores, autoridades, institucionalidad pública y comunidad local. Sobre esta estructura se da la formación de los Comités Vida Chile, mayoritariamente integrados por gestores públicos de educación, salud, infancia, además de organizaciones cercanas a la gestión municipal del tipo Unión Comunal de Juntas de Vecinos, adultos mayores, así como organizaciones de autoayuda en salud surgidas desde los consultorios locales.

El Comité Vida Chile de la comuna de Angol, encargado de llevar adelante el programa de promoción de salud local, depende institucionalmente del municipio y del Ministerio de Salud (MINSAL), correspondiendo al alcalde presidirlo. Sus objetivos son: “fortalecer los procesos de participación ciudadana y consolidación de redes sociales a nivel comunal; desarrollar factores protectores de la salud psicosocial y ambiental en la población; detener la expansión de factores de riesgo para la salud cardiovascular en la población de la comuna; y reforzar el rol regulador del Estado sobre las condicionantes de la salud”. El trabajo del Comité se orienta hacia la institucionalización transversal de la estrategia de construcción de una **comuna saludable** y a la coordinación y cohesión de las agencias locales y organizaciones sociales, vin-

culadas a los Determinantes Sociales de Salud (DSS), en pos de dicho objetivo.

7. Mesa Intersectorial Salud y Educación, Chiloé. Región de Los Lagos.

La Provincia de Chiloé es un archipiélago conformado por 43 islas. Se ubica en la Región de los Lagos y posee una población de 153.000 habitantes. La componen diez comunas, caracterizadas por su ruralidad y alta dispersión geográfica. Las actividades económicas están relacionadas con la pesca artesanal e industrial y la extracción de recursos bentónicos. El porcentaje de población pobre en Chiloé es de un 8,7 %.

En noviembre de 1999, se crea el Consejo Nacional para la Promoción de la Salud, con la imagen corporativa Vida Chile, organismo de carácter intersectorial integrado por 25 instituciones nacionales, encargado de asesorar a los ministerios y gobiernos regionales y locales, apoyar la ejecución de los Planes de Promoción de Salud, coordinar los esfuerzos destinados a la creación de estilos y ambientes saludables, y recomendar políticas públicas saludables⁶.

El trabajo en Establecimientos de Educación Promotores de la Salud (EEPS) constituye una de las estrategias del Plan Nacional de Promoción de Salud. Para su gestión, y en el marco del Consejo Nacional para la Promoción de Salud Vida Chile, se constituyó un Comité Técnico conformado con representantes de los Ministerios de Educación y Salud, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) y Fundación INTEGRA.

“En la provincia de Chiloé esta estrategia de promoción de la salud se implementa a partir del año 2001, constituyéndose los Comités Vida Chile que comienzan a gestionar planes comunales de promoción de la salud. Prontamente se acreditan escuelas (7), que desarrollan promoción de la alimentación saludable, incentivo a la actividad física y espacios libres de tabaco, transversalizando una estrategia promocional y preventiva dentro de la comunidad educativa. Los equipos de salud que lideraron estos procesos tuvieron una perspectiva sanitaria y biomédica” (www.innovacionciudadana.cl)

Ahora bien, como se explicitó con antelación, todas las experiencias, responden a un nuevo paradigma de desarrollo local ya que contribuyen “a reavivar la participación ciudadana, de hacer crecer la democracia, para que cada persona tenga al mismo tiempo de qué vivir y razones para vivir” (Declaración Final de Sherbrooke, 1998:2). Esta mirada se condice

⁶ Si bien no es una experiencia estrictamente municipal (local), ya que se radica en el Servicio de Salud regional, se la ha incluido por ser una instancia de decisión comunitaria y porque refiere al la participación en un instrumento de decisión característico del desarrollo local (presupuestos participativos).

con la posibilidad de analizar los procesos de desarrollo comunitario a fin de develar elementos del DEH en su actuar. Cada cultura, cada sociedad define los satisfactores que utilizará para dar respuesta a una necesidad. Los satisfactores están referidos a todo aquello que, por representar formas de Ser, Tener, Hacer y Estar, contribuyen a la realización de las necesidades humanas. “Pueden incluir, entre otras cosas, formas de organización, estructuras políticas, prácticas sociales, condiciones subjetivas, valores y normas, espacios, comportamientos y actitudes; todas en una tensión permanente entre consolidación y cambio” (Max-Neef, 1986:35). En el análisis de dichas formas se podrán observar las **claves** presentes en los satisfactores que desarrollan los casos mencionados, pudiéndose observar que:

1. No existe una correspondencia biunívoca entre necesidades y satisfactores, ya que un mismo satisfactor tiene efectos distintos en diversos contextos, y **un satisfactor puede contribuir simultáneamente a la satisfacción de diversas necesidades**; a la inversa, **una necesidad puede requerir de diversos satisfactores para ser satisfecha**. Ni siquiera estas relaciones son fijas, pueden variar según el momento, el lugar y las circunstancias. Por ejemplo, cuando el Consejo de Desarrollo Local de Salud del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Edgardo Enríquez Frodden, ha realizado acciones que promueven el desarrollo organizacional de la comunidad, valorando la acción del dirigente para insertarlo en una red social integrada, participativa y con opinión, genera un satisfactor que cubre necesidades variadas. La acción valorativa de inserción dirigencial en una red, da cuenta de necesidades existenciales (Ser/Hacer) y axiológicas (Afecto, Entendimiento, Participación), en proceso de ser cubiertas. Asimismo cuando, en las islas de Chiloé, los Comités Comunales Vida Chile señalan que sus objetivos son: “... formular, implementar y evaluar el Plan de Promoción; coordinar las acciones, movilizar recursos y contribuir a la abogacía y posicionamiento de la promoción”. (www.innovaciónciudadana.cl). Están cubriendo la necesidad de Protección/Hacer, con un conjunto de satisfactores (acciones).

2. El paradigma de desarrollo presente en la globalización sostiene que las necesidades se manifiestan a través de la demanda, la que a su vez está determinada por las preferencias individuales respecto de los bienes producidos. Sin embargo, el DEH propone incluir los satisfactores como parte del proceso económico, implicando la **reivindicación de lo subjetivo** más allá de las puras preferencias en materia de objetos y artefactos. En el caso Foco Social: Promoción de una Comuna Saludable, de la comuna de Quillota que para llevar a cabo la construcción del complejo e integrado modelo de gestión en salud, con compromiso de distintos niveles decisionales territoriales, sectoriales (Salud Pública y Redes Asistenciales), intersectoriales y de instancias de participación social local, el municipio ha desarrollado una serie estrategias y métodos de intervención, que requieren incorporar la diversidad, las singularidades presentes en los beneficiarios o destinatarios. Por ejemplo, al rearticular todos los servicios y programas de salud comunales, separándolos física y presupuestariamente en dos ámbitos: los asistenciales/rehabilitadores y los preventivos/

promocionales, están “subjetivizando el tipo de oferta”, incluyendo la distinción, dejando de lado soluciones (satisfactores) mecanicistas.

3. En relación a lo anterior, nos obliga a repensar el contexto social de las necesidades humanas de una manera radicalmente distinta de como ha sido habitualmente pensado por los técnicos y planificadores sociales. No se trataría de relacionar **las necesidades** solamente con los bienes y servicios que presuntamente las satisfacen, sino de **relacionarlas además con prácticas sociales, tipos de organización, modelos políticos y valores** que repercuten sobre la forma en que se expresan las necesidades. En ese sentido, el caso de Camiña, en la Región de Tarapacá (Promoción Internacional de la Gestión de Salud en el Mundo Rural), destaca por “el esfuerzo de involucrar a las comunidades indígenas, a la institucionalidad pública y al municipio en las acciones de promoción de salud con el horizonte de constituirse en una comuna saludable. Su foco estratégico es la pertinencia o adecuación de los mensajes formativos y acciones demostrativas a los patrones socioculturales tradicionales locales, buscando recuperar y fortalecer la identidad de sus habitantes. Camiña representa un caso de reapropiación político-cultural del programa de promoción de salud en un escenario local”. (www.innovaciónciudadana.cl)

4. El DEH no excluye las metas vinculadas al crecimiento económico para que todas las personas puedan tener un acceso digno a bienes y servicios. Sin embargo, la diferencia radica en **concentrar las metas del desarrollo en el proceso mismo del desarrollo**. En otras palabras, que la realización de las necesidades no sea la meta, sino el motor del desarrollo mismo. En el caso de “las Escuelas Promotoras de Salud de Curanilahue (Región del Bío Bío), partiendo de una evaluación integral de los condicionantes que generan obesidad y sedentarismo en la población preescolar y de primer ciclo, trabajan multidisciplinaria e intersectorialmente en el abordaje de la salud, con redes que efectivamente logran implementar acciones desde sus diversas aristas -psicosociales, nutricionales, socioeconómicas, físicas y clínicas-, y derivar los casos encontrados a las instituciones correspondientes de la red de trabajo” (www.innovaciónciudadana.cl) Ello es viable, en la medida en que la estrategia de desarrollo adoptada es capaz de estimular permanentemente la generación de satisfactores sinérgicos, de manera continua.

