



# INGENIERÍA INDUSTRIAL UNIVERSIDAD DE CHILE

---

PROGRAMA DE HABILIDADES DIRECTIVAS

---

---

## DESARROLLO HUMANO EN CHILE LA MANERA DE HACER LAS COSAS 2009

CAPITULO 2 – 3  
PARTE 3

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO

REPRODUCCIÓN PARA FINES DOCENTES



# DESARROLLO HUMANO EN CHILE

La manera de hacer las cosas

2009

*La manera de hacer las cosas*

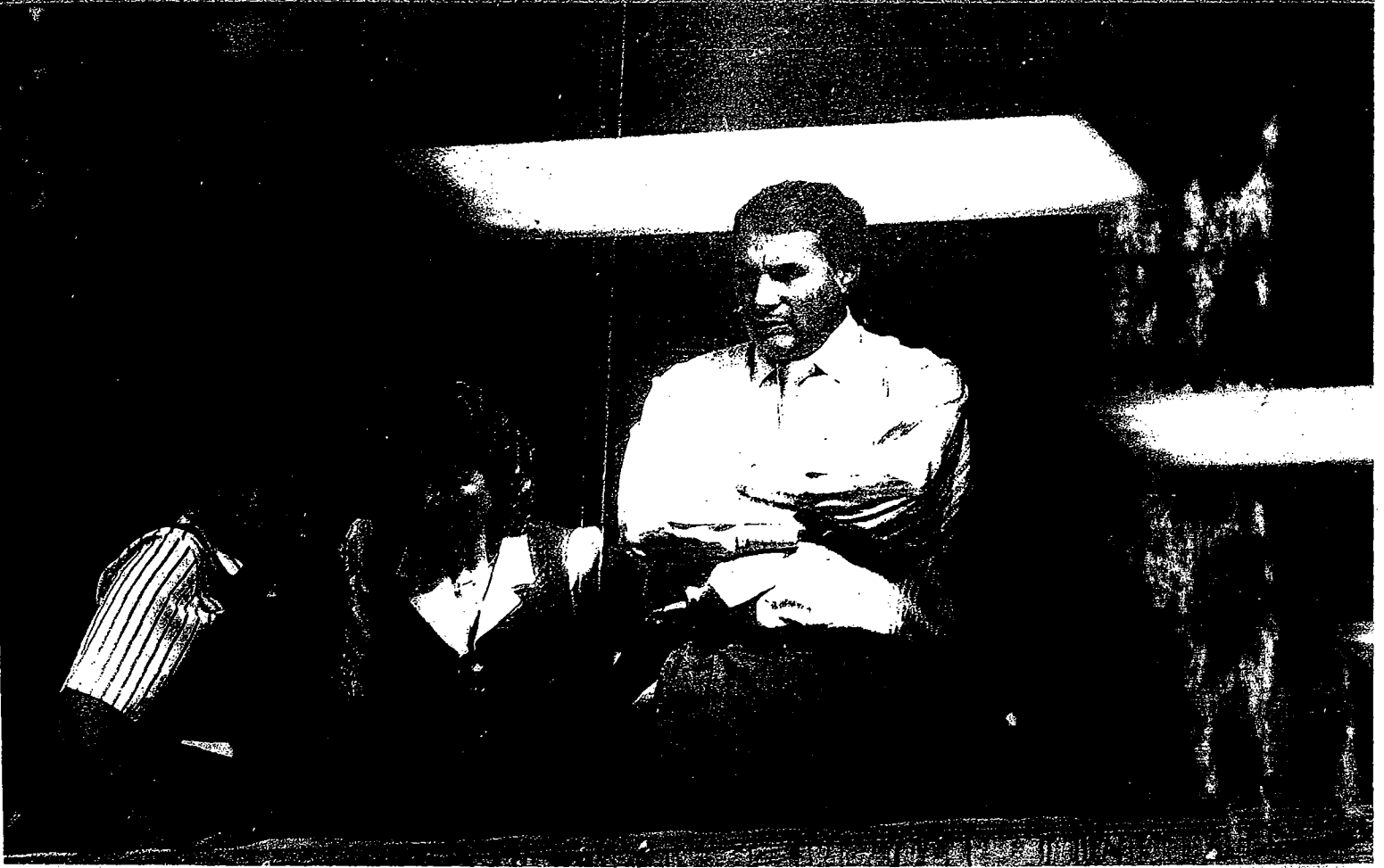
*otación proyectiva: "A la larga, los cambios son para mejor"*

*La manera de hacer las cosas*

*Reintegración pactada: "No a ti ni a mí nos arreglémonos entre nosotros"*

*La manera de hacer las cosas*





### El enfoque de las prácticas

---

El diagnóstico sobre el momento del país que sirve de punto de partida a este Informe afirma que, como consecuencia de un exitoso y prolongado proceso de cambios, Chile ha modificado muy positivamente su estructura de oportunidades, tanto objetivas como subjetivas. Como la marcha del país no se detiene, ello significa que surgen nuevas expectativas de futuro y también desafíos prácticos inéditos para llevarlas a cabo. Lo que está cambiando son los desafíos que el nuevo piso del desarrollo le impone al país. Es natural que frente a ellos muchas formas tradi-

cionales de hacer las cosas, incluso aquellas que pudieron ser adecuadas en el pasado, se vuelvan ahora ineficaces.

Sin formas de acción adecuadas para los nuevos problemas, es incierto que se pueda seguir avanzando en la senda del desarrollo. Los principales desafíos del país no se deben a esta o aquella coyuntura particular, sino que son desafíos de largo plazo planteados por los cambios y oportunidades creados por la historia del desarrollo reciente. Evaluar el momento del país

sin considerar este cambio de escenario podría llevar a no identificar correctamente las potencialidades y los obstáculos reales, acarreando con ello la pérdida de oportunidades que fueron trabajosamente obtenidas.

Una rápida revisión general de algunos hechos de los últimos años permite fundamentar esa idea y situarnos en la naturaleza de este nuevo contexto. Hay dos grandes fuerzas que lo han promovido. Por una parte está la complejidad que han adquirido las estructuras objetivas de la vida social, como la economía y la incorporación de las nuevas tecnologías. Por la otra, están los cambios en las orientaciones y la diversificación en los estilos de comportamiento de las personas y los grupos. Estas nuevas fuerzas en el plano nacional se ven a veces reforzadas y complejizadas por las dinámicas provenientes de la globalización.

En el ámbito económico, por ejemplo, la exportación de materias primas y los encadenamientos industriales y de servicios que ella provoca han sido el pilar del notable crecimiento económico del país en el último cuarto de siglo. Ese modelo permitió que desde 1990 el país duplicara su PIB per cápita, superando los trece mil dólares de poder adquisitivo comparable. Ese poder adquisitivo, aunque muy desigualmente distribuido, ha transformado las posibilidades y los desafíos de la economía, así como las expectativas de sus actores. ¿Se podrá dar nuevos saltos en el ingreso de las personas con la estructura y productividad del capital humano disponible hasta ahora? ¿Y se podrá aumentar su productividad con el tipo de relaciones laborales y derechos que hoy predomina?

La infraestructura de las comunicaciones, virtuales y físicas, provoca desafíos parecidos. Para mejorar la eficiencia de la gestión, las organizaciones públicas y privadas han aplicado intensivamente las redes virtuales y las tecnologías de comunicación o el uso de internet. Ello se ha visto además reforzado por la mayor velocidad de los desplazamientos físicos debida a las nuevas carreteras y al abaratamiento relativo de los viajes. Como muestra el Cuadro 7, todo

CUADRO 7  
Manejo de información

En Chile y el mundo ocurren permanentemente hechos que pueden afectar de alguna forma su vida. ¿Cuán informado se siente Ud. sobre estos hechos?	1997	2005	2008
Informado	34	52	69
Desinformado	64	47	31
NS-NR	2	1	0
Total	100	100	100

Fuente: Encuesta de Desarrollo Humano, PNUD 2008.

esto ha permitido que las personas estén más informadas.

Ahora bien, y como ya lo planteaba el Informe sobre Desarrollo Humano de Chile 2006, ¿hasta qué punto podrán aprovecharse las oportunidades de la tecnología, que tienden a promover relaciones horizontales, si aún predominan estructuras jerárquicas, autoritarias y centralizadas que suelen caracterizar la cultura organizacional del país?

El carácter de los nuevos desafíos se verifica también al observar los procesos de transformación de los comportamientos y orientaciones de personas y grupos. Así, por ejemplo, la opción por asegurar la gobernabilidad del país a inicios de la Transición mediante una “política de los acuerdos” entre elites, con un importante control de la participación social, creó un ambiente de estabilidad institucional y de respeto a la legalidad. Al cabo de un tiempo, ese entorno de seguridades provocó una importante reducción del temor a los conflictos y a la expresión de las diferencias, miedos característicos de la cultura política del país. Al mismo tiempo, alentó la expresión de las demandas sociales.

Esa misma estabilidad ha dado paso a transformaciones en el juego de la política. Mientras por años las coaliciones exhibieron una cohesión interna que permitía asegurar la agenda legislativa del Ejecutivo, hoy éste debe gobernar con legisladores “independientes” y “díscolos”, y los partidos políticos pierden la capacidad de integración que aseguraba la disciplina del voto. Las disidencias tensionan y reconfiguran el mapa electoral con el surgimiento de nuevos partidos y tendencias.

En la política se observa que el tipo de reglas y estrategias de juego que permitieron consolidar la democracia dieron lugar, de modo intencional o inesperado, al surgimiento de nuevas orientaciones y relaciones entre los actores políticos y sociales. La actual diversidad y variabilidad de los intereses y demandas, así como la seguridad que se tiene para expresarlas, crean una complejidad que supera los mecanismos de gobernabilidad que las hicieron posibles. La democracia de la Transición ha dado lugar a un tipo de relaciones sociales que promete una vida política cualitativamente mejor, pero, ¿se podrá concretar esta nueva vida política con los mismos mecanismos y opciones de la democracia de la Transición? (ver cita).

En el plano social y cultural, tal vez uno de los cambios más importantes sea la individualización de las personas y la mayor conciencia de dignidad personal que deriva de ello. Hoy, más que antes, cada uno tiende a definirse a partir de sus propias elecciones y preferencias, tomando distancia de cualquier imagen que pretenda imponérsele desde arriba, sean otras personas o instituciones. Esto refuerza la tendencia a regular las relaciones entre las personas a través de derechos individuales —sean sociales, económicos o culturales— basados en la igualdad y la libertad.

La expansión de la individualización introduce una enorme complejidad en las relaciones sociales. Ni las jerarquías rígidas, ni las clasificaciones institucionales, ni las representaciones fijas logran organizarlas satisfactoriamente, lo que tensiona las representaciones e identidades políticas, las relaciones institucionales, los vínculos personales y la producción de bienes de consumo. ¿Podrán las identidades políticas, religiosas o regionales ofrecer un sentido de pertenencia social al nuevo individuo? ¿Bastarán los roles institucionales

—laborales, familiares o de otro tipo— para la organización de sus relaciones sociales?

A los nuevos desafíos que acarrearán las transformaciones en los comportamientos de las personas podrían agregarse ejemplos del ámbito familiar. Hoy nacen menos niños, y los adultos mayores tienen expectativas de vida muy superiores. Entre ambos extremos de la vida, los jóvenes tardan más en independizarse y se casan menos que antes. Cuando se casan lo hacen más tarde y tienen menos hijos, y tienden a divorciarse o separarse más. Hoy hay más gente que vive sola, y muchos no pueden valerse por sí mismos. Hay más mujeres que trabajan y más hombres que participan en la crianza de sus hijos.

Se podrían agregar cambios en las orientaciones del consumo, en la formación de identidades juveniles, en las expectativas y los comportamientos laborales. Los expuestos bastan, sin embargo, para mostrar que un cambio en los comportamientos de muchas personas puede producir exigencias inéditas sobre la organización de la sociedad. Este proceso tiene un impacto especialmente fuerte cuando ese cambio afecta a las identidades y auto-percepciones, pues pone en jaque supuestos muy profundos de cada organización social. Es lo que ocurre, por ejemplo, cuando el cambio cultural y político hace que las personas pasen de concebirse como clientelas de la beneficencia pública a definirse como ciudadanos con derechos. Frente a ellos no bastan los ajustes institucionales, pues se trata de un tipo de sociedad distinto.

Finalmente, todos los cambios anteriores, tanto en las estructuras objetivas como en los comportamientos y orientaciones subjetivos, se ven amplificados y combinados de maneras nuevas por la fuerza del proceso de globalización. Las instituciones y reglas del juego de la vida

"Para lograrlo [el desarrollo] el factor escaso es la capacidad de coordinar la acción descentralizada de diversos actores —públicos y privados— de modo que se muevan en la

misma dirección, porque el éxito depende de la coherencia estratégica en la práctica. En este ámbito tenemos aún un déficit."

(Jorge Marshall, *El Mercurio*, 8 de abril, 2008)

social nacional están tensionadas y descentradas por exigencias que provienen simultáneamente de muchos lugares del mundo. Ello dificulta su gestión en los centros de decisión local, ya sean la política o las empresas, aun cuando impactan y despliegan sus consecuencias precisamente en ese nivel. Del mismo modo, los cambios culturales inducidos por hechos locales reciben un fuerte impulso de las tendencias globales, especialmente en relación con la mayor diversidad y volatilidad de los estilos de vida. La globalización sitúa a los procesos nacionales en un contexto que redefine su forma tradicional.

Todos estos ejemplos de cambios sociales muestran que Chile se encuentra en los comienzos de una situación inédita. No es simplemente la expresión de un cambio cuantitativo en diferentes ámbitos de la vida social: más ingresos, más infraestructura, más derechos, más cobertura de los servicios públicos, más libertad, más información. Lo que caracteriza a la nueva situación es el efecto combinado de todos ellos y el nuevo tipo de fuerzas y complejidades que crean. De allí surge un escenario que es cualitativamente distinto de las fuerzas y los hechos que le dieron origen. En ese escenario se generan posibilidades, demandas, comportamientos y desafíos también inéditos. El Chile que comienza a hacerse visible no es el resultado lineal de los cambios del pasado, aunque ellos lo han hecho posible. El país está creando una realidad nueva.

Esto significa que esos desafíos son también inéditos y las soluciones y los modos de actuar de períodos anteriores no sólo ven reducido

su rendimiento frente a ellos, sino que incluso pueden transformarse en un obstáculo. Si bien la creación de empresas o la eficiencia de las políticas públicas, por ejemplo, pudo requerir en un principio un estilo de decisiones verticales y un fuerte control centralizado, la propia marcha exitosa de esas iniciativas creó nuevas oportunidades y retos que ya no pueden resolverse mediante la jerarquía y el control, sino con otras formas de decisión y coordinación (ver cita página siguiente).

La clave del nuevo contexto es la mayor complejidad de la organización de la vida social, y un cambio cualitativo en aspectos centrales de la imagen cultural del mundo. Lo primero significa que la organización institucional de las tareas de la sociedad se hace más descentralizada y basada en la articulación de múltiples procesos muy independientes entre sí. Lo segundo significa que las acciones de los individuos se orientan persiguiendo satisfacer necesidades muy propias y buscando afirmar su diferencia y autonomía. Esto pone en el centro de los nuevos desafíos el problema de la integración de los actores y de la coordinación de las organizaciones. Ya no bastan los diseños predeterminados, ni la difusión de valores comunes. Ellos siempre serán necesarios, pero ahora debe atenderse más a las formas cambiantes y diferenciadas en que los actores tejen sus relaciones con los demás y definen sus objetivos comunes. Por esta razón, la materia prima con la que debe trabajarse en el nuevo escenario son las relaciones sociales: las negociaciones, los conflictos, los intercambios, las conversaciones, las demandas, las identidades, las confianzas, las percepciones recíprocas.

## Llevar las ideas a la práctica

La consecuencia de este nuevo escenario es que la promoción y conducción de los cambios sociales que requiere el desarrollo tiene que prestar mayor atención a las maneras reales en que los actores despliegan sus acciones. Como muestra el Cuadro 8, las personas dan una explicación

de las actuales dificultades del país que no difiere mucho de esta interpretación: no faltan ideas o acuerdos; lo que falta es la manera adecuada de hacer las cosas en ámbitos concretos, “saber llevar las ideas a la práctica”.

**CUADRO 8**  
El problema de Chile (porcentaje)

Pensando en mejorar la calidad de vida de la gente, ¿cuál diría usted que es el principal problema de Chile para lograrlo?	Sexo		GSE				
	Hombre	Mujer	Alto	Medio	Bajo	Santiago	Regiones
Que faltan buenas ideas	26	22	24	25	23	26	22
Que aunque hay buenas ideas, no sabemos llevarlas a la práctica	72	75	72	73	74	71	75
NS-NR	2	3	4	2	3	3	3
Total	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Desarrollo Humano, PNUD 2008.

Afirmar que las maneras concretas de hacer las cosas deben ocupar un lugar central en la definición de los desafíos del país es un cambio de proporciones si se piensa en el modo tradicional con que Chile ha establecido y enfrentado sus objetivos de desarrollo, privados o públicos. Éste se ha centrado de preferencia en la producción de reglas institucionales y jurídicas o en la difusión de ideas e imágenes, más que en el trabajo sobre la dinámica propia de las relaciones sociales. La cultura política del país, donde las leyes se venden en los quioscos junto a los periódicos y los helados, supone que una buena ley o una orden oportuna pronunciada por una autoridad fuerte bastan para provocar los comportamientos deseados. En el nuevo contexto las cosas se invierten y el acento está puesto en la relativa autonomía que tienen las relaciones sociales respecto de las instituciones y autoridades formales. -

Parece paradójico que aquellas maneras de definir la sociedad chilena, las miradas estratégicas y los instrumentos que sirvieron para promover

uno de los períodos de desarrollo más exitosos en la historia del país, comiencen ahora a perder eficacia y, en algunos casos, a transformarse derechamente en fuente de frustraciones. Pero no lo es tanto si se considera que el país cambió. Las apuestas de ayer sobre qué permitiría el desarrollo de Chile descansaban sobre unos supuestos que en buena parte ya no existen, precisamente porque en gran medida consiguieron originar el cambio que esperaban.

La profundidad de este cambio y el menor rendimiento o agotamiento de los instrumentos y fórmulas anteriores producen en primera instancia frustración y la tentación de atribuir el problema a las ineficiencias institucionales, a la voluntad de quienes manejan estos instrumentos y no a las dinámicas mismas de la realidad y a las perspectivas con las cuales se observa.

Algunos piensan que las incertidumbres y los fallos del presente se deben únicamente al abandono de las fórmulas técnicas y políticas que fueron exitosas en el pasado, o a la falta de autoridad para hacerlas cumplir. Se juzga que el actual período representa una pérdida de iniciativa tanto del sector público como del privado, con la consiguiente frustración del desarrollo. Esta percepción es profundamente errónea, pues no ve que esos instrumentos y modos de gestión no se corresponden ya con las exigencias de la nueva situación. Por ejemplo, como revela la experiencia en distintos ámbitos, frente a los nuevos problemas de coordinación de los actores y de sus acciones, el autoritarismo en los modos de gestión no soluciona los problemas, sólo los agrava.

"Cuando se alcanzan las metas, ya no puedes seguir en lo mismo. Menos si el mundo cambia tanto o más vertiginosamente que nuestro país. En prosperidad, las desigualdades provocan menos tolerancia que en pobreza. El cuidado del medio ambiente gana importancia cuando el mundo se alarma y los consumidores comienzan a exigirlo. Hay crisis energética porque el consumo residencial y el empresarial rugen por más energía, y no previmos bien el

futuro. Irrumpe una juventud más formada e informada. Los que dejaron de ser pobres no quieren volver a serlo, ni dejan de soñar en subir otro escalón. Los consensos en torno a una economía de mercado, aunque amplios, se han debilitado. Nuestro modo de inserción en el mundo global da señas de perder dinamismo y requiere cambios."

(Óscar Guillermo Garretón, *La Segunda*, 18 de agosto 2008).



## UN NUEVO DESAFÍO: LAS LÓGICAS DE ACCIÓN

Para enfrentar adecuadamente los desafíos que provienen de la mayor centralidad de las prácticas en la implementación del desarrollo, no basta con ensayar algunas nuevas políticas y programas públicos u otras técnicas de gestión en el sector privado. Lo que está en juego es más profundo que un hecho técnico; se trata más bien de reorientar la propia perspectiva con la cual se mira la vida social y se orienta la conducción de los cambios.

En estas últimas tres décadas se han implementado estrategias de desarrollo, estilos de gestión empresarial y formas de participación social con énfasis muy distintos. Sin embargo, en todos estos ámbitos puede reconocerse un cierto predominio de una perspectiva común. Se trata de un enfoque unidimensional y lineal, que no toma en consideración la importancia de las prácticas en el desarrollo, sino que concibe las dinámicas de la vida social como el resultado de relaciones de causa y efecto relativamente constantes, delimitables y predecibles. Así, se supone que conociendo esas relaciones se podrá modificar sus resultados mediante intervenciones que tendrán un efecto previsible, directa y proporcionalmente vinculado a éstas. Esa idea, algo simplificada aquí, parte del supuesto de que los actores sociales son un eslabón más en la cadena de causas y efectos, que reaccionan más o menos de la misma manera frente a los mismos incentivos, y que tienden a adaptarse pasivamente a las exigencias de esas cadenas con el fin de satisfacer sus necesidades. Ese pensamiento apuesta a que un estímulo en el punto inicial de la cadena produce efectos predecibles hasta el final de ella.

Así, por ejemplo, en los inicios de los años noventa en el ámbito educacional se supuso que, si se modificaban correctamente los contenidos curriculares, se proporcionaban los instrumentos didácticos correctos y se construía la infraestructura adecuada para aplicarlos, el resultado sería un aprendizaje de mayor calidad, en línea con lo propuesto en el currículo. Se supuso que los receptores de esas reformas interpretarían su sentido igual que sus diseñadores, adaptando sus

intereses al nuevo contexto y reaccionando de acuerdo a lo previsto. No se tuvieron en cuenta las interpretaciones particulares que harían, el modo en que desplegarían sus estrategias, ni las tácticas para defender sus identidades y posiciones adquiridas. No se le prestó la atención debida a las múltiples relaciones y significaciones que se producían en el espacio concreto de la sala de clases, ni a las fuerzas —internas y externas al sistema escolar— que mantenían la inercia de las maneras tradicionales de enseñar y aprender.

Este enfoque unidimensional y lineal supone que existe un actor central que reúne los conocimientos, recursos y voluntades necesarios para mover a la sociedad. En esta visión, la sociedad se organiza como un todo jerárquico y, por lo tanto, las iniciativas de comando y control central pueden intervenir diversos aspectos de la realidad. De esa forma el programador lineal asume que los beneficiarios de sus decisiones reaccionarán de manera coordinada y coherente con el plan, pues tendrían su misma racionalidad y sus mismos intereses, y debieran por tanto interpretar sus señales en el mismo sentido que él. Tales características determinan el carácter centralista y tecnocrático de este enfoque.

Como puede verse, esta mirada es mucho más que la propuesta de una metodología de gestión social u organizacional. Es, en rigor, una imagen de la sociedad, de sus cambios y de las formas de acción de sus miembros. Ella es expresión y soporte de la imagen fuertemente arraigada en Chile de que son las elites, estatales y empresariales, las que definen por vía de autoridad y de manera relativamente autónoma y voluntarista las dinámicas de la sociedad.

El pensamiento unidimensional es débil cuando pretende erigirse como única manera de enfrentar los problemas sociales, pues hoy no todos los desafíos se ajustan a sus supuestos. Esto no significa desechar las estrategias y los instrumentos propios de esta perspectiva. Hay desafíos sociales frente a los cuales el pensamiento unidimensional resulta muy eficaz, especialmente en ámbitos de baja complejidad, donde los problemas son fácilmente delimitables y se



dispone de abundante información, capacidad de control y consenso acerca de lo que hay que hacer. Normalmente se trata de ámbitos donde los problemas de coordinación de relaciones sociales complejas juegan un papel secundario. Entre estos desafíos, que se pueden llamar “problemas de entorno”, se encuentran la construcción de infraestructura, la racionalización de procesos técnicos, la ampliación de cobertura de servicios como la electricidad, o la mejoría de la infraestructura escolar. Estos problemas seguirán existiendo en el nuevo escenario y requerirán de intervenciones técnicamente orientadas.

Pero también existen desafíos frente a los cuales este pensamiento muestra fuertes limitaciones. Se trata de problemas de alta complejidad, que resultan de cambios recientes y, por lo mismo, no disponen de suficiente conocimiento acumulado. Suelen ser ámbitos muy densos en relaciones y significados sociales, donde están presentes actores con relativa autonomía y los centros de control son múltiples y difusos. A este tipo de desafíos se les puede llamar “problemas de lógicas de acción”, pues su núcleo problemático radica precisamente en la organización de las relaciones entre los actores. Son problemas tales como la mejoría de la calidad educacional a través de la modificación de los comportamientos en el aula, el desarrollo de la innovación en la empresa, la generación de acuerdos en la sociedad civil, el manejo de conflictos, la operacionalización de

derechos de atención en salud o la transformación de las relaciones laborales.

El momento actual del país puede caracterizarse precisamente por el desplazamiento desde los “problemas de entorno” a los “problemas de lógicas de acción”. Cada vez menos la posibilidad de avanzar en el desarrollo pasa sólo por los primeros y cada vez más incluye a los segundos. Es más, muchos problemas que en el pasado eran de “entorno”, y fueron resueltos exitosamente por el pensamiento tecnocrático, hoy se tornan problemas de “lógicas de acción”, frente a los cuales aquél resulta claramente insuficiente.

Así, por ejemplo, si hasta hace poco construir una central hidroeléctrica era un asunto principalmente técnico que podía ser definido por la voluntad de los gobernantes y legitimado por cálculos científicos, económicos y por los marcos legales —como fue el caso de la central Rapel en los años sesenta—, hoy ello se ha vuelto un escenario de disputas sociales, donde diferentes actores poseen competencias y poderes para cuestionar las decisiones políticas, técnicas o legales. Como lo han mostrado los casos de Ralco y Aysén, hoy para construir represas parece necesario partir construyendo relaciones sociales, sin que exista un solo actor, un solo lugar o un solo instrumento que pueda lograrlo independientemente, y donde las soluciones siguen vías que no son precisamente lineales.

Hoy se requiere de un nuevo enfoque, uno que parta del reconocimiento del cambio cualitativo del escenario donde el país se juega actualmente su desarrollo, que permita ponderar adecuadamente la diferencia entre los “problemas de entorno” y los “problemas de lógicas de acción” y aplique en cada caso los instrumentos adecuados. Para ello son indispensables formas de diagnóstico e instrumentos de intervención especiales para aquellos problemas de nuevo cuño, centrados en las dinámicas de las relaciones sociales en el nivel de las prácticas.

## UN NUEVO EQUILIBRIO ENTRE INSTITUCIONES Y ACCIONES

Reorientar la perspectiva con la que se piensan las iniciativas y los cambios sociales y organizacionales no significa descuidar la importancia de las instituciones o de las dinámicas económicas. No hay oportunidades sin un marco institucional adecuado ni sin los bienes económicos, culturales y políticos que le dan sustento. Pero esos marcos no crean realidades por sí solos. Es necesario darle su lugar a la manera como los actores perciben y hacen uso de esas oportunidades, a los intereses y motivaciones que orientan sus movimientos dentro de ellos, y a su forma de combinar esos recursos, percepciones e intereses en sus relaciones con los demás.

El nuevo contexto exige otros énfasis en la mirada del desarrollo. El tradicional énfasis en los arreglos institucionales generales y en los incentivos macro debe ser complementado con un análisis de los actores concretos, de sus prácticas y reglas del juego cotidianas. No se trata de reemplazar la exclusividad del "pensamiento tecnocrático" por la exclusividad de la "perspectiva de las prácticas", sino de buscar un enfoque que reconozca la necesaria complementariedad de ambas y ayude a precisar el papel de cada una frente a las exigencias que presentan las nuevas dinámicas de la sociedad.

Éste es uno de los objetivos del presente Informe: mostrar la pertinencia de observar las nuevas dinámicas y los desafíos del desarrollo desde la perspectiva de las prácticas. Este enfoque revela formas de acción y de relación que importa corregir y cuyos efectos normalmente se pasan por alto. Más relevante aun, observar el país desde esta perspectiva permite precisar algunos de los nuevos desafíos que enfrenta, especialmente aquellos referidos a cómo impulsar cambios que permitan que las nuevas oportunidades estructurales, institucionales y culturales se hagan realidad.

## LAS PRÁCTICAS TAMBIÉN SON UN DESAFÍO PARA EL DESARROLLO HUMANO

El énfasis sobre las prácticas que propone este Informe no es sólo un asunto de conveniencia práctica o metodológica. Tiene también una dimensión normativa. En el "cómo" se hacen las cosas está en juego el Desarrollo Humano. No cualquier manera de organizar la acción permite asegurar el valor que define al Desarrollo Humano: sólo lo harán aquellas que consideren una adecuada complementariedad entre las necesidades de la organización objetiva de la sociedad —como el crecimiento económico, la regulación institucional o la democracia— y las necesidades de la subjetividad, como la identidad, la autonomía y la dignidad social. Ésta ha sido precisamente la mirada particular que han enfatizado los Informes de Desarrollo Humano en Chile a lo largo de sus más de doce años de existencia.

Hay Desarrollo Humano cuando las personas viven en sociedades cuyo funcionamiento y organización se traducen en un aumento sostenido de las oportunidades para todos y, al mismo tiempo, en la creación de capacidades para que cada persona pueda transformar esas oportunidades en realizaciones de sus proyectos de vida. Desde esta perspectiva, no sólo es importante que una práctica sea eficiente en términos de producción de riqueza o de gobernabilidad política; lo es también que los procesos con que se obtengan esos bienes tengan como resultado la libertad e igualdad de las personas, el reconocimiento de sus dignidades, identidades y diferencias, la expansión de sus derechos y el fortalecimiento de su pertenencia y compromiso con la sociedad. No sólo en el "qué se obtiene", sino también en el "cómo se obtiene", está en juego el Desarrollo Humano, y la perspectiva de las prácticas tiene importancia por esta razón.

La siguiente parte de este Informe desarrollará la perspectiva teórica y los conceptos desde los cuales se propone estructurar el enfoque de las prácticas en Chile.

En 1990, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo inauguró su serie de Informes mundiales de Desarrollo Humano. Su objetivo fue ofrecer al debate público un punto de vista alternativo a la excesiva concentración en el objetivo del crecimiento económico, que dominaba los debates y las estrategias del desarrollo, y al olvido de las condiciones de vida de las personas concretas. Lo que para el PNUD estaba en juego entonces era nada menos que la centralidad y primacía de la persona humana. Trascurridos ya casi veinte años desde entonces, el enfoque del Desarrollo Humano se ha consolidado en los debates internacionales, y los Informes lo han hecho como una de las principales herramientas de acción estratégica de la institución. El mismo recorrido han hecho los diversos países donde el PNUD está presente. En Chile, desde 1995 se han acumulado de manera sistemática un conjunto de datos, interpretaciones y propuestas acerca de Chile que son ampliamente valorados por los diversos actores que participan en el debate público. Una apretada síntesis de las principales ideas surgidas a lo largo de esta trayectoria se presenta a continuación.

### ¿QUÉ SIGNIFICA DESARROLLO HUMANO?

El Desarrollo Humano es un paradigma normativamente fundado y propositivamente orientado. Aspira a hacer de la persona el motor y destinatario de las iniciativas de desarrollo, conduciendo en el largo plazo a sociedades con mayor bienestar, paz y gobernabilidad.

Desarrollo Humano es el proceso a través del cual la sociedad busca la ampliación de las opciones de las personas y el aumento de sus capacidades para realizar los modos de vida que consideran deseables de acuerdo a sus valores, en el marco de las opciones democráticamente definidas por la sociedad en que viven. Estas opciones deben estar siempre inspiradas por el respeto a los derechos humanos.

Para el Desarrollo Humano el foco es la persona y su libertad real, esto es, su capacidad efectiva para transformar en realizaciones concretas las oportunidades de que dispone. Pero esas capacidades no son algo que cada persona pueda construir por sí misma: la persona no alcanza sola su desarrollo, lo hace gracias a la cooperación, al reconocimiento mutuo, a los bienes socialmente disponibles y equitativamente distribuidos. La mayor parte de estos bienes públicos surge del trabajo del conjunto de la sociedad: la economía dinámica que provee recursos, la cultura vital que dota a la vida de sentidos, la vida social que entrega reconocimiento

y cooperación, la democracia que aporta participación, gobernabilidad y paz. Estos bienes públicos son los que crean un entorno favorable a la realización de los proyectos personales y grupales.

Por esta razón, para el Desarrollo Humano los objetivos de realización personal, el fortalecimiento de los vínculos sociales, el crecimiento de los bienes disponibles y el despliegue de la ciudadanía son objetivos mutuamente dependientes.

“Desarrollo Humano significa crear un entorno en que las personas puedan hacer plenamente realidad sus posibilidades y vivir en forma productiva y creadora de acuerdo con sus necesidades e intereses” (PNUD, 2001).

El Desarrollo Humano pone el acento en las capacidades de las personas como destinatarias del progreso, y en el entorno de bienes sociales como su condición. Pero no se contenta con señalar que ha de ser la persona y no el sistema económico el beneficiario del trabajo de la sociedad. Desde su enfoque humanista afirma que, ante todo, la persona es la verdadera fuente de creatividad y, por lo mismo, el motor último del desarrollo. Y no se trata de una afirmación del individuo aislado; el Desarrollo Humano supone un tipo de condiciones que alude a la forma de organización de las relaciones humanas como un todo.

“El Desarrollo Humano se preocupa no sólo por la gente como individuos sino, además, por la forma en que éstos interactúan o cooperan en las comunidades” (PNUD, 1996).

El paradigma de Desarrollo Humano es un marco amplio que permite dar una orientación nueva al trabajo de interpretación de los cambios de la sociedad y al diseño de las estrategias de cambio. Al mismo tiempo, ha ido decantando en indicadores empíricos internacionalmente comparables que permiten mostrar los avances de los países.

### LA MIRADA DE LOS INFORMES NACIONALES

Desde 1996 el PNUD Chile ha publicado seis Informes de Desarrollo Humano nacionales, cada uno dedicado a un tema específico de significación nacional en su momento, aunque todos comparten un énfasis en el diagnóstico de las tendencias y los cambios de largo plazo que se manifiestan en el país.

Los Informes chilenos han enfatizado la mutua dependencia que existe entre el aumento de las capacidades de las

personas y el fortalecimiento de la capacidad de la sociedad para deliberar sobre sus fines, y para actuar como un todo en pos de ellos. Es lo que se ha definido como el vínculo entre la autonomía personal y la autodeterminación social.