5. Resulta impropio hablar de necesidades que se “satisfacen” o se “colman”, ya que revelan un proceso dialéctico, constituyen un **movimiento incesante de satisfacción**. De allí que quizás sea más apropiado hablar de vivir y realizar las necesidades, y de vivirlas y realizarlas de manera continua y renovada. Por ejemplo en “el Comité Vida Chile de la comuna de Angol (Región de la Araucanía) se observa un cambio desde el énfasis en metas sanitarias de tipo interventivo y prevención directa, mediante campañas de vacunación y ampliación de cobertura de los servicios médicos, a una reorientación de los servicios, especialmente en la atención primaria, que comienzan a privilegiar el tema de la prevención a través de la promoción de estilos de vida saludables Araucanía)” (www.innovaciónciudadana.cl)

innovaciónciudadana.cl). De esta forma las necesidades humanas fundamentales pueden comenzar a realizarse desde el comienzo y durante todo el proceso de desarrollo.

Ahora bien, el DEH requiere integrar la realización armónica de necesidades humanas en el proceso de desarrollo, ello significa generar la oportunidad para que las personas puedan vivir ese desarrollo desde sus comienzos. Sin embargo, como parte de dicho proceso se instalan las acciones que no logran constituirse como satisfactores, sino como debilidades o amenazas del mismo desarrollo. Con base a la revisión de las experiencias presentadas también se deben identificar los satisfactores inconclusos. Incorporar la identificación de las limitaciones permite tener una visión mas acabada del DEH, a nivel local. Incluir un análisis de las mismas, permitirá aprender y perfeccionar el modelo de desarrollo comunitario en salud. Las **debilidades** identificadas⁷ se agruparon en las siguientes categorías analíticas: gestión; comunicación; planificación-aprendizaje; recursos; sostenibilidad; identidad; participación y transversalidad.

1. Gestión

Una dificultad sobre la puesta en marcha de las experiencias, dice relación con la limitada preparación de los recursos humanos para trabajar con las organizaciones, con la falta de trabajo previo con las comunidades. Asimismo, la rotación de profesionales en los territorios obliga a reponer la capacitación sobre el modelo de intervención recurrentemente y a volver a generar lazos de confianza. Las causales de dicha rotación se encuentran en los bajos salarios, los extenuantes horarios de trabajo y la multiplicidad de funciones que deben desempeñar.

La capacidad y calidad de los recursos humanos involucrados en una intervención, son esenciales para su adecuada puesta en marcha, por consiguiente, la descapitalización de los mismos, la rotación constante dificulta la consolidación de una experiencia de gobernanza local, basada en criterios de derechos a la participación y al desarrollo cultural.

2. Comunicación

El fluido y transparente tránsito de las ideas contenidas en una intervención social es clave para su crecimiento y validación. Por consiguiente, la insuficiente difusión de las iniciativas limita las posibilidades para ampliar la participación, así como la escasa cobertura de los medios de prensa en relación a los esfuerzos de las convocatorias. En definitiva refiere a un escaso desarrollo del plano comunicacional, del marketing social.

3. Planificación-aprendizaje

⁷ Cabe aclarar que las debilidades que se presentan no son comunes a todas las experiencias, pero si al modelo de desarrollo comunitario participativo.

El proceso de planificación presenta debilidades en tanto las etapas programadas no siempre coinciden con la planificación anual del sector salud lo que dificulta la disponibilidad de recursos humanos para las acciones prioritizadas. Por otro lado, el proceso de aprendizaje es frágil, ya que no logra articularse con un proceso de sistematización de los resultados, debiéndose, entre otras causales a los precarios mecanismos de registro. Ello conlleva a una falta de profundización en la elaboración conceptual de las experiencias, debido al proceso de incipiente madurez en el que se encuentran las iniciativas.

4. Recursos

La falta de espacio físico y de equipamiento técnico limita la autonomía y las capacidades de las organizaciones, así como la lentitud en la entrega de recursos desde el Ministerio de Salud y la inestabilidad laboral de los técnicos y profesionales que participan en las experiencias.

5. Sostenibilidad

La sostenibilidad de los beneficios que provocan las intervenciones se ve afectada por la insuficiente institucionalización de la estrategia de salud en sí y en el sector educación. Así como un insuficiente apoyo de autoridades comunales de la atención primaria de salud. Debilidades que se ven acrecentadas con los cambios de autoridades gubernamentales.

6. Identidad

Se observa la ausencia de una mirada específica a las problemáticas de salud vividas por la población indígena y rural. Así como la invisibilidad de sus organizaciones. La limitada participación de las organizaciones rurales repercute en el débil reconocimiento a los problemas de la población de dicho sector, con demandas específicas y problemáticas agudas asociadas a necesidades importantes, expresadas en el plano de la cobertura de servicios, así como en la existencia de factores de riesgo diferentes a los de la población urbana. En definitiva no hay un claro reconocimiento a la interculturalidad (ni al género).

7. Participación

Se observan diferentes gradientes de participación comunitaria, desde lo informativo, consultivo hasta la cogestión; así como una ciudadanía y dirigencia con niveles de desarrollo heterogéneos, lo que se refleja en una no continua capacidad propositiva de los representantes de la sociedad civil, en un bajo nivel de representatividad de las organizaciones de base y también en expectativas crecientes de la ciudadanía que no logran ser canalizadas.

Desde los grupos conservadores (funcionarios) se manifiesta un grado de desconfianza sobre el empoderamiento de las comunidades y de su par-

ticipación en la gestión del desarrollo local, posiblemente se deba a una carencia de la misma política estatal sobre el desarrollo de capacidades en la gestión participativa de salud.

8. Transversalidad

El sector salud es un claro ejemplo donde los satisfactores no pueden cubrir sólo una necesidad específica, sino que son sinérgicos, por ello la insuficiente transversalización del enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, repercute en las potencialidades del mismo. O el escaso vínculo con escuelas no municipalizadas de la comuna, priva la expansión de esta iniciativa y su integralidad resolutive.

**“De par en par la ventana se abrió como por encanto,
entró el amor con su manto como una tibia mañana,
al son de su bella diana hizo brotar el jazmín”**

El análisis de las debilidades es éticamente requerido para avanzar en el desarrollo (de todo tipo) y específicamente en el desarrollo local a escala humana. Concluir el apartado anterior con los aspectos no logrados por las experiencias innovadoras en participación ciudadana a nivel local puede dejarnos un sabor amargo (o contradictorio), porque la mirada queda instalada en los frenos existentes para el desarrollo comunitario. Sin embargo, las limitaciones presentadas refieren a fronteras que se deben cruzar para ampliar y fortalecer nuestras capacidades. No son en ningún caso muros infranqueables, sino una posibilidad que nos permite acercarnos a la identificación de Buenas Prácticas para ser incluidas en un Plan de Desarrollo Local (PDL). Entonces a modo de conclusión se desarrollarán aquellas acciones/orientaciones correspondientes a las claves del Desarrollo a Escala Humana identificadas en las experiencias de desarrollo comunitario, así como la positivización de las debilidades antes mencionadas.

Las Buenas Prácticas que deberían ser consideradas en el diseño, implementación, evaluación y rediseño constante de un Plan de Desarrollo Local, dicen relación con lo siguiente:

Decálogo de Buenas Prácticas transversales a ser incorporadas en el ciclo de vida de un Plan de Desarrollo Local

i. Incorporar modalidades vinculantes de participación ciudadana en el ciclo de vida del PDL. Ampliar el concepto de participación al desarrollo de toda la gradiente, desde información hasta empoderamiento, y en todo el ciclo de una intervención (desde el diagnóstico hasta la evaluación)

ii. Articular los objetivos compartidos de desarrollo, con los niveles político administrativos inter-locales, medios y nacionales. Vincular los *target* comunitarios con los estatales a fin de articular los proyectos de desarrollo, mediante el desarrollo de modelos más representativos.

iii. Encantar al aparato público con certezas constructivas sobre los espacios de decisión abiertos y condensados. Abordar las resistencias en el aparato público que frenan los procesos participativos.

iv. Planificar desde la sostenibilidad, con una mirada de corto, mediano y largo plazo. Incorporar las dinámicas coyunturales y estructurales en la programación.