En 1996, el primer Informe afirmaba que "los cambios registrados en los últimos años afectan la vida cotidiana de la gente y su sociabilidad", y constataba que "la trama social chilena, si bien ha avanzado en aspectos cuantitativos, requiere fortalecerse en el plano cualitativo". Por esto proponía "complementar una lógica del nivel de vida con una lógica del modo de vida", como condición para hacer más dinámico y sustentable el desarrollo de las personas y del país.

En el segundo Informe (1998), *Las paradojas de la modernización*, se identificaron algunos efectos que la conducción tecnocrática de la modernización reciente del país estaba teniendo sobre la subjetividad, en particular la aparente paradoja de un extendido sentimiento de inseguridad en medio del aumento sostenido de la prosperidad económica. Ello se debía a un proceso centrado en la eficiencia interna de los sistemas sociales, que no consideraba su efecto destabilizador de los vínculos y sentidos sociales que proveen de certidumbres a la vida cotidiana. Ese fenómeno pone en riesgo el propio desarrollo, pues allí donde no se acogen las demandas de seguridad y reconocimiento de las personas éstas tienden a replegarse. Así se debilitan la cooperación y la confianza social, lo que a su vez afecta la dinámica de los sistemas sociales. En el Informe se concluía que la sustentabilidad de la modernización depende del grado en que se reconozca la subjetividad social y se fortalezca la acción colectiva.

El Informe del año 2000, *Más sociedad para gobernar el futuro*, auscultó el potencial de acción colectiva del país. Se observaron tres dimensiones: la capacidad para expresar y procesar aspiraciones colectivas, la existencia y envergadura del capital social, y la disposición a la acción ciudadana. El análisis mostró que la sociedad chilena dispone de tales recursos, pero que su despliegue se ve frenado por su carácter disperso y fragmentario. Se concluye que la existencia de un "mundo común" es una condición para el fortalecimiento de la acción colectiva.

El Informe del 2002, *Nosotros los chilenos: un desafío cultural*, realizó un diagnóstico del cambio cultural que ha acompañado la modernización y la democratización recientes. Se evalúa como un logro positivo que ha reducido el peso del

autoritarismo y ha ampliado el campo de las libertades, pero se constata también la disolución de los referentes colectivos tradicionales y la dificultad para recrear nuevos imaginarios que encaucen la acción colectiva. Se concluye que existe una deficiencia en el trabajo cultural de la sociedad.

En el Informe del año 2004, *El poder, ¿para qué y para quién?*, se evalúa el desarrollo de las capacidades de acción de que disponen las personas para apropiarse de los avances del país. Ello significa crear poder. Se muestra que ni la significación cultural imperante acerca del poder, ni su distribución en la sociedad, ni las capacidades conductoras de sus elites favorecen la extensión del poder a las mayorías. En Chile el poder está concentrado. Sin embargo, los cambios culturales y estructurales demandan una concepción más horizontal del poder, una estructura más equitativa en su creación y distribución, y nuevas formas de conducción.

El Informe del año 2006, *Las nuevas tecnologías, ¿un salto al futuro?*, indaga por los efectos de la introducción de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación sobre la subjetividad de las personas y sobre el desarrollo de sus capacidades. El análisis empírico mostró la amplia penetración de las TIC en la vida cotidiana y la ambivalencia de la relación de las personas con ellas. Respecto de sus efectos sociales, se constató que no siguen una lógica propia sino que dependen fuertemente del tipo de relaciones sociales y de poder presentes en los ambientes donde se instalan. De esta manera, las TIC no representan un atajo al desarrollo en relación con la necesidad de crear y contar con un entorno social favorable y una acción colectiva fuerte. Por el contrario, la eficacia de su uso depende de la existencia de ese entorno y esa acción colectiva.

En septiembre de 2008 el PNUD publicó su Informe sobre Desarrollo Humano en Chile Rural, *Seis millones por nuevos caminos*, el que muestra que la ruralidad en Chile no está desapareciendo; por el contrario, está llena de potencialidad y se instala en el centro de las más importantes apuestas de futuro del país. Pero la manera que hoy se tiene de concebir y medir la ruralidad en Chile tiende a invisibilizarla, de modo que para iluminar su importancia y aquilatar su potencialidad se requiere de un nuevo enfoque que se concentre en el modo en que se integran sistémicamente un conjunto muy diverso de actividades y realidades socioculturales y económicas, enraizadas en territorios cuyas economías son preponderantemente piscisilvoagropecuarias.

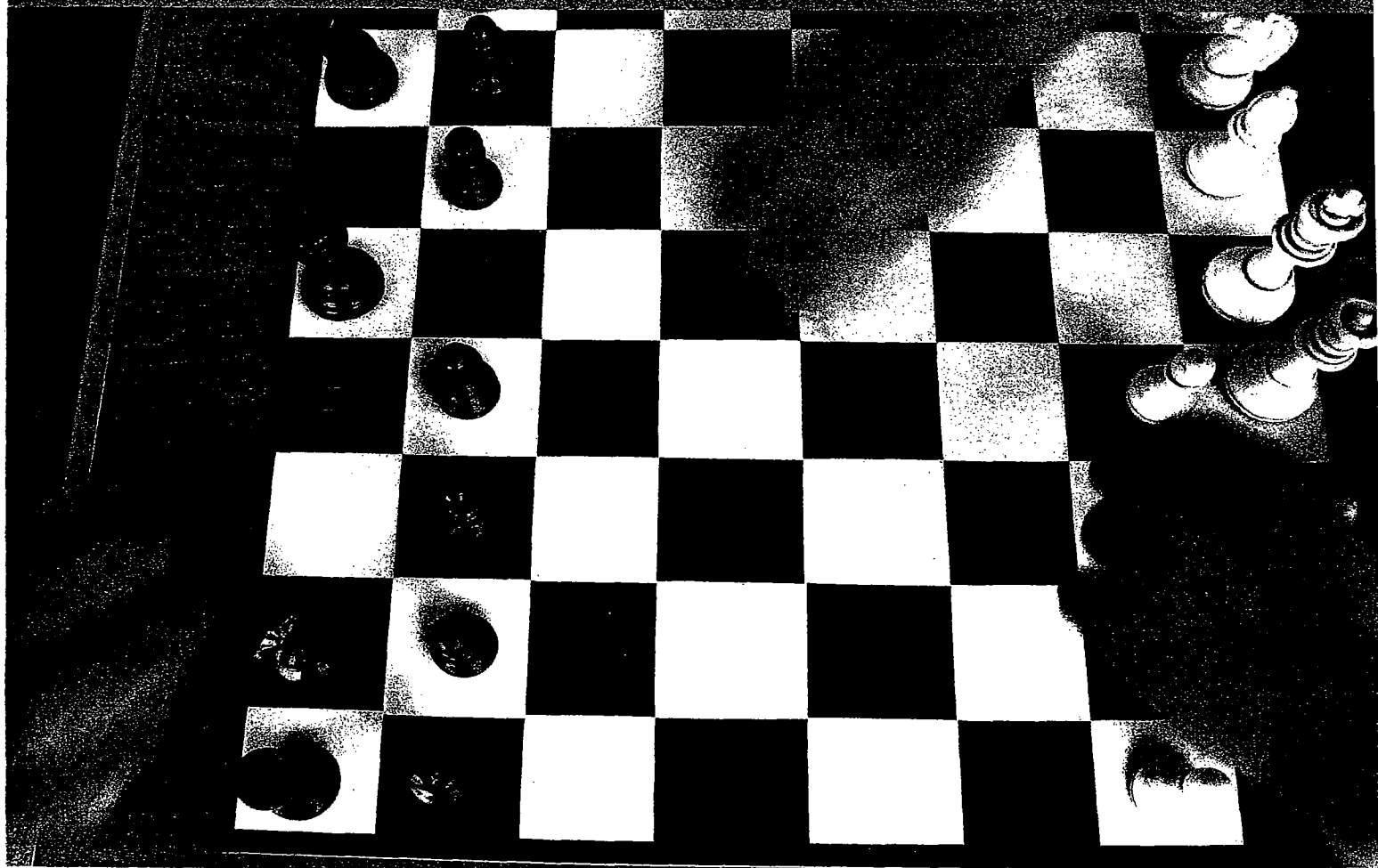
## EL APOORTE DEL INFORME 2008 AL ESTUDIO DEL DESARROLLO HUMANO EN CHILE

El Informe 2008 se concentra en el análisis de las prácticas cotidianas; esto es, el modo concreto en que las personas interactúan y cómo se coordinan para perseguir sus objetivos. Esta propuesta se fundamenta en el hecho de que Chile ha creado un piso de desarrollo y oportunidades que ha producido desafíos inéditos. Frente a ello los instrumentos tradicionales y las estrategias habituales de cambio se han revelado limitados. Realizar esas oportunidades en las vidas concretas de las personas requiere maneras nuevas de hacer las cosas y de promover los cambios. La forma de organizar las prácticas sociales se revela así como un tópico clave para el desarrollo. La hipótesis central de este Informe afirma que existen en las prácticas habituales de los chilenos algunas

dificultades para procesar los nuevos desafíos que resultan del desarrollo reciente, y que por ello ponen algunas trabas para aprovechar plenamente las nuevas oportunidades.

El presente Informe señala que las prácticas importan no sólo para obtener mejores resultados, sino también porque desde el paradigma de Desarrollo Humano importan los procedimientos con que aquellos se obtienen. Desde esta perspectiva, importa que las maneras en que se hagan las cosas redunden en mayor libertad, igualdad y reconocimiento de las dignidades y diferencias de quienes participan en ellas, como también la expansión de sus derechos y el fortalecimiento de su compromiso con la sociedad. En el "cómo se obtiene" están en juego el "qué se obtiene" y los fines mismos del Desarrollo Humano, y por esta razón el enfoque de las prácticas adquiere vital importancia.

## CAPÍTULO 3



### Instituciones, subjetividad y prácticas

Cuando los individuos interactúan en situaciones concretas, no deciden de manera espontánea ni plenamente libre qué hacer en cada caso. Las acciones de las personas están enmarcadas y orientadas por hechos preexistentes en la vida común, como las instituciones y las normas sociales, el lenguaje, o la distribución de los bienes. Son esos hechos sociales los que aseguran, mejor o peor según el caso, que pueda coordinarse la multiplicidad de intereses y acciones de los miembros de la sociedad. Pero la acción de los individuos tampoco es un simple reflejo de las normas y estructuras

sociales: existe en ellos un grado de autonomía para definirse a sí mismos, lo que quieren y cómo quieren obtenerlo; es lo que puede denominarse subjetividad personal.

Entonces, por una parte, las personas no pueden satisfacer sus necesidades sino actuando coordinadamente con los demás, y para ello se requiere la organización institucional de la sociedad. Pero, por otra parte, está la necesidad vital de las personas de darle un sentido propio a su conducta. Esto es lo que aporta la subjetividad.

Para actuar se requieren ambas. No obstante, entre instituciones y subjetividades no hay necesariamente correspondencia sino más bien tensión: para hacer posible la coordinación de muchos actores, las instituciones deben traducir las situaciones particulares a reglas generales, mientras que la subjetividad, por el contrario, debe dotar de sentidos individuales y concretos a las reglas sociales.

Las tensiones entre las reglas y las intenciones personales abren un espacio de ambivalencias e incertidumbres que debe ser articulado y finalmente cerrado. Las prácticas sociales constituyen, precisamente, el espacio donde se produce esta articulación. Los actores tienden un puente que articula las exigencias de las instituciones y las de la subjetividad en sus “maneras de hacer las cosas”; sus modos de actuar y relacionarse, que despliegan en espacios concretos. Pero estas prácticas no flotan en el vacío ni son ahistóricas; por el contrario, tienen una inercia y una tradición que dota a los individuos que participan de ellas de un sentido rutinario y común; de una idea previa respecto de cómo actuar en determinadas situaciones, que también delimita el espacio de las prácticas posibles.

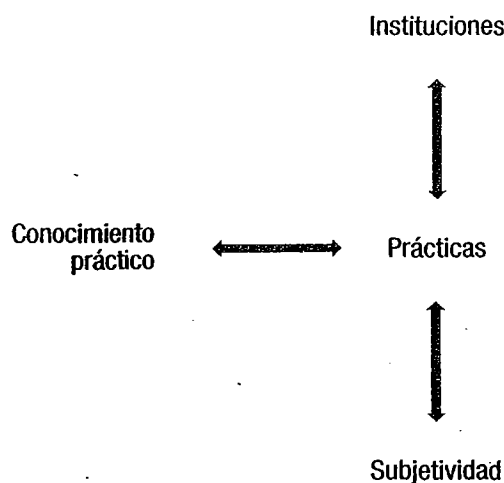
En los puntos que siguen se describirán estas tres fuerzas estructurantes de las prácticas: las instituciones, la subjetividad y el conocimiento práctico (ver Figura 1).

## LAS INSTITUCIONES

Se entenderá por instituciones el conjunto de reglas formales que definen lo que se debe o no hacer en un espacio de prácticas. Su principal aporte es proveer un marco general de orientaciones y recursos relativamente estables que permita a las personas y la sociedad obtener resultados predecibles.

Resulta vital para este Informe precisar de qué modo se usa el concepto de institución y distinguirlo de otros enfoques teóricos. La teoría institucionalista distingue entre instituciones formales e informales. Las instituciones formales

FIGURA 1  
El espacio de las prácticas



son normas positivamente estatuidas que incluyen desde la Constitución hasta los contratos que estipulan empresarios y trabajadores. Las instituciones informales, por su parte, serían conocimientos transmitidos por la sociedad que son parte de la cultura: convenciones, reglas morales y códigos de conducta. La diferencia fundamental entre ambos tipos de instituciones radica en cómo se generan y sancionan. Las instituciones formales se crean por procedimientos establecidos y se sancionan con dispositivos autónomos y organizados, como los tribunales. Las instituciones informales, en cambio, surgen de las prácticas sociales y se sancionan por la fuerza inercial de las costumbres, por la presión del grupo o por las motivaciones intrínsecas de sus integrantes. Por esa razón en este Informe se reserva el concepto de institución para las instituciones formales. Las informales aparecerán en la descripción y el análisis de las dinámicas de las prácticas.

Las instituciones estructuran las prácticas en varios sentidos. En primer lugar, asignan recursos a través de la definición legal de derechos para su utilización. En segundo lugar, establecen los roles de los actores (por ejemplo, directores, supervisores, madres, padres, intermediarios, beneficiarios, etc.), definiendo sus atribuciones,



capacidades y poder institucional. En tercer lugar, crean sistemas de incentivos que orientan la acción de los actores hacia determinados fines sobre la base de beneficios por cumplimiento o castigos por incumplimiento. Los incentivos se configuran tanto a través de reglas como de señales de mercado. Dentro de estas últimas, los precios –incluyendo tecnologías, costos de transacción y transformación– constituyen una variable fundamental.

Las instituciones establecen mecanismos de exigibilidad que hacen posible la cooperación y la división del trabajo, ya que permiten formular compromisos confiables. Los mecanismos de exigibilidad son dispositivos institucionales que, por una parte, proveen información a los actores para detectar transgresiones a las reglas, y, por otra, crean incentivos dirigidos a los actores y organizaciones encargados de sancionarlas. En las sociedades modernas, para que los mecanismos de exigibilidad sean efectivos se requiere de un tercero independiente, ya sea un árbitro, un mediador o una organización pública y autónoma; que las normas y contratos estipulen atributos mensurables y verificables, y que las sanciones a los transgresores sean mayores que los beneficios de la transgresión. La aplicación de estas tres condiciones es particularmente importante para hacer operativos los nuevos derechos sociales o económicos.

Las instituciones varían en su nivel de alcance respecto del espacio de prácticas que regulan. Existen instituciones más generales que definen reglas obligatorias para todos los miembros de la sociedad, como la Constitución de la República, la que señala incluso cómo y por quién puede ser creada cualquier otra institución. Hay también algunas que regulan y aportan recursos para ámbitos específicos, como la Jornada Escolar Completa, la regulación de la compra y venta de acciones o las Garantías Explícitas en Salud. Hay otras que no se derivan directamente de los órganos políticos superiores, sino que proceden de ámbitos sociales relativamente autónomos. Las reglas del fútbol elaboradas por la ANFP, el

sacramento del matrimonio de la iglesia católica, las características de un contrato celebrado entre dos empresas o las normas de comportamiento ético de un colegio profesional son instituciones de este tipo. También existen instituciones supranacionales, dictadas por órganos donde están representados los Estados, como Naciones Unidas o la Organización Mundial del Comercio. Entre estas se encuentra la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los tratados que la hacen exigible para los países firmantes, las regulaciones aduaneras y migratorias o los acuerdos ambientales.

Debido a esta diversidad de instituciones y alcances, en un mismo espacio de prácticas pueden operar simultáneamente muchas instituciones. Teóricamente las reglas de todas ellas debieran ser coherentes entre sí, pero no suele ser el caso. Lo normal es que el marco institucional de una práctica esté compuesto por señales con algún grado de contradicción entre las instituciones que influyen en ella. Además, al interior de cada institución no siempre hay coherencia entre las normas dictadas y los recursos asignados.