v. Intencionar una mirada sinérgica sobre los satisfactores que viabilizan el desarrollo a escala humana. Ampliar la mirada del crecimiento hacia la del desarrollo integrado.

vi. Instalar dinámicas de articulación entre actores del desarrollo local. Diseñar y ejecutar de manera anticuada acciones estratégicas en conjunto con la sociedad civil, representantes de los sectores productivos y del Estado.

vii. Construir los “futuros deseables” territoriales basados en las identidades locales. Potenciar el conocimiento y autoconocimiento de las culturas participes en los espacios microestatales.

viii. Incorporar en la debida escala, las dinámicas (global/local; macro/micro; rural/urbano) con las que se vincula el territorio. Planificar (y ejecutar) de manera integrada los distintos niveles del desarrollo.

ix. Propiciar una revalorización del medioambiente, mediante una gestión del espacio y de los recursos naturales para las generaciones actuales y futuras. Instalar acciones intergeneracionales entorno al contexto natural y al uso sostenible de la energía.

x. Generar espacios de superación de las fronteras del PDL. Incorporar en la planificación instancias de reflexividad efectiva que incorpora aprendizajes colectivos.

“El amor es torbellino
de pureza original
hasta el feroz animal
susurra su dulce trino
detiene a los peregrinos
libera a los prisioneros
el amor con sus esmeros
al viejo lo vuelve niño
y al malo sólo el cariño
lo vuelve puro y sincero.”

Volver a los 17

Bibliografía

AAVV (1998), “Declaración Final de Sherbrooke”. Encuentro Mundial del Desarrollo Local. Canada s/d.

Idem (1999), “Apuntes para un modelo de Desarrollo Comunitario Rural Programa de Animación Comunitaria Rural”. Caritas Diocesana de Málaga. En: <http://www.caritas-malaga.org/Publicaciones.htm>. Fecha de acceso: 30 de julio, 2008

Aedo I., Cristián (2004), “Las Reformas en la Salud en Chile”. Capítulo 14. En: Larraín B. Felipe y Vergara M. Rodrigo. *La Transformación Económica de Chile*. Santiago, Chile.

Albuquerque, Francisco (2001) “La Importancia del Enfoque del Desarrollo Económico Local”. En: Madoery, Oscar y Vázquez Barquero, Antonio (eds.), *Transformaciones globales, Instituciones y Políticas de desarrollo local*. Ed.Homo Sapiens, Rosario, Argentina.

Arocena, José (1995), *El Desarrollo Local: Un desafío Contemporáneo*. Ed. CLAEH, y Nueva Sociedad, UC de Uruguay.

Idem (1996), “Globalización, Integración y Desarrollo Local”. En *Revista Aportes para el Estado y la Administración Gubernamental* s/d

Arriagada, Irma, Editora. (2005), *Aprender de la Experiencia. El Capital Social en la Superación de la Pobreza*. CEPAL. Santiago-Chile.

Arriagada, Irma; Miranda, Francisca; Pávez, Thaís (2004), *Lineamientos de acción para el diseño de programas de superación de la pobreza desde el enfoque del capital social. Guía conceptual y metodológica*. Series Manuales 36. CEPAL. Santiago de Chile.

Asociación Internacional de Fomento del Banco Mundial _AIF-BM_(2007), “La AIF en acción. Desarrollo impulsado por la comunidad: Resultados que la gente necesita”. En: www.worldbank.org/ida. Fecha de acceso 10 de julio, 2008.

Atria R. y Siles, Marcelo (2001), *Capital Social y reducción de la pobreza: en busca de un nuevo paradigma*. CEPAL, Santiago-Chile.

Blanco, Ismael y Gomá, Ricard (2003), “Gobiernos Locales y redes participativas: retos e innovaciones”. En: *Revista del CLAD Reforma y Democracia*. N° 26. Caracas.

Boisier, Sergio (2005), “¿Hay espacio para el desarrollo local en la globalización?”. En: *Revista de la CEPAL*, N°86, Santiago.

Carpio, Martín José (1998), “BERLI: Cooperación Descentralizada y So-

lidaridad. "AÑIL 16 Centro de Estudios de Castilla. La Mancha.

Idem (2001), "Desarrollo local en los espacios rurales." En: *Revista Polis*, Universidad Bolivariana, Volumen 1, N°2, Chile. Fecha de acceso: 14 de febrero, 2009.