Por la necesaria generalidad que requieren para regular diferentes espacios de prácticas, por sus contradicciones y por la incertidumbre y complejidad del entorno, las instituciones no pueden regular las acciones con el nivel de precisión y especificidad que se precisa en las situaciones concretas. Para eso se requieren organizaciones. Ellas son un conjunto de actividades coordinadas deliberadamente en función de uno o más propósitos. La Ley del Consumidor no basta por sí misma para asegurar que alguien que ha comprado un producto defectuoso pueda reemplazarlo por otro. Para eso son necesarias oficinas, personal especializado, formularios, buzones de reclamo, entre otros. Las organizaciones pueden estipular dispositivos de gobernanza que permitan coordinar la acción de los actores definiendo estructuras de autoridad, mecanismos de coordinación y formas de canalizar o resolver el conflicto.

## LA SUBJETIVIDAD

En el otro polo del espacio de las prácticas está la subjetividad. Si por el lado de las instituciones se representa la construcción del mundo social desde la perspectiva de su estructura general –un mundo “para todos”–, la subjetividad personal es la perspectiva desde la cual cada individuo organiza e interpreta el mundo, dotándolo de un sentido personal. El término “subjetividad” remite a un individuo con sus propias necesidades, emociones y capacidad de percibir, interpretar y comunicar.

La subjetividad no nace con el individuo; surge de las relaciones que a lo largo de la vida va manteniendo con otros. Por lo mismo, es posible distinguir diversas etapas en su desarrollo, según las interacciones en las que vaya participando.

Durante la infancia, la subjetividad se desarrolla en los espacios de las sociabilidades primarias. Es en el hogar, en el barrio, la iglesia, la escuela o el club deportivo donde se absorben los rasgos más básicos que definen la cultura en la cual se vive. La adolescencia es el período de elaboración de la identidad subjetiva. Durante esta etapa los otros con los que se interactúa constituyen referentes (padres, profesores, amigos, guías espirituales, entre otros) respecto de los cuales los individuos toman una posición. Esto es, se identifican o se diferencian. La identidad que resulta de las tomas de posición es el resultado de las múltiples relaciones en las que se insertan los individuos, y del tipo y la calidad de los referentes que se encuentran a su disposición en esta etapa de la vida.

De acuerdo con este esquema, la construcción de la subjetividad es el resultado de un tipo particular de prácticas en las que los otros constituyen referentes frente a quienes cada uno negocia la delimitación o realización de su proyecto biográfico. Estos referentes pueden definir un límite, imponiendo su identidad como algo que debe tomarse en cuenta; pueden definir también una posibilidad, aquel otro con el cual puede llevarse a cabo la propia identidad; o pueden representar un espejo, aquel donde se



refleja y encuentra reconocimiento la identidad propuesta.

En la conformación de la identidad subjetiva se les abre a los individuos la posibilidad de elaborar un proyecto respecto de sí mismos. La construcción biográfica es la realización en el tiempo del proyecto que cada uno define para sí; es la dimensión histórica de la subjetividad.

Nadie puede realizar su identidad subjetiva al margen de sus prácticas concretas, puesto que aquella sólo puede realizarse en la interacción con otros. Sin embargo, no todos culminan exitosamente este proceso, ni todas las relaciones se prestan para ello. También se requieren soportes: aquellos recursos y espacios que permiten a las personas identificarse y apoyarse para concretar un proyecto biográfico, tales como recursos económicos, la formación profesional, el grado de legitimidad para plantear demandas, lenguajes y espacios para el diálogo y la negociación. Los diferentes espacios de prácticas en que participa una persona tienen distinta capacidad para servir a la realización de las identidades. Así, por ejemplo, podría darse el caso en que una mujer tenga en su familia un soporte positivo para su proyecto laboral o profesional, pero deba enfrentar trabas en el mercado laboral que no le permiten compatibilizar adecuadamente sus intereses laborales con su opción de maternidad.

La subjetividad que resulta de estas prácticas de construcción de identidad es a su vez una fuerza

que delimita las alternativas de acción de los actores en estos espacios. Desde ella, los actores demandan el reconocimiento de los otros, establecen límites para los roles que se les proponen, e interpretan los incentivos y fines disponibles para tomar sus decisiones y actuar.

### LA INERCIA DEL CONOCIMIENTO PRÁCTICO

Lo que las personas hacen y ponen en juego en una práctica se transforma con el paso del tiempo en un conocimiento práctico acumulado que cada participante lleva consigo y que tiende a estabilizarse. Así constituido, el conocimiento práctico actúa como un "mapa" que guía a los transeúntes en una ciudad. Se trata de mapas inscritos en diversos planos de la conciencia individual. Algunos segmentos son inconscientes, otros son reflexivos, otros están inscritos en los movimientos corporales. Un militar que se topa con otro de mayor rango no requiere de un manual de operaciones para saber qué hacer; su cuerpo ya lo "sabe": se lleva la mano a la sien y se cuadra para saludar.

El conocimiento práctico sedimenta en "maneras de hacer las cosas", vuelve inerciales conductas y acciones. Su vigencia y efectividad no responden a su coherencia lógica, a su verdad científica o a su corrección moral, sino al hecho de ser el sedimento organizado de acciones y disposiciones que resultan significativas para los actores, sea por razones pragmáticas, simbólicas o simplemente rutinarias. La autoridad de un conocimiento práctico es reflejo de la eficacia de la práctica misma, y no al revés. Hay quienes "saben" cómo se hacen las cosas y por ello pueden operar de modo eficaz en una situación práctica, mientras que los que no disponen de este conocimiento fallarán irremediabilmente ante la misma situación.

Los mapas del conocimiento práctico son muy resistentes al cambio porque proveen de un mundo seguro por el cual transitar, es decir son reductores de incertidumbre. El conocimiento práctico permite desarrollar expectativas ante los

otros y sus posibles conductas, o anticipar qué ocurrirá en una situación específica. Cuando se conduce un automóvil, se espera que el otro respete los signos del tránsito y de este modo se pueda cruzar la calle sin problemas.

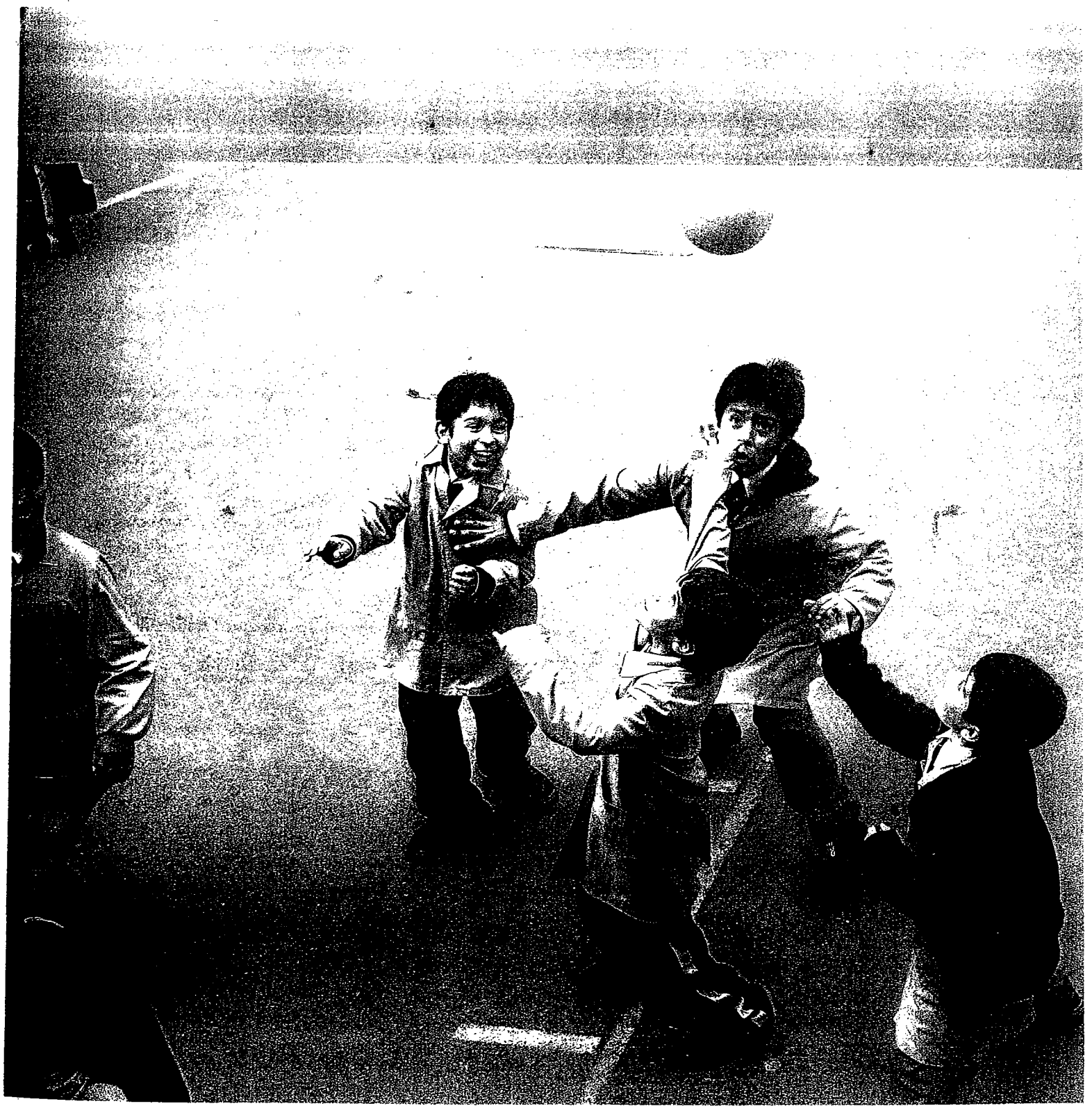
No es de extrañar, por lo tanto, que los cambios culturales o institucionales generen resistencia y eleven la incertidumbre en la práctica, pues desafían los mapas de expectativas sedimentados en las mentes y los cuerpos de las personas.

Sin embargo, la inercia del conocimiento práctico no impide el cambio. De hecho, hay muchas fuerzas que empujan a la transformación de las prácticas, aunque lo hacen a velocidades particulares, por factores no siempre controlables y en direcciones no siempre previsibles. Análíticamente se pueden distinguir las presiones de cambio que provienen del exterior de las prácticas —específicamente de sus marcos institucionales y de la subjetividad— y los cambios que surgen desde el interior de las prácticas mismas, por accidente, imitación o por procesos de reflexión interna. Así ocurre, por ejemplo, en el ámbito de las relaciones familiares: el surgimiento de la conciencia de dignidad autónoma en los niños (un cambio del entorno cultural) y las nuevas leyes sobre violencia intrafamiliar (un hecho del entorno institucional) han alterado las prácticas familiares de relación entre padres e hijos, por ejemplo prohibiendo formalmente y sancionando socialmente la violencia familiar contra los niños. Esto no significa que la violencia haya desaparecido, pero tiene más restricciones que antes, lo que limita las estrategias aceptables y modifica su valoración, presionando por la redefinición de los roles que los actores desempeñan en las prácticas.

En síntesis, puede sugerirse que, si la misión de las instituciones es orientar las acciones de cada actor con un sentido de generalidad, para darle mayor probabilidad a la coordinación entre ellos, la función de las identidades subjetivas es dotar de un sentido propio a las acciones regidas por reglas generales. Porque sirven a intereses en parte

opuestos, ambas misiones no se complementan fácilmente y dejan abierto un campo amplio y ambivalente de posibilidades de acción. Por eso es que los actores desarrollan maneras de hacer las cosas que les permitan coordinarse y realizar sus objetivos. Con el tiempo y la rutina, esas maneras de hacer las cosas se estabilizan y se convierten en un conocimiento práctico que delimita las

opciones futuras y las posibilidades de cambio. A su vez, la interacción de esos tres elementos determina el espacio donde se ejecutan o actualizan una y otra vez las prácticas. Dicho espacio de prácticas es un espacio de posibilidades, no un mapa de acción definido. La acción tiene un grado de independencia respecto de esa estructuración, pero sólo es posible gracias a ella.



La política pública en acción

Como se vio en la parte anterior, las prácticas, las interacciones y los juegos de relaciones entre actores en situaciones específicas tienen un efecto determinante en el curso que siguen y en los resultados a los que arriban las iniciativas de cambio social. Las políticas públicas no son ajenas a las prácticas. Por un lado, forman parte del entorno de instituciones, incentivos y organizaciones que enmarca las prácticas. Del otro, los resultados de las iniciativas que ellas promueven se ven condicionados por las inercias históricas y por las reacciones relativamente autónomas que caracterizan las prácticas.

En esta parte se analizan algunas políticas públicas desde la perspectiva de las prácticas. Los elementos que se observan aquí sirven de insumo, junto con los aportados por las otras partes de este Informe, para proponer una imagen más integral de las maneras de hacer las cosas en Chile. También exponen los límites y posibilidades que imponen las prácticas a las iniciativas públicas. Se espera que su consideración contribuya a mejorar sus procesos de implementación.

La política pública es uno de los instrumentos privilegiados a través de los cuales el Estado promueve los cambios en la sociedad, para potenciar el desarrollo del país y la protección de los derechos de sus ciudadanos. Tal como se planteaba en la primera parte de este Informe, el mismo éxito de las décadas pasadas ha llevado a un cambio en el tipo de problemas y complejidades que enfrenta el desarrollo en Chile. Se han generado nuevos desafíos, expectativas y demandas que requieren nuevas respuestas por parte de las instituciones. Los esfuerzos de las políticas públicas en los últimos años han intentado adaptarse a los nuevos desafíos y se han centrado en aspectos como el derecho de acceder a bienes y servicios de calidad. Sin embargo, tal como se planteaba en la Parte 1, los debates públicos recientes han revelado una diversidad de situaciones que remiten a importantes y, a veces, inexplicables dificultades para tener éxito en las transformaciones buscadas.

Una política pública no sólo se plantea objetivos de cambio, sino que debe definir la serie de acciones necesarias para lograr que esos objetivos se cumplan. El proceso de implementación de una política no es sólo el conjunto de acciones que llevan a cabo los ejecutores de la estrategia, sino también las formas de apropiación de ésta por parte de los distintos actores involucrados. La subsistencia de un pensamiento jerárquico y excesivamente especializado en muchos ámbitos del proceso de formulación de las políticas en Chile limita su capacidad para prestar atención a la complejidad que suele presentarse en el momento de implementación y apropiación. Al no considerar aspectos como las interpretaciones particulares que hacen los actores de los marcos normativos, o el modo en que defienden sus identidades y roles, no se incorporan los mecanismos necesarios para hacer más viable el cambio, y se producen entonces efectos inesperados que alteran los resultados finales. Ello lleva a que en ocasiones el éxito de las iniciativas en los distintos sectores públicos sea escaso y las mayores oportunidades no se traduzcan en avances significativos de los indicadores de desarrollo.

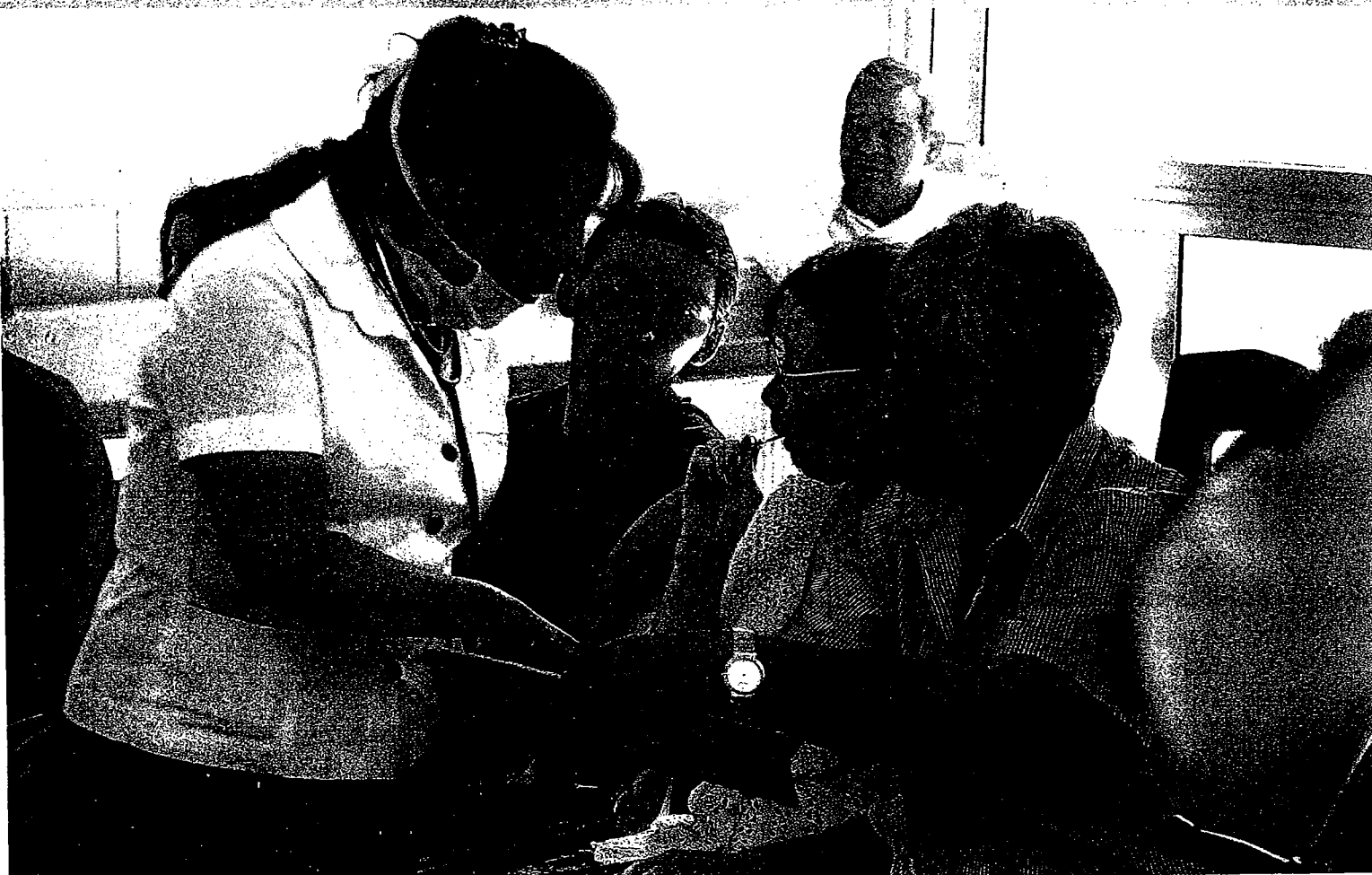
Este Informe propone observar las prácticas de implementación y apropiación de políticas públicas como una manera de comprender mejor cómo se producen o dificultan los cambios anhelados. Se busca identificar algunos aspectos transversales al modo de hacer política pública que son relevantes para su formulación e implementación. Se estudiaron dos tipos de política, ambos innovadores en la forma que abordan los problemas sociales que pretenden resolver.

En el primer capítulo de esta parte se analizan las prácticas asociadas a la implementación del nuevo régimen de Garantías Explícitas en Salud (AUGE-GES). Dicha política es parte de una reforma más amplia del sistema de salud y modifica el marco institucional que regula las relaciones y acciones de los actores involucrados en este ámbito. Representa una política innovadora que se aleja de la formulación jerárquica y tecnocrática, porque introduce una nueva visión

del paciente en las prácticas de atención de salud, al otorgarle el estatus de portador de derechos y no de beneficiario de un servicio. Lo que se busca analizar en este capítulo es justamente la apropiación de este elemento central del Plan en las dinámicas de interacción del sistema de salud, donde han predominado históricamente relaciones jerárquicas con grandes asimetrías.

El segundo capítulo se centra en el estudio de la Estrategia de Apoyo a Establecimientos Prioritarios, programa del Ministerio de Educación

que apunta a mejorar la calidad de la educación en aquellos establecimientos que presentan niveles muy altos de vulnerabilidad social y educacional. A diferencia del caso anterior, este programa intenta gestionar el cambio en el nivel de la organización escolar, introduciendo un agente externo en calidad de experto, pero sin producir cambios en las normas institucionales que regulan este ámbito de acción. Aquí se busca identificar cuáles son las dinámicas que facilitan o dificultan la implementación del programa.



## Garantizar derechos en salud: la complejidad de cambiar

El escenario en el cual se elaboran e implementan las políticas públicas ha cambiado. El enfoque de derechos (ver Recuadro 2), que cambia la lógica de los procesos de formulación de políticas públicas, se está introduciendo con fuerza. Ya no bastan las soluciones técnicas que tienden a la especialización de la atención sin el involucramiento de la ciudadanía; ahora se busca establecer un vínculo explícito entre las políticas y los estándares de derechos humanos, reconociendo a los ciudadanos como titulares de derechos exigibles y elaborando las políticas estatales para

garantizar tales derechos. Este enfoque procura que el punto de partida no sea la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino los sujetos con derecho a exigir determinadas prestaciones y conductas (Abramovich, 2006); también procura identificar a los responsables de satisfacer esas demandas.

Un número importante de las políticas públicas ejecutadas en los últimos años ha tenido esta característica, es decir, se han basado en nuevas articulaciones legales que modifican el marco



institucional para incorporar al beneficiario de la política como un sujeto de derechos. Esto significa que se transforman las reglas formales —aquellas que guían las acciones y limitan los comportamientos de los actores involucrados— creándose nuevos incentivos y buscando alterar las configuraciones de los roles establecidos en el sistema. En este enfoque, el Estado debe actuar como garante de los derechos, lo que requiere, en primer lugar, que los derechos sean especificados en términos mensurables y verificables, y en segundo lugar, que se establezcan garantías y mecanismos de exigibilidad que aseguren el reconocimiento del derecho por los responsables de esa obligación.

La implementación de este tipo de políticas públicas —que redefinen espacios, situaciones, incentivos, roles y responsabilidades— es especialmente compleja porque interactúa y muchas veces choca con las identidades tradicionales y los intereses corporativos de los actores involucrados, amén de desafiar las prácticas rutinizadas en el campo de acción respectivo.

El régimen de acceso universal con garantías explícitas para la salud en Chile (AUGE) constituye un caso ejemplar de este tipo de políticas públicas, al tratarse de un nuevo sistema sanitario que apunta a un cambio en las reglas del juego y que parte del enfoque de derechos. No se trata solamente de mejorar los indicadores de salud de la población, sino de un proceso más complejo que busca el cambio en otra escala: no es lo mismo prestar servicios o entregar bienes que transferir derechos.

Así, en este capítulo se observa y analiza la implementación del AUGE con el fin de observar, analizar y comprender la complejidad de este tipo de cambios, impulsados desde el entorno institucional. No se busca evaluar el rendimiento objetivo del programa, pero sí identificar los modos en que los actores responden a los cambios del entorno institucional, y los factores que se ponen en juego facilitando o dificultando la apropiación de la lógica de derechos en el ámbito de la salud.

## RECUADRO 2

### ¿En qué consiste el enfoque de derechos?

Aunque no existe una receta universal para un enfoque basado en los derechos humanos, los organismos de las Naciones Unidas han acordado un conjunto de atributos fundamentales:

- \* Cuando se formulan las políticas y los programas de desarrollo, el objetivo principal deberá ser la realización de los derechos humanos.
- \* Un enfoque basado en los derechos humanos identifica a los titulares de derechos y aquello a lo que tienen derecho, así como a los correspondientes titulares de deberes y

las obligaciones que les incumben, y procura fortalecer la capacidad de los titulares de derechos para reivindicar éstos y de los titulares de deberes para cumplir sus obligaciones.

- \* Los principios y las normas contenidos en los tratados internacionales de derechos humanos deben orientar toda la labor de cooperación y programación del desarrollo, en todos los sectores y en todas las fases del proceso de programación.

(Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2006:15).

## El origen del AUGE

En el año 2000 se comienza a instalar con fuerza la voluntad de avanzar en una reforma de la salud de gran envergadura. Varios son los factores que se han mencionado para justificarla.

En primer lugar, la desigualdad e inequidad en salud. A pesar de los buenos indicadores sanitarios de la población, las brechas entre los grupos socioeconómicos son muy altas en el sistema de salud chileno. El 82% de la población representada en la Encuesta de Desarrollo Humano 2008 pertenece al sistema público, donde se concentra además la población de menores ingresos. Y las comparaciones históricas entre el sistema privado y el público perjudican a este último, que ha tenido resultados inferiores en calidad y oportunidad de la atención en salud. Independientemente del sistema al que pertenezca, la población tiene una percepción más positiva del funcionamiento del sector privado que aquella del sector público (ver Cuadro 9).

Como segunda dimensión, es posible observar mayores expectativas y demandas sobre los sistemas de atención de salud. El aumento en el ingreso per cápita, los mayores niveles de educación y los cambios culturales que enfatizan la preocupación por la calidad de vida plantean exigencias de nuevo cuño sobre el sistema. Ahora éste debe entregar respuestas y servicios oportunos a las personas, como también respetar sus derechos. Como se ve en el Recuadro 3, de acuerdo a la Encuesta de Desarrollo Humano 2008 es

en el ámbito de la salud donde la conciencia e información sobre derechos está más avanzada, lo que en parte puede deberse a la implementación de la reforma con este enfoque.

En tercer lugar, la reforma responde a un fuerte cambio en el perfil demográfico y epidemiológico en Chile. La población ha ido envejeciendo debido a la disminución de las tasas de natalidad junto a una mayor expectativa de vida. En este nuevo perfil demográfico disminuye la incidencia de enfermedades infecciosas y relacionadas con la maternidad, y aumentan las patologías crónicas, asociadas a los malos hábitos propios del desarrollo (sedentarismo, consumo de cigarrillo y otras drogas, entre otros). De esta forma, cambia el tipo de enfermedades más frecuentes y el modo de enfrentarlas.

Los aspectos económicos y financieros del sistema también presionaron hacia una reforma, especialmente el déficit de financiamiento de los hospitales en el sector público y la desprotección financiera de los usuarios en el sector privado. Además del incremento en costos, que la experiencia mundial indica que ocurre con mayor velocidad en la medicina que en el resto de los bienes de consumo o de capital (Jiménez, 2004), el diagnóstico de una gestión deficiente de los recursos en el sector presionó por mecanismos para optimizarla, los que debían basarse en criterios de costo-efectividad para establecer diagnósticos y tratamientos adecuados, además de garantizar su aplicación por parte del sistema. Así, se buscó institucionalizar prácticas médicas que combinaran la efectividad de las intervenciones con el costo más bajo posible, de modo de reducir las deudas hospitalarias del sector público.

El paso desde un modelo de protección focalizado en los grupos que viven en situación de pobreza a uno universalista, enfocado en el derecho de las personas, estuvo en la base de la reforma. La calidad del diseño, la implementación y la gestión de las políticas se mide entonces, desde esta perspectiva, por el

**CUADRO 9**  
Evaluación de servicios en Chile (porcentaje)

Durante los últimos años, muchos servicios han tenido cambios en Chile. Con respecto a los siguientes, ¿cómo diría que funcionan: muy bien, bien, mal o muy mal?

	Hospitales o consultorios públicos			Clínicas o consultas privadas		
	Muy bien - bien	Mal - muy mal	NS-NR	Muy bien - bien	Mal - muy mal	NS-NR
Sistema público (FONASA)	40	59	1	75	10	15
Sistema privado (ISAPRE)	32	62	6	93	5	2

Fuente: Encuesta de Desarrollo Humano, PNUD 2008.

### RECUADRO 3

#### La percepción de derechos en la opinión pública

Como se describe en la Parte 1 de este Informe, el manejo de información de la ciudadanía sobre hechos que pueden afectar su vida ha aumentado significativamente en los últimos años. Con respecto a la información que las personas tienen sobre sus derechos, un poco más de la mitad de la población dice sentirse informada. Además, un 54% de la población manifiesta que "siempre hace valer sus derechos, aunque tenga que pelear por eso", mientras que el 47% señala que "a veces prefiere ceder con tal de no pasar malos ratos" (Encuesta Desarrollo Humano, PNUD 2008).

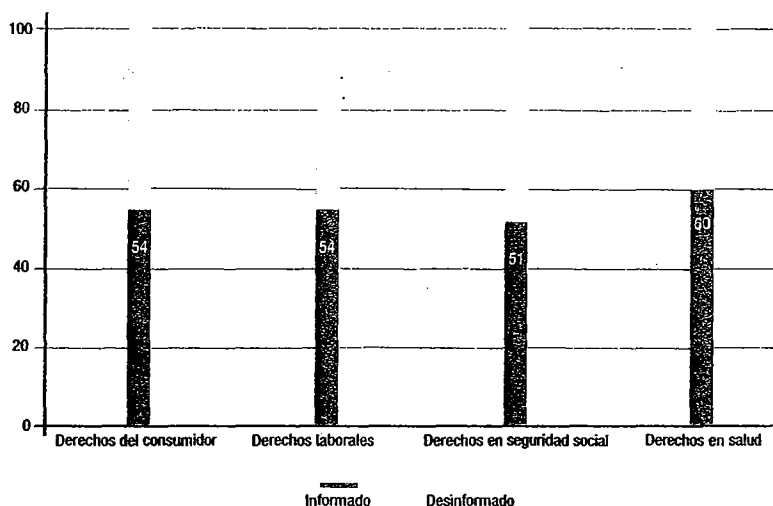
Como lo muestra el Gráfico 4, esta tendencia es todavía más acentuada en el caso de la salud, donde la cantidad de personas que perciben sentirse informadas sobre sus derechos llega al 60%.

En el caso de los derechos en salud, es interesante recalcar que las mujeres se sienten significativamente más informadas que los hombres: 63% de las mujeres se sienten informadas, versus un 57% de los hombres. Las mujeres tienen más relación con el sistema de salud porque acuden con mayor frecuencia al médico: mientras un 53% de los hombres declara que "casi nunca" va al doctor, sólo un 33% de las mujeres responde esa alternativa (Encuesta de Desarrollo Humano, PNUD 2008). Las mujeres suelen ir a los centros de atención en salud por sus propias necesidades, pero también por las de aquellos familiares que cuidan (hijos y adultos mayores, entre otros).

Finalmente, en todos los ámbitos de derechos consultados, la desigualdad socioeconómica del país estructura diferencias significativas en términos de la percepción sobre el manejo de información. Como muestra el Gráfico 5, a mayor nivel socioeconómico, mayor manejo de información sobre los derechos que las personas pueden exigir.

GRÁFICO 4

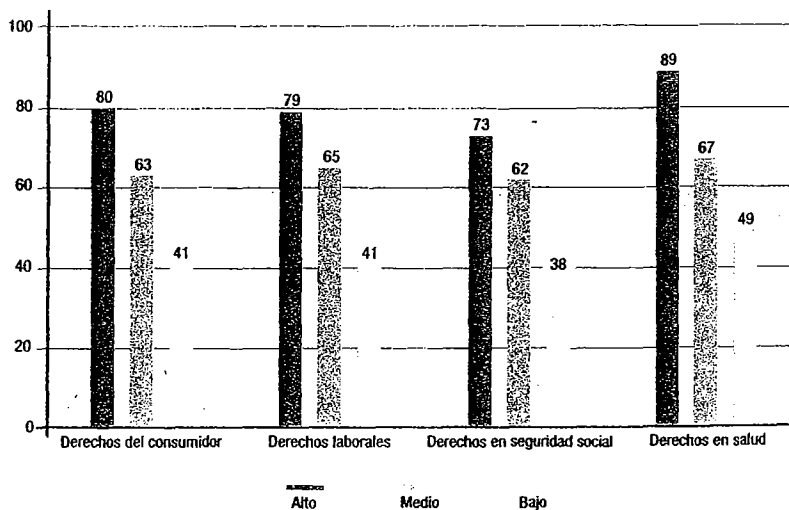
#### Información sobre derechos (porcentaje)



Fuente: Encuesta de Desarrollo Humano, PNUD 2008.

GRÁFICO 5

#### Información sobre derechos según nivel socioeconómico (porcentaje)



Fuente: Encuesta de Desarrollo Humano, PNUD 2008.

grado de cumplimiento de garantías explícitas de carácter obligatorio. Dentro de esta reforma, el AUGE es un plan de acceso universal que permite direccionar el cambio deseado y que contempla mecanismos legales que regulan las obligaciones de las instituciones administradoras de los seguros de salud, sean públicas o privadas, con sus respectivos beneficiarios.

El AUGE abordaría la inequidad entre los sistemas público y privado al homogeneizar y protocolizar los tratamientos para las enfermedades que cubre, asegurando así un tratamiento igualitario para toda la población independien-

temente del sistema al que pertenezca. También respondería al aumento de las expectativas y demandas de la población, al basarse en una lógica de derechos que otorga garantías obligatorias a los usuarios y deberes legales a los proveedores de salud. La selección de patologías del AUGE respondería directamente al estudio técnico del cambio en el perfil epidemiológico del país. A su vez, la incorporación de la salud administrada (protocolización de tratamientos y diagnósticos), para todas las patologías seleccionadas, introduciría en el sistema de salud criterios más eficientes de manejo de los recursos.

## AUGE: las nuevas reglas del juego

El principio que sustenta al AUGE es que detrás de cada garantía existen derechos, recursos y mecanismos que posibilitan su cumplimiento, por lo cual la titularidad de esos derechos reside en las personas pero es obligación del Estado garantizar su cumplimiento. Las garantías explícitas del plan indican con claridad los derechos específicos respecto del acceso, la calidad, la

oportunidad y la protección financiera de la atención sanitaria, tanto en la atención pública como en la privada (ver Recuadro 4). Según la ley N° 19.966 del Régimen de Garantías de Salud, el cumplimiento de estas garantías queda establecido en la Constitución de la República, junto a una serie de normas y reglas médicas, administrativas y de gestión.

### RECUADRO 4 Garantías AUGE

**Garantía de acceso:** "obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas a los beneficiarios de las leyes N° 18.469 y N° 18.933".

**Garantía de calidad:** "otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado".

**Garantía explícita de oportunidad:** "plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas (...) el tiempo para ser atendido por un prestador distinto, designado por el Fondo Nacional de Salud o la Institución de Salud Previsional, cuando no hubiere sido atendido por el primero; y en defecto de los anteriores, el tiempo en que el prestador definido por la Superintendencia de Salud con

cargo a las instituciones antes señaladas. No se entenderá que hay incumplimiento de la garantía en los casos de fuerza mayor, caso fortuito o que se deriven de causa imputable al beneficiario".

**Garantía explícita de protección financiera:** "la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser un 20% del valor determinado en un arancel de referencia del Régimen. No obstante lo anterior, el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir el valor total de las prestaciones de los grupos A y B a que se refiere el artículo 29 de la ley N° 18.469, y podrá ofrecer una cobertura financiera mayor a la dispuesta en el párrafo anterior a las personas pertenecientes a los grupos C y D señalados en el mismo artículo, de acuerdo con las normas establecidas en el Título IV de la ley N° 18.469".