Idem (2009a), "Nuevos enfoques teóricos y metodológicos del Desarrollo Local." Apuntes Curso: La Gestión del Desarrollo Local. Escuela Complutense Latinoamericana, Universidad Nacional de La Plata. Argentina.

Idem (2009b), "Geografía de la Solidaridad: Experiencia de Desarrollo Local Sustentable y Cooperación Descentralizada En El Serrato Brasileño". Apuntes Curso: La Gestión del Desarrollo Local. Escuela Complutense Latinoamericana, Universidad Nacional de La Plata. Argentina.

Consejo de Europa (1992), "Carta de Berlín – Agenda de Acción". Conferencia Norte Sur Internacional. Iniciativas Locales para un Desarrollo Sostenible. Berlín, Alemania.

Durston, John (1999), *Construyendo capital social comunitario*. Oficina de Asuntos Sociales División de Desarrollo Social. CEPAL- Santiago. Chile.

Idem (2001), *Capital social: parte del problema del problema, parte de la solución, su papel en la persistencia y en la superación de la pobreza en América Latina y el Caribe*. CEPAL. Santiago. Chile.

Idem (2002), *El capital social campesino en la gestión del desarrollo rural. Díadas, equipos, puentes y escaleras*. CEPAL. Santiago de Chile.

Idem (2004), "Desarrollo "Local", capital social y clientelismos: un ejemplo de Villarrica. Región de la Araucanía." En: *La Frontera del Desarrollo Endógeno*. Universidad de la Frontera e IDER. Temuco. Chile.

García Jurado, Óscar (s/f), "Bajo la globalización, la idealización de lo local. Transformación desde lo local". s/d

García Roca, Joaquín (s/f), "Participación social y sociedad civil." s/d

Gobierno de Chile (1997), "Ley N° 19.418, Sobre Juntas de Vecinos y demás Organizaciones Comunitarias". Chile.

Maquet, Paul (2003), "Gestión integrada de territorios". En: www.alliance21.org/2003/. Fecha de acceso: 27 de Julio 2008

Martínez, Víctor (2006), *El Enfoque Comunitario*. Ed. Universidad de Chile, Santiago

Max-Neef, Manfred; Elizalde, Antonio y Hopenhayn, Martín (1986), *De-*

sarrollo a escala humana. Rev. *Development dialogue*. Santiago de Chile, CEPAUR y Fundación Dag Hammarskjöld. Montevideo, Ed. Nordan-Comunidad

Ministerio de Salud (Minsal) s/f, “Promoción de Salud”. En: www.redsalud.gov.cl. Fecha de acceso: 15 de febrero, 2009.

Moran, José (2008), “Modelo integral de desarrollo comunitario”. En: *Contribuciones a la Economía*, mayo 2008 en <http://www.eumed.net/ce/2008b/> Fecha de acceso: 2 de agosto, 2008.

Negrón Díaz, Santos (1998), “Amartya Sen: Las teorías del desarrollo a principios del Siglo XXI” *Cuadernos de Economía*, n. 29, Bogotá, Colombia.

NN.UU. (1963), “Desarrollo de la Comunidad y Desarrollo Nacional”. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. N York.

Rodríguez Gutiérrez, Fermín; Juan Romero González Juan y García Rodríguez, José (2003), “Desarrollo Local”. En: Banco de Buenas Prácticas en Geografía, N°2, noviembre. Colegio de Geógrafos, España.

Sánchez, Jeannette (2006), “Los retos de lo local en lo global: aportes analíticos y normativos. Comentarios al dossier de Íconos 24.” *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*. Num. 25, Quito, mayo 2006, © Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales-Sede Académica de Ecuador.

Silva Lira, Iván (2003), “Disparidades, competitividad territorial y desarrollo local y regional en América Latina”. *Serie Gestión pública ILPES-CEPAL*, N°33, Santiago, Chile.

Vázquez-Barquero, Antonio (2001), “Desarrollo Endógeno y Globalización”. En: Madoery, Oscar y Vázquez Barquero, Antonio (eds.), *Transformaciones globales, Instituciones y Políticas de desarrollo local*. Ed. Homo Sapiens, Rosario. Argentina.

Yunnus, Muhammad (s/f), “Hacia un mundo sin pobreza”. Debate. Universidad Complutense. España.

URL: www.innovacionciudadana.cl. Fecha de acceso: 13 al 18 de febrero, 2009.