El AUGE cubre un conjunto de patologías que fueron seleccionadas considerando la carga de enfermedad y muerte, como también la existencia de tratamientos eficaces, la capacidad de oferta y la importancia que le asigna la población a esas enfermedades. Siendo coherentes con enfoques modernos de políticas públicas, el proceso de selección se hizo en varias etapas, e incluyó procesos de participación relativamente amplios.

En cuanto a la primera garantía, la de acceso, se establece que el usuario tiene que seguir un procedimiento específico para acceder al sistema (ver Figura 3), siendo la notificación del médico la primera condición. Una vez que el especialista le ha detectado una patología asegurada por el AUGE, los siguientes pasos varían según se trate del sector público o del privado.

Si la persona pertenece al Fondo Nacional de Salud (FONASA), debe ingresar obligatoriamente a la red por el centro de atención primaria donde está inscrita. Allí se le entrega un formulario que especifica la enfermedad que padece; con dicho registro debe dirigirse a FONASA, donde le asignan el prestador y el médico con los cuales debe atenderse. En este punto, el usuario tiene la libertad de aceptar las condiciones señaladas –y entonces las intervenciones sanitarias serán cubiertas por la modalidad AUGE– o rechazarlas y atenderse de acuerdo a la cobertura de la modalidad de libre elección.

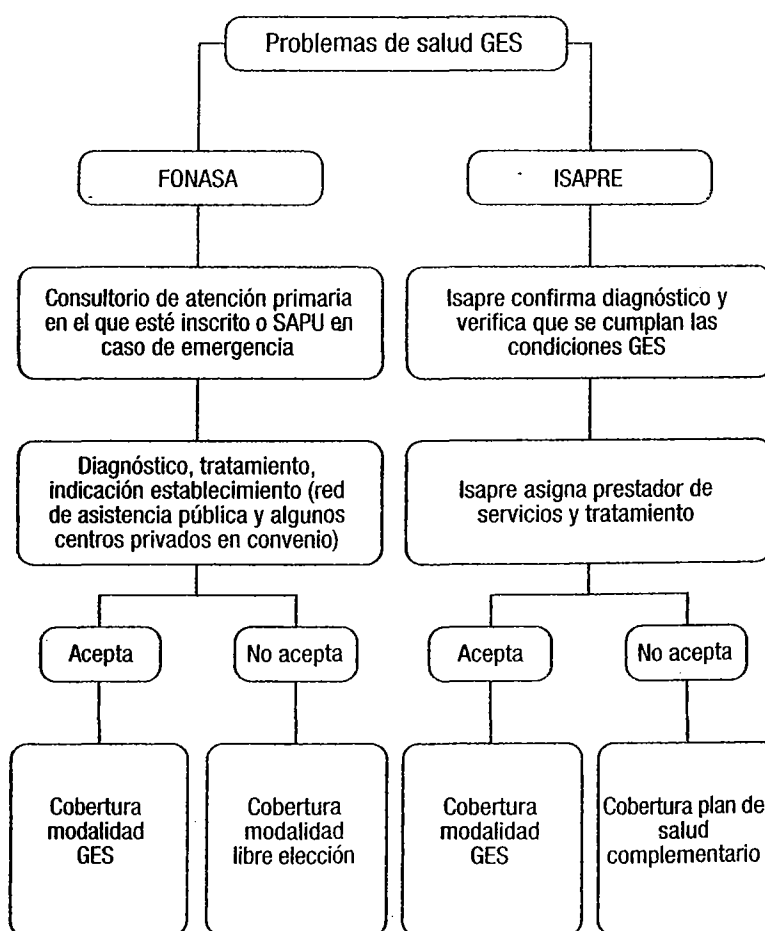
Aquellos que están afiliados a una Institución de Salud Previsional (ISAPRE), es decir, que adscriben al sistema privado de salud, deben acudir a su aseguradora con el formulario en que el médico declara su enfermedad. De manera similar al sistema público, para ingresar a la red AUGE y obtener los beneficios de esta ley deben aceptar tratarse con el prestador y con el médico que se les asigna. Si optan por otro especialista u otro centro de atención sanitaria, pierden su beneficio AUGE y las intervenciones son cubiertas de acuerdo al plan de salud de cada cual.

La segunda garantía que establece la ley apunta al establecimiento de plazos para la atención

de salud, llamada garantía de oportunidad. El usuario debe ser atendido en un tiempo específico, que él debe conocer de antemano. La fiscalización de estos plazos la realiza el Sistema de Información de Gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES), un sistema computacional que posee mecanismos de alerta para prevenir los incumplimientos de la garantía de oportunidad.

En el caso de que la prestación no sea entregada en el plazo correspondiente, la aseguradora o prestador de salud (FONASA o ISAPRE) debe buscar y trasladar al paciente a otro establecimiento para cumplir con la garantía. Si aun así no se cumplen los plazos, el paciente puede presentar un reclamo ante la Superintendencia de

**FIGURA 3**  
Procesos de acceso a la atención de patologías AUGE



Las modalidades de atención de los beneficiarios de FONASA son dos: modalidad de atención institucional (MAI), en la cual sólo pueden utilizar la red pública de centros asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud, y la modalidad de libre elección (MLE), en la cual se permite el acceso a prestadores públicos y privados que tengan un acuerdo con FONASA.

CUADRO 10  
Categorías de usuarios FONASA

A	Carentes de recursos o indigentes
B	Ingreso imponible mensual menor o igual a \$144.000
C	Ingreso imponible mensual mayor de \$144.000 y menor o igual a \$210.240 Con más de tres cargas familiares, pasará a Grupo B
D	Ingreso imponible mensual mayor de \$210.240 Con más de tres cargas familiares, pasará a Grupo C

Fuente: [www.fonasa.cl](http://www.fonasa.cl).

Salud, la cual buscará asignarle un tercer prestador, con definiciones de plazos específicas.

La tercera garantía, la de protección financiera, establece los precios para las intervenciones sanitarias de cada patología, conformándose de esta forma una canasta de prestaciones pareja para el sistema privado y el público. En otras palabras, cada intervención sanitaria (confirmación diagnóstica, tratamiento, seguimiento) está asociada a una serie de prestaciones y medicamentos, a los que se les asigna un valor determinado de acuerdo al promedio de los presupuestos históricos que maneja FONASA. Estos precios son reajustados de acuerdo a las variaciones que detecta el Ministerio de Hacienda en el IPC de salud.

Además, esta garantía regulariza el gasto máximo anual que realizan los usuarios de ambos sistemas. La ley establece que los usuarios pagarán como máximo el 20% anual del arancel que corresponda a la patología en cuestión, y su asegurador debe cubrir el resto de los gastos. De esta manera se asegura que todas las personas paguen exactamente la misma cantidad de dinero por una determinada prestación, con

independencia del plan de salud que tengan o la modalidad de seguro al que estén afiliados. Cabe mencionar que las prestaciones son gratuitas para los afiliados de FONASA de los grupos A y B (ver Recuadro 5).

La garantía de calidad aún no entra en vigencia, puesto que los procesos de acreditación y certificación de los prestadores de salud no han finalizado.

Para cada una de las patologías cubiertas por el AUGÉ existen guías clínicas o protocolos con información e instrucciones referentes a la enfermedad, lo que guiará el tratamiento clínico del usuario. Estas guías presentan los antecedentes de la patología, la magnitud del problema en la sociedad chilena y las intervenciones sanitarias recomendadas para el caso; también definen el tiempo de atención requerido (en la mayoría de las patologías, quince minutos por paciente). Entre otras cosas, con los protocolos se pretende eliminar prácticas ineficientes en los hospitales y clínicas, que generan gastos innecesarios y originan resultados que no son los óptimos.

## Cómo ha avanzado el AUGE: interpretaciones ambivalentes

La implementación del AUGE, tal como fue planificada, ha sido gradual. El año 2002 se realizó un piloto con tres patologías. La puesta en marcha oficial se inició el año 2005 con la inclusión de 25 patologías; ya el año 2006 aumentaron a 40, y el año siguiente alcanzaron las 56. Desde su inicio a junio de 2008, se han atendido 5.698.115 personas bajo esta modalidad, lo que representa aproximadamente un 4% de todas las atenciones en salud primaria, urgencia y especialidades registradas por el sistema de salud. El año 2007, los AVISA (años de vida ajustados por discapacidad) que representan el costo de los problemas de salud que inhabilitan a las personas para llevar un modo de vida normal y esperado para su edad, se contabilizaron en 3.761.766 años, de los cuales 53% se asocian con problemas de salud que ahora están cubiertos por el AUGE (MINSAL, 2005 a 2008). El AUGE tiene gran importancia para los afiliados a FONASA, de las atenciones AUGE a junio de 2008, un 95% de las personas pertenece al sistema público y apenas el 5% (cerca de 278.511) está afiliado a una ISAPRE (MINSAL, 2008).

De acuerdo a los expertos, los indicadores epidemiológicos aún no pueden revelar cambios o tendencias debido al corto plazo de vigencia efectiva del AUGE; se necesita más tiempo para calcular bien el impacto de esta política pública sobre la salud de la población chilena.

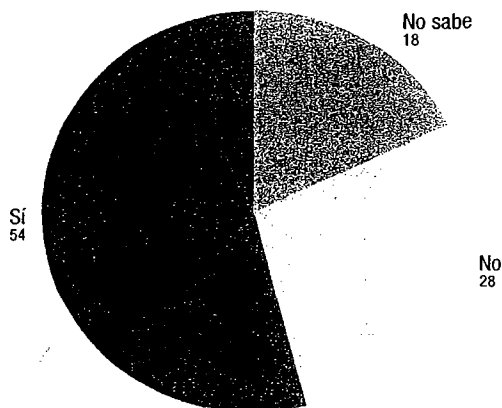
Ahora bien, la percepción de la población beneficiada (recogida a partir de una serie de encuestas de opinión a usuarios de los sistemas público y privado) es que el plan AUGE ha tenido un efecto positivo en distintos aspectos relacionados con la calidad de las atenciones. En general, los estudios plantean una percepción de aumento de la protección en salud, mejoras en los hospitales, reducción de la desigualdad en el acceso y un mejor trato a los pacientes. En concordancia con ello, según un estudio de la Superintendencia de Salud (Datavoz, 2007), el 87% de las personas encuestadas que son o fueron usuarios del AUGE exhiben un alto índice de

satisfacción. Éste incluye una evaluación positiva de la calidad de la atención, la infraestructura del hospital o clínica donde fueron atendidos, la mayor rapidez en la atención, y mayor preocupación por los pacientes, entre otros.

En la Encuesta de Desarrollo Humano 2008 se puede observar además que la población, aunque no haya sido beneficiaria directa, tiene una percepción positiva del programa: un 54% percibe que éste ha aumentado sus derechos en salud (ver Gráfico 6).

Respecto de las diferencias en la calidad de atención entre el sistema público y el privado, el Plan AUGE ha implicado avances objetivos en la reducción de la inequidad. Por ejemplo, la definición de protocolos de atención y diagnóstico universales ha obligado al sistema público a incorporar tecnología de punta. En un primer momento su retraso tecnológico lo obligó a comprar servicios al sistema privado, pero pronto la inversión pública realizada permitió que estos instrumentos se instalaran en los hospitales públicos. Aunque han sido concebidos

GRÁFICO 6  
AUGE y derechos en salud (porcentaje)  
¿Usted cree que con el plan AUGE han aumentado sus derechos en salud?



Fuente: Encuesta de Desarrollo Humano, PNUD 2008.

para responder a los problemas de salud del AUGÉ, sirven también de apoyo a muchos otros problemas de salud.

Por otro lado, el AUGÉ también ha avanzado en reducir las inequidades territoriales de atención en salud. La concentración de los cuadros técnicos más especializados en la Región Metropolitana y otras grandes ciudades supone el desafío de equiparar en todo el país el acceso al mejor diagnóstico e indicaciones terapéuticas, y las exigencias del AUGÉ han potenciado avances en este sentido. Por ejemplo, para cumplir con el acceso al electrocardiograma se instalaron equipos en centros asistenciales de todo el territorio, y los registros se remiten por internet a un centro único nacional, donde un equipo permanente de especialistas analiza los exámenes, los interpreta y entrega indicaciones terapéuticas a los tratantes de cualquier punto del país.

No obstante, en el último año han aparecido informes de fiscalización de la implementación de las garantías de salud que muestran cierta debilidad en su cumplimiento. Como muestra el Cuadro 11, los principales problemas detectados son las dificultades para cumplir los plazos de atención, fallas importantes en el sistema informático de gestión, falta de recursos y resistencia de algunos médicos a implementar el plan, siendo estos últimos responsables en

primera instancia de informar al paciente de sus derechos.

La percepción de logros y avances, así como la presencia de problemas y dificultades que tensionan el proceso de implementación, representan en parte los ajustes normales entre el diseño y los modelos de organización anteriores con el nuevo plan en ejecución. Sin embargo, la ambivalencia en la evaluación que se hace del proceso puede reflejar además dificultades de apropiación más profundas. Puesto que el AUGÉ es una política que debe transferir derechos y no sólo beneficios, hay mayores exigencias sobre la provisión de un servicio y también sobre las prácticas de los actores involucrados (usuarios y personal de salud). Este capítulo aborda las dificultades que tiene la lógica de derechos al enfrentarse a los modos tradicionales de ejercer la atención médica en salud, con estructuras de poder e identidades muy arraigadas.

Utilizando el enfoque de las prácticas, a continuación se analiza en profundidad el proceso de implementación del AUGÉ considerando tres patologías específicas. En los tres casos se entrevistó a los principales actores involucrados, es decir, médicos, personal de enfermería y usuarios, específicamente en hospitales del sector público (incluyendo un hospital que es el prestador nacional para una de las patologías estudiadas), en la Región Metropolitana y en la Región de Valparaíso. Además se entrevistó a coordinadores AUGÉ del sector público y a otros actores clave en la formulación de este nuevo sistema.

Con respecto a la selección de las patologías, se estudiaron tres que se distinguen según el momento en el cual ingresaron al AUGÉ, la extensión del tratamiento y sus niveles de cumplimiento de las garantías. La primera de ellas fue la leucemia de niños, enfermedad incluida en el plan piloto iniciado el año 2002. Desde julio de 2005 hasta junio de 2008, se han tratado 3.266 niños por esta enfermedad, sin detectarse mayores problemas en la aplicación del programa (MINSAL, 2008).

**CUADRO 11**  
**Problemas en la implementación del AUGÉ**

Problema detectado	Descripción
Listas de espera	Se advirtió un número importante de pacientes en lista de espera para ser atendidos, lo que pone en riesgo su salud.
Falta de información	Se denunció la carencia de un sistema de información confiable, lo que ha obligado a habilitar registros paralelos que generan desorden e imprecisiones a la hora de elaborar estadísticas de pacientes y prestaciones.
Transferencia de recursos	Se detectó una demora en la entrega de los recursos desde los servicios de salud hacia los hospitales para pagar las prestaciones AUGÉ.
Problemas de gestión	Se denunció una inadecuada distribución del tiempo disponible en actividades de pabellón, así como ausencia de supervisión y control del cumplimiento de la jornada laboral de los médicos.
Cobros pendientes	El informe señala que FONASA no ha efectuado los cobros de los copagos de las prestaciones realizadas a algunos usuarios (grupos C y D de FONASA), que corresponden al 10% y 20% del total de la prestación.

**Fuente:** Elaboración propia en base a informe final consolidado del Programa Nacional de Fiscalización de las Garantías Explícitas en Salud (GES), Contraloría General de la República (2007).



La segunda patología analizada fue la insuficiencia renal crónica terminal, con 11.771 atenciones en el mismo período. Ésta también formó parte del plan piloto, pero, a diferencia del cáncer infantil, supone un tratamiento de largo plazo. Además, la calidad del tratamiento definida en el protocolo ha sido cuestionada por algunos expertos (González, 2006).

Finalmente, se seleccionó el tratamiento quirúrgico de cataratas, enfermedad incorporada

en 2005 que ha mostrado algunas dificultades en el cumplimiento de las garantías referentes al diagnóstico y el tratamiento. Entre julio de 2005 y junio de 2008 se han prestado 123.504 atenciones para esta patología (MINSAL, 2008). De acuerdo a un informe publicado por la Contraloría General de la República (2007), en aquellos casos estudiados el 42% mostraba retrasos en el diagnóstico, y un 10% revelaba incumplimientos en relación con los plazos establecidos por la ley para el tratamiento del primer ojo.

## ¿Cómo opera el AUGE en la realidad?

Siempre hay dificultades en el paso del diseño a la realidad, pero los obstáculos aumentan cuando la implementación de una nueva política altera roles y tipos de relación fuertemente arraigados en la práctica. En los juegos de interacción que se dan en el AUGE esto es muy notorio, y es precisamente ahí donde se resignifica el diseño de una política y se producen los efectos no esperados.

Tradicionalmente los usuarios del sistema de salud, sobre todo del sector público, han sido pasivos y han legitimado la atención como un servicio a la sociedad; una beneficencia. La figura del médico está asociada, culturalmente, a una imagen que inspira confianza, autoridad y respeto debido a su especialización y conocimientos, lo que genera relaciones asimétricas en un sistema en que el poder histórico desempeña un papel esencial. En este contexto, el enfoque de derechos que propone el AUGE no es de fácil apropiación.

Además, esta política que presiona al cambio se inserta en un proceso más amplio, mundial, que ha ido transformando significativamente el papel del personal de salud, especialmente de los médicos, y que ya ha suscitado resistencias gremiales importantes. Los cambios tecnológicos, de gestión y de financiamiento de la salud, sumados a una nueva relación de los pacientes con los médicos, han transformado las formas de ejercer la profesión. Los médicos perciben una

disminución en la deferencia, pérdida de confianza y mayor hostilidad de parte de los medios de comunicación (Horwitz y otros, 2003). Todo ello, sumado a las cargas de trabajo excesivas, ha hecho nacer un sentimiento de insatisfacción. Por lo tanto, es importante considerar la resistencia corporativa a la instauración de una reforma como ésta, donde la profesión ve aun más disminuida su libertad y autonomía de decisión, y desconocida su experiencia práctica.

### PROCESOS ADAPTATIVOS Y APRENDIZAJES

Como se ha dicho, el diseño del Plan AUGE determina que sea el médico la figura de acceso al programa, en tanto es su deber informar al paciente que la patología que padece está cubierta por el sistema. Luego, para ingresar al paciente al programa, el médico debe completar una serie de formularios con la información que requiere el sistema informático. Como los protocolos establecen una duración limitada para la consulta (quince minutos), este procedimiento le resta tiempo de atención al paciente.

**"... de mi consulta que yo tengo que ocupar, según lo que dice el protocolo, quince minutos por enfermo, gasto al menos 7,5 minutos en llenar papeles."**

(Médico)

Los médicos tienden a resistirse a este tipo de exigencias, porque sienten que atentan contra su identidad profesional. Por una parte, les están controlando el tiempo que pueden dedicar a sus pacientes –lo que reduce su autonomía de acción–, y además les exigen cumplir con labores administrativas que no corresponden al tipo de labor a la que están acostumbrados y a la cual se sienten llamados.

Para allanar esta situación, y que el médico pueda dedicarle más tiempo al paciente en la consulta, se han creado diversos sistemas de adaptación en la organización de salud. Asumiendo las jerarquías propias de los centros hospitalarios, donde el médico ocupa el mayor rango, una de las acciones que enfermeras y paramédicos llevan a cabo es “pre-escribir” los formularios (por ejemplo, con los datos del paciente), de modo que el médico tenga que llenar únicamente aquellos aspectos que son privativos de sus conocimientos profesionales y de la ley (diagnóstico, tratamiento). Otra forma de gestión, más innovadora en la organización de salud, ha sido la creación de fichas que resumen un número importante de los formularios en un solo papel, por lo que completarlo implica un menor gasto de tiempo.

Cuando el médico no le avisa al paciente que su enfermedad está cubierta por el AUGE, generalmente las enfermeras y los paramédicos se ocupan de hacerlo, notificando en primer lugar al usuario y pidiéndole después al médico que llene los papeles necesarios para ingresar al usuario al sistema. En aquellos casos en que los doctores muestran mucha resistencia para completar los formularios, las enfermeras los llenan y le piden al médico que los firme.

**“Entonces uno va y les dice que el paciente es AUGE y que el doctor no les hizo el papel; ellas van y se lo piden. Incluso hay algunos que no se los hacen y ahí los llenan ellas no más, y ellos los firman como si les estuvieran haciendo un gran favor.”**

(Coordinador AUGE)

Los juegos de poder y de resistencia de algunos médicos debilitan precisamente el pilar inicial

del programa de garantías. En esa interacción asumen un rol esencial las enfermeras, que terminan realizando labores que no les corresponden según la ley.

Una vez que el paciente ingresa en el sistema, el hospital debe ocuparse de que el tratamiento se efectúe dentro de los plazos que le correspondan, porque es el hospital el que recibe los recursos financieros asegurados por cada paciente AUGE, y el que es sancionado si no cumple con las garantías obligatorias. Así, el tipo de seguimiento que corresponde a estos pacientes ha obligado a los hospitales a organizarse y gestionarse mejor, ordenándose las unidades y mejorando los registros de los pacientes en el sistema. A consecuencia de ello se han creado unidades de fiscalización y gestión al interior de los hospitales, para que se encarguen específicamente de los pacientes AUGE y de monitorear el cumplimiento de las garantías.

**“Pero qué hace el AUGE: te hace un rayado de cancha. Te dice, perfecto, sigamos haciendo lo mismo pero a partir de ahora te pone plazos para operar o tratar las enfermedades. Nos obliga a preocuparnos más, a no dejarlo en una lista de espera eterna.”**

(Coordinador AUGE)

De acuerdo al diseño del plan, la gestión de las garantías y el monitoreo de los plazos deberían llevarse a cabo con el programa computacional SIGGES. Sin embargo, el sistema ha presentado problemas que impiden que la información que entrega sea completamente fiable: es muy lento, no almacena correctamente la información, borra algunos casos o impide actualizar otros.

Aunque menos frecuente que el problema anterior, otra de las dificultades se relaciona con quienes operan el programa, los digitadores. Ya sea porque las fichas que deben ingresar no están completas, porque la letra del médico es ininteligible o por descuido, el sistema permite que los digitadores abran casos de pacientes con información incompleta, lo cual impide un seguimiento correcto del usuario. Como se veía en el Informe de Desarrollo Humano

2006, no es suficiente poner a disposición un sistema informático sofisticado para la gestión de información de este tipo, y asumir que va a funcionar correctamente. La estrategia informática debe ir acompañada de capacitación y de los recursos necesarios para que pueda operar como corresponde. Como respuesta a estos problemas, los hospitales han desarrollado diversas técnicas de monitoreo interno; planillas paralelas, corrección manual de las fichas médicas, entre otros. Es decir, parches para solucionar los vacíos de recursos, preparación y diseño del sistema de monitoreo, lo que sobrecarga aun más de labores administrativas a las organizaciones de salud involucradas en el proceso.

### ZONAS GRISES

Aun cuando existen organizaciones superiores y externas al hospital que colaboran en el seguimiento y la fiscalización del cumplimiento de las garantías, como FONASA o la Superintendencia de Salud, la información que los hospitales les entregan proviene del SIGGES, cuyos registros, como se ha dicho, han sido poco confiables. Por eso en ocasiones optan por visitarlos directamente. Sin embargo, las visitas no son muy recurrentes y tampoco logran monitorear el sistema completo, porque la magnitud de éste supera las capacidades operativas y humanas de las organizaciones.

"Si se piensa que tenemos alrededor de 3.500.000 de atenciones en el sector público y casi 200.000 en el privado, ustedes comprenderán que necesitaríamos a un ejército de fiscalizadores para poder controlar que cada una de las garantías se cumpliera. Por lo tanto, una de las estrategias es empoderar a los usuarios para que ellos sean agentes de control social. Bueno, eso es un problema..."

(Superintendencia de Salud)

De esta manera aparecen algunas "zonas grises", caracterizadas por una baja institucionalidad administrativa en los hospitales, que no son regulados por la ley o que no son correctamente monitoreados, y que se manifiesta en prácticas



funcionales anómalas que permiten que las garantías no se cumplan, pero que aparezcan como logradas en los registros.

Es el caso de médicos que realizan "trampillas" para cumplir con los plazos y protocolos establecidos por el AUGE. Valiéndose de sus conocimientos y de la información que tienen del sistema, cuando consideran que el paciente no verá perjudicada su salud lo ingresan al sistema sólo cuando se ven capaces de cumplir con la garantía de oportunidad definida en el protocolo. Una vez que tienen ese aspecto asegurado, registran al paciente y ejecutan el tratamiento dentro de los plazos estipulados.

"... en siete días, desde que se hace el diagnóstico, (hay casos en los que) resulta que pueden esperar seis meses (...) entonces, qué hago yo: espero que el paciente esté crítico, cuando tengo todo el resto de cosas listo (exámenes), en ese minuto le completo los papeles. Hago una suerte de trampilla para poder cumplir con el protocolo del AUGE, que no es trampa al final porque el paciente nunca se perjudicó."

(Médico)

Como lo refleja la cita anterior, la cultura de atención sanitaria no ha hecho suyo el sentido de la garantía de oportunidad —ser un derecho del usuario—; para ellos el sentido último es curar al paciente, el resto es menos importante.

También se observan situaciones en que no se respetan otros aspectos de los protocolos para cumplir los plazos de la prestación de los servicios clínicos. Eso ocurre cuando no se cuenta con un número suficiente de profesionales y el personal médico debe atender a una cantidad mayor de pacientes de la que le corresponde. En algunos casos incluso se llega a necesitar la cooperación de familiares de los enfermos. Es decir, emerge la necesidad de adaptarse para cumplir con las funciones asignadas sin contar con los recursos necesarios, en este caso estipulados por ley.

**"... uno reclama, uno pide (más personal), te dicen 'lo estamos pensando, estamos viendo, estamos analizando', y pasan los meses y la cosa sigue igual y sabes que estás fuera de la ley, es como... ¡ojalá que me sacaran un parte! (...) En este momento estamos absolutamente ilegales, tenemos más pacientes de los que nos corresponden, tenemos una enfermera asignada para dos salas de diálisis."**

(Médico)

En ocasiones, el personal médico debe optar por atender a pacientes AUGE antes que a aquellos que padecen enfermedades no cubiertas por el programa, debido a la necesidad legal de cumplir con los plazos establecidos.

A pesar de los esfuerzos, a veces los hospitales no logran cumplir la garantía de oportunidad, por lo que tienen que comprar el servicio y enviar al paciente a otro centro de salud.

Otra estrategia frente a esta necesidad es la compra de servicios a los propios médicos del hospital, para que realicen operaciones fuera del horario clínico estipulado en su contrato. Así, se produce un intercambio entre quienes administran el hospital, y son responsables de cumplir con las garantías AUGE, y los propios médicos de la institución. En términos monetarios, esta práctica es conveniente tanto para el hospital como para el médico, ya que el valor acordado entre ambos es menor del que cobran los servicios externos, pero mayor de lo que gana el médico en una hora de servicio.

**"Se han generado honorarios con médicos de aquí mismo para que puedan operar horas extras."**

(Coordinador AUGE)

## **DEL PACIENTE-BENEFICIARIO AL CIUDADANO-USUARIO**

El papel que desempeña el usuario en este nuevo sistema —ya no es sólo un paciente receptor de beneficios sino también un ciudadano portador de derechos— es crucial para que la lógica de derechos se traspase a la acción real. A pesar de que los cambios culturales van generando pacientes y usuarios más demandantes, éste sigue siendo un supuesto difícil de cumplir. Las asimetrías de información y conocimiento en este campo, así como las identidades históricas que marcan la relación médico-paciente, sobre todo en el sector público, son grandes obstáculos en el traspaso del concepto de derecho ciudadano a la acción en salud. Por eso, la disponibilidad de información y los sistemas de notificación de enfermedades garantizadas son fundamentales.

El AUGE supone una disminución de la asimetría de información que existe entre el médico y el paciente, al entregarle a éste la posibilidad de conocer la atención y el tratamiento que el profesional debe proporcionarle. Además de la obligatoriedad de notificación sobre sus derechos por parte del médico tratante y de la instancia aseguradora, existe información pública a la que el paciente puede acceder. En la mayoría de los hospitales, carteles en las paredes muestran didácticamente cuáles son las enfermedades incluidas en el AUGE: aun cuando no se detallan las garantías relacionadas con cada una de ellas, permiten que el usuario sepa si su enfermedad "es" AUGE o no. A su vez, la Superintendencia de Salud ha creado instrumentos que muestran con mayor detalle qué etapas del tratamiento son cubiertas por el AUGE, como también los plazos que deben ser respetados; la información está disponible en la página web de la Superintendencia y en las oficinas AUGE de los hospitales. Finalmente, casi todos los protocolos de atención asociados a las patologías AUGE están disponibles en internet.

No obstante, la realidad del sistema de relaciones del ámbito sanitario es otra. Los usuarios no conocen bien la ley, no siempre saben cuáles son las patologías cubiertas por el AUGE, ni los plazos o protocolos de atención que debe respetar el personal médico. Muchas veces la terminología dificulta su comprensión. En un estudio de la Superintendencia de Salud, al evaluar el conocimiento acerca del AUGE se obtuvo que más de la mitad de los encuestados (58%) tiene un nivel bajo de conocimiento (Superintendencia de Salud, 2006).

Al preguntarles a los pacientes AUGE por los derechos que este sistema les asegura, la mayoría de los entrevistados menciona exclusivamente la gratuidad, es decir, la protección financiera, quedando a un lado las garantías de acceso y de oportunidad. La importancia de esta de-sinformación –que abarca el desconocimiento de las garantías explícitas en salud, cuáles son las patologías cubiertas por el plan y cuáles los protocolos asociados a cada una– reside en que la asimetría de información del paciente respecto del sistema se mantiene, y por lo tanto el paciente no se transforma en un fiscalizador real y no exige sus derechos.

**“... (había escuchado) algo en la televisión, pero muy vagamente. Pero ahí ya comprendí de qué se trataba y que nos cubría la enfermedad de nuestro hijo, que económicamente nosotros no podríamos haberlo sobrellevado, porque las drogas y todo lo que son las hospitalizaciones... imposible.”**

(Usuario de Fonasa C, patología 3)

A la pasividad de algunos usuarios que no utilizan las fuentes de información disponibles se suma la dificultad para asegurar una oportuna notificación –por parte de los médicos y sus centros de atención– al paciente de que su patología está cubierta por el AUGE. La fiscalización de consultorios de la Región Metropolitana, que realizó en 2008 la Superintendencia de Salud, muestra que el 88% de los consultorios no está notificando satisfactoriamente a los usuarios AUGE, por lo cual están sujetos a un proceso de sanción. Éste consiste, en las primeras etapas, en amonestaciones escritas y procesos de fisca-

lización más profundos, que podrían terminar en sanciones monetarias. Sin embargo, se ha intentado evitar este último recurso, para no perjudicar aun más a los pacientes que recurren a esos centros de salud.

Esta debilidad del sistema no afecta necesariamente el cumplimiento de las garantías estipuladas por el AUGE, en términos de recibir la atención de salud requerida con su respectiva cobertura financiera; todos los pacientes de FONASA A y B (los segmentos más pobres de la población) están cubiertos financieramente de todas maneras. El problema es que, al no ser notificado, el paciente nunca llega a saber que es sujeto de derechos y que no sólo requiere ser atendido por su enfermedad, sino que tiene el derecho de ser atendido en ciertos plazos y de una manera específica estipulada por la ley.

Esta falencia de los procesos de información y notificación se ve acentuada por las asimetrías de poder en la relación médico-paciente, la que se ve reforzada por la desigualdad socioeconómica. Comparativamente, los usuarios que pertenecen a sectores socioeconómicos más vulnerables comprenden menos la información y los diagnósticos, y presentan una actitud más pasiva frente al médico, tendiendo a realizar menos preguntas en una consulta (ver Gráfico 7).

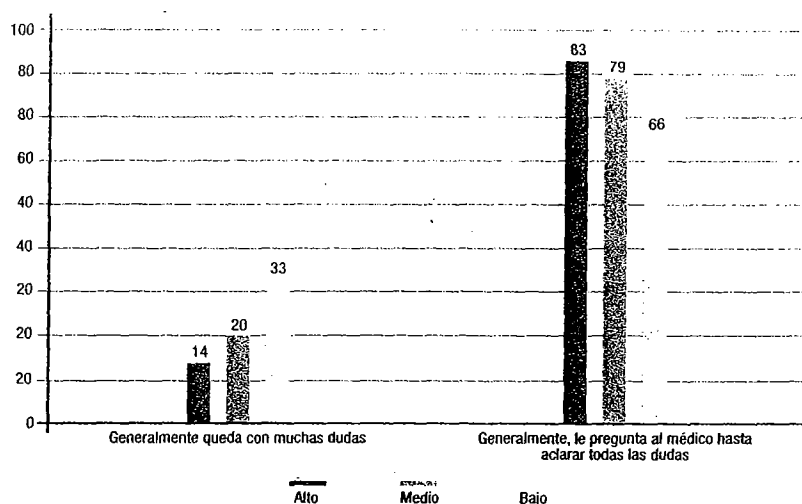
Además, los pacientes tienen dificultades para enfrentarse al médico, lo cual se observa en la mayor facilidad que tienen para “sincerarse” con las enfermeras, sea porque son ellas las que están siempre presentes en el hospital o por el respeto y temor que infunde la autoridad de la figura del médico.

**“Este paciente que te reclama tanto entra al box pero no le dice nada al doctor, porque parece que ellos piensan que el doctor no es el responsable de todas las fallas, sino el resto, entonces a él no le reclaman. Y antes de reclamarte te preguntan: ‘¿Usted es doctora?’, ‘No, soy enfermera’, ‘¡Ah! Pero cómo...’; pero si dices que eres doctora, no te reclaman, o te reclaman de otra forma.”**

(Enfermera, patología 2)

GRÁFICO 7

Actitud frente a los médicos según grupo socioeconómico (porcentaje)



Fuente: Encuesta de Desarrollo Humano, PNUD 2008.

La Encuesta de Desarrollo Humano 2008 muestra que la población en general queda conforme con la atención que recibe en salud, tanto con los tiempos de espera (64% queda conforme) como con el trato de parte de los funcionarios (79,6%), enfermeras (83%) y médicos (85%). Sin embargo, entre aquellos que no quedan conformes, su disposición a reclamar es muy baja. Por ejemplo, sólo un 27% declara haber reclamado al estar disconforme con el tiempo de espera, mientras que un 60% declara no haber hecho nada (el resto se fue o decidió no volver a ese lugar). De aquellos casos que quedaron disconformes con el trato del médico, sólo un 20% señala haber reclamado.

## ¿Qué explica la dificultad para llevar a la práctica la lógica de derechos?

La observación profunda del proceso de implementación del AUGE muestra el gran desafío que supone convertir a los ciudadanos en sujetos de las políticas, y no sólo en objeto de ellas. Al centrar la atención en lo que ocurre al interior de los hospitales, se observa que la introducción de derechos y garantías explícitas, respaldadas por la ley, efectivamente obliga a los hospitales a ser más rigurosos y meticulosos con sus registros, como también en el vencimiento de los plazos de atención. Pero, aun cuando se podría pensar que la ley impone una presión por la vía de la penalización por incumplimiento de las garantías, ésta no es suficiente para lograr las conductas esperadas.

"... estamos presionados por los plazos, pero, o sea, yo no creo que me vayan a demandar por ver un paciente dos días después del plazo."

(Médico jefe de unidad)

Por otra parte, en el caso de que efectivamente se detecten incumplimientos y se decida aplicar sanciones, éstas no se dirigen al médico tratante sino a la institución en su conjunto, lo cual dificulta una responsabilización personal de la acción. A ello se agrega el hecho de que el plan no contempló incentivos para los médicos que deben cumplir con el AUGE en los hospitales. Incluso se podría decir que existen incentivos contrarios al cumplimiento: los médicos ganan menos en los hospitales públicos que en sus consultas privadas, y los que trabajan en hospitales públicos pueden obtener mayores ingresos trabajando allí pero fuera de horario, cuando existe la urgencia de cumplir con la garantía de oportunidad de patologías AUGE.

Y no se trata solamente de fallas en los incentivos monetarios para los médicos; la protocolización de la atención, aunque es legitimada como saber experto, y buscada por la política como un modo

de administración más eficiente de la atención, tiene otros costos no esperados, que se relacionan con la disminución del espacio para realizar innovaciones y probar nuevas técnicas.

**"... el hospital público ya no es una oportunidad para innovar y realizar operaciones novedosas, sino que tiene que ajustarse a lo establecido en el AUGE."**

(Médico)

Junto a la ausencia de incentivos eficaces, tanto positivos como negativos, se observa una débil fiscalización. A un sistema de monitoreo y gestión (SIGGES) poco confiable se agrega la imposibilidad de las entidades fiscalizadoras de evaluar constantemente el universo de los hospitales del país. De esta manera, la fiscalización quedaría situada en un nivel ajeno a los médicos y enfermeras, con niveles de control insuficientes y baja capacidad de respuesta.

**"Yo he visto que hay un aumento en toda la fiscalización, de la ley de autoridad sanitaria, cómo funciona el AUGE con respecto a todas las patologías, pero fiscalización directa a mi trabajo, no. Al contrario, yo creo que todavía no se ha hecho una revisión directa del trabajo médico."**

(Médico, patología 2)

La ley no se estaría aplicando con la cantidad de recursos necesarios para que funcione de manera adecuada; falta apoyo a los centros de atención y a los organismos responsables de su fiscalización y monitoreo. Sin embargo, la situación no hace crisis debido a una cultura del sector público en la que el trabajo con escasos recursos es una constante.

A estas dificultades se suman las inercias asociadas a las identidades históricas de los pacientes. Los usuarios del sector público no se han constituido en verdaderos fiscalizadores, por desconocimiento del sistema y por una escasa disposición a realizar quejas o reclamos formales.

De igual modo, se mantiene una asimetría de relación entre el médico y el usuario, centrada en el poder que se le otorga al profesional por el reconocimiento social de que es él quien posee las herramientas y el saber experto para tratar al enfermo.

**"Pero el paciente, ¿qué me va a reclamar? (si es operado después de cumplido el plazo), ¿que no lo operé?, ¿que lo operé atrasado? Total, ¿lo que interesaba es finalmente que yo lo operara y que quedara bien o que lo operara dentro del plazo? Si el paciente me dice que lo que le interesaba es que yo lo operara dentro del plazo, para mí no es una respuesta lógica y hasta ahí no más llegó la conversación (...) Está operado y está bien. Si lo que quería era que lo operaran dentro del plazo, no es mi concepto de medicina."**

(Médico)

Ahora bien, la introducción de garantías exigibles que constituyen derechos de los usuarios —derechos que se traducen en obligaciones para el personal de salud— difícilmente va a ser hecha suya por los actores involucrados si no contiene un sentido satisfactorio para todos. En algunos médicos, lo que ven como un cuestionamiento social a su identidad y su papel, sin reemplazar el sentido de su trabajo por uno igualmente gratificante, ha provocado malestar y fuertes resistencias corporativas ante este tipo de innovaciones institucionales.

Desde la implementación del régimen de garantías explícitas, el espacio de decisión que posee el médico para establecer el tratamiento que cada uno de sus pacientes debe recibir, al igual que los tiempos que estima necesarios para cada consulta, se ven significativamente reducidos a los algoritmos de decisión y normas establecidas en las guías clínicas y los protocolos cubiertos por la ley. A su vez, el hecho de que ahora los médicos tengan que realizar labores que antes correspondían a personal de escalones inferiores en la estructura hospitalaria implicaría una amenaza a su poder y a su prestigio.

“Antiguamente, el médico decía ‘ya, hoy día no voy al policlínico’ y te llamaba y le corríamos los pacientes. Pero hoy en día esos mismos médicos ya no pueden hacer eso, porque alguien tiene que atender a los pacientes y lo más probable es que vengan tres o cuatro pacientes a los que se les va a cumplir la garantía ya.”

(Coordinador AUGÉ)

De esta manera, la implementación del AUGÉ en el sector público ocurre en un espacio donde no está funcionando un sistema de incentivos alineado para su cumplimiento, con una fiscalización muy débil (tanto de los organismos fiscalizadores como de los usuarios) y sanciones poco efectivas, que dejan espacio para incumpli-

mientos o irregularidades que no son reportados, por lo que tampoco conllevan consecuencias negativas para los responsables. En este escenario es muy difícil transformar identidades y estructuras de relación muy arraigadas entre médicos y pacientes, sobre todo si no van acompañadas de orientaciones que otorguen sentido a los nuevos roles que deben ser asumidos. Dificultad que también puede ser observada en otros ámbitos de transformación de atención de salud, como es el caso relacionado a la ley del SIDA presentada en el Recuadro 6. En muchos casos los que terminan ajustando el sistema en la práctica son otros profesionales de la salud —enfermeras o paramédicos—, que vienen a salvar el respeto de las garantías de los pacientes.

#### CUADRO 6 Dificultad del enfoque de derechos: el caso del VIH/SIDA en las mujeres gestantes

Desde el año 2001 Chile cuenta con la Ley 19.779, sobre el SIDA, que incluye salvaguardas contra la discriminación en los ámbitos laboral, educacional y asistencial de salud. La ley reconoce que la estigmatización y discriminación acompañan al VIH y al SIDA, porque existe el prejuicio de que vivir con el VIH implica supuestas transgresiones al orden moral de una cultura. Por ello la ley estipula entre otras cosas el carácter voluntario y la confidencialidad de la prueba, el consentimiento informado y la consejería anterior y posterior al test.

Hasta ahora, gran parte del debate mundial sobre políticas públicas y VIH/SIDA oscila entre el énfasis en la aplicación de una política de salud pública y los derechos individuales. En Chile, esta tensión puede observarse en la relación entre equipo de salud y usuarios: muchas veces la aplicación de la norma —en este caso, la ley del SIDA y sus disposiciones sobre el carácter voluntario de las pruebas— genera resistencia en los equipos de salud, resistencia que tiene que ver con una tradición que no acostumbra a involucrar a las personas en la toma de decisiones.

Entre las prácticas observadas que se contradicen con la ley y sus mandatos, una reciente evaluación sobre la aplicación de la norma de prevención de la transmisión vertical del VIH (UNICEF-CONASIDA, 2008) da cuenta del conflicto que

suscita en los equipos de salud la voluntariedad de la prueba entre mujeres gestantes. Ello se aprecia en algunos de los siguientes relatos emanados del estudio en cuestión:

“A mí me preguntó y me explicó que era más para prevenir a la guagüita, porque se podía tratar estando dentro de la guatita y si le daba el consentimiento.”

(Usuaría)

“A mí me lo hicieron no más, no me dijeron nada, no firmé nada.”

(Usuaría)

“A mí, claro, me dijeron que si yo tenía el virus el bebé podía salir contagiado...”

(Usuaría)

“A mí, nada, que si yo me lo quería hacer no más, pero así como... ¡tienes que hacértelo!”

(Usuaría)

“... pero a nosotros, cuando estuvimos en la capacitación, nos dijeron que toda paciente tenía que tener el VIH y que si lo rechazaba, se le toma el test rápido en la maternidad; la que no lo quiera, la que no firma el consentimiento, se lo toman igual...”

(Matrona)



Así, la citada evaluación muestra el conflicto entre la norma y la práctica que se les presenta a las prestadoras de salud (matronas, generalmente) en torno a la autorización de la usuaria y su libre opción de realizarse el examen, donde entra en juego el dilema del derecho de esa madre como persona versus la protección y el derecho del hijo o hija que está por nacer.

"El consentimiento te da la opción de que la persona te diga no y eso no debiera ser, porque va en contra del beneficio del recién nacido."

(Matrona)

Las prácticas del personal de salud entran en estas y otras contradicciones, que se asocian a fuertes cargas de estigma, de discriminación y atropellos a los derechos de las personas que viven con el VIH, como da cuenta un estudio sobre mujeres chilenas viviendo con VIH/SIDA (Vivo Positivo, Universidad ARCIS y Flacso Chile, 2004): de cien mujeres entrevistadas que vivían con el VIH, treinta y una habían sido esterilizadas sin consentimiento y bajo presión por parte de los equipos de salud.

No obstante, hay equipos de salud que sí cumplen con la voluntariedad establecida por la ley, acción que produce en la mujer gestante el efecto de reconocerse como persona

capaz de decidir en el ámbito de su salud y de su bebé, como se lee en los siguientes comentarios:

"Yo por lo menos sentía al firmar que era mi responsabilidad; si me salía positivo yo sabía que yo había firmado y dado mi consentimiento."

"Me preguntaron si quería hacerme un examen de VIH y me lo hice, porque también era voluntario y yo me lo hice. Había que firmar igual, porque era voluntario, así que traté de hacer todo lo mejor que se pudiera."

"Me dijo si quería saber si tenía SIDA, porque hay muchas mujeres embarazadas que han tenido SIDA y se lo transmiten a la guagüita. Me preguntó si quería saber y me empezó a explicar del VIH, del examen, y lo que podía pasar."

De acuerdo a lo definido en la ley, y en cumplimiento de la nueva lógica de derechos que sustenta la reforma del sector, la acción del equipo de salud debiera centrarse en la entrega de información oportuna, en el acompañamiento permanente y en el respeto sin presiones de la decisión de los usuarios.

UNFPA y ONUSIDA, Chile



## Innovar en la educación: nuevas ideas, viejas maneras

Otra modalidad recurrente de hacer políticas públicas en las últimas décadas ha sido la formulación de programas sociales focalizados en poblaciones determinadas y en servicios sociales específicos.

De especial interés resulta el sector de educación, porque allí se ha desarrollado un conjunto

de innovaciones dirigidas a mejorar los procesos de enseñanza y aprendizaje en términos de equidad y calidad, muchas de las cuales han adoptado esta modalidad de intervención que apunta a cambios organizacionales más que institucionales. Además, se le ha prestado bastante atención al sector educativo en la discusión pública, sobre todo a partir de la movilización estudiantil del año 2006, que aludía a un estancamiento en los resultados y al escaso impacto de las políticas públicas. El Recuadro 7 muestra que la evaluación de la población al respecto es ambivalente.

A pesar de la magnitud del esfuerzo realizado, que incluye un aumento sostenido en el gasto público en el sector (triplicándose entre 1990 y 2007), no se ha logrado avanzar lo suficiente, manteniéndose resultados nacionales que no mejoran en el tiempo (como muestra el Cuadro 12), y también la brecha de calidad entre establecimientos educacionales de diferente nivel socioeconómico (ver Cuadro 13). De acuerdo a las mediciones internacionales, si bien Chile tiene uno de los rendimientos más altos de América Latina (después de Cuba, según datos de la UNESCO), sigue estando bajo el promedio de resultados de países de la OECD a pesar de los avances registrados de acuerdo a la medición PISA 2006.

Diversas han sido las explicaciones sobre la dificultad de mejorar la calidad de la educación chilena. Algunas aluden a la estructura de reglas, incentivos y fiscalización del sistema con financiamiento público, lo que ha sido abordado por una serie de proyectos de ley en los últimos años. También se ha enfatizado la necesidad de modificar las prácticas pedagógicas y las metodologías de enseñanza, nudo crítico de los procesos de cambio educativo. Otras apuntan a las falencias en el sistema descentralizado de administración y las debilidades en la definición de roles y responsabilidades en los distintos niveles.

Se ha cuestionado además el carácter centralista del diseño de las políticas y los programas educacionales, lo que dificulta captar las necesidades reales de cada establecimiento, como también que la comunidad escolar perciba el desafío como algo propio. El Ministerio de Educación (MINEDUC) ha comprendido estas dificultades y ha diseñado nuevos programas orientados a resolver esos problemas. El ámbito estudiado en este capítulo es la Estrategia de Apoyo a Establecimientos Prioritarios, que comenzó en 2006, y se escogió justamente porque es una estrategia de política pública innovadora en este sentido: un intento de presionar por la autogestión de los cambios en las prácticas educativas.

Su principal objetivo es desarrollar procesos y prácticas de mejora organizacional que impacten en los resultados educativos de manera sostenida

en el tiempo, a través de una asesoría externa directa e intensiva por parte de instituciones especializadas (en este caso, universidades u otros centros académicos) a los establecimientos. Cada escuela tiene un plan de trabajo específico a lo largo de tres o cuatro años, elaborado con la institución asesora, con lo cual se trabaja desde la particularidad de cada escuela o liceo, superando la lógica centralista que marcó muchas de las intervenciones de focalización anteriores. Una de las particularidades de esta estrategia es su carácter voluntario y de asesoría, alejándose del formato de intervención obligatoria.

Si bien es muy temprano para evaluar el impacto de esta estrategia sobre los rendimientos y la calidad de la educación en ese grupo de establecimientos, el análisis del proceso de implementación de la primera fase muestra ciertas tensiones y trabas que retardan el cumplimiento de las etapas de trabajo estipuladas, y pueden afectar los resultados del programa. El enfoque de las prácticas que propone este Informe permite describir el conjunto de juegos y coordinaciones entre actores que facilitan o entran los cambios significativos que se esperan de la ejecución de esta política pública.

CUADRO 12  
Evolución de los resultados SIMCE 4° básico, promedio nacional

	1999	2002	2005	2006	2007
Lenguaje y comunicación	250	251	255	253	254
Educación matemática	250	247	248	248	246

Fuente: Elaboración propia en base a resultados SIMCE, [www.simce.cl](http://www.simce.cl).

CUADRO 13  
Puntajes del SIMCE, promedio cuartos básicos 2007, por grupo socioeconómico y variación 2007-2006

Grupo socioeconómico	Lenguaje		Matemática	
	Promedio	Variación	Promedio	Variación
Bajo	237	• 2	221	• 1
Medio bajo	237	• 1	226	• -2
Medio	254	• 0	246	• -4
Medio alto	277	• 2	272	• -1
Alto	299	• 3	298	• 1

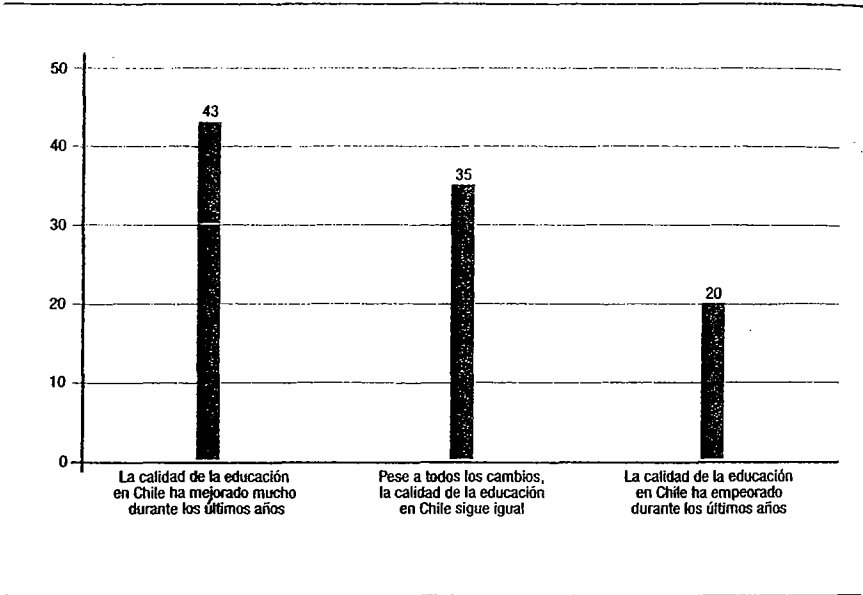
Nota: El punto (•) indica que no hubo variación significativa del puntaje promedio.

Fuente: [www.simce.cl](http://www.simce.cl).

RECUADRO 7  
¿Cómo percibe la población los cambios en educación en Chile?

La población en Chile tiene una percepción ambivalente del mejoramiento de la calidad de la educación en los últimos años. Como muestra el Gráfico 8, un 43% piensa que ha mejorado y el resto se divide entre aquellos que piensan que la calidad se mantiene (35%) y una minoría que opina que ha empeorado (20%).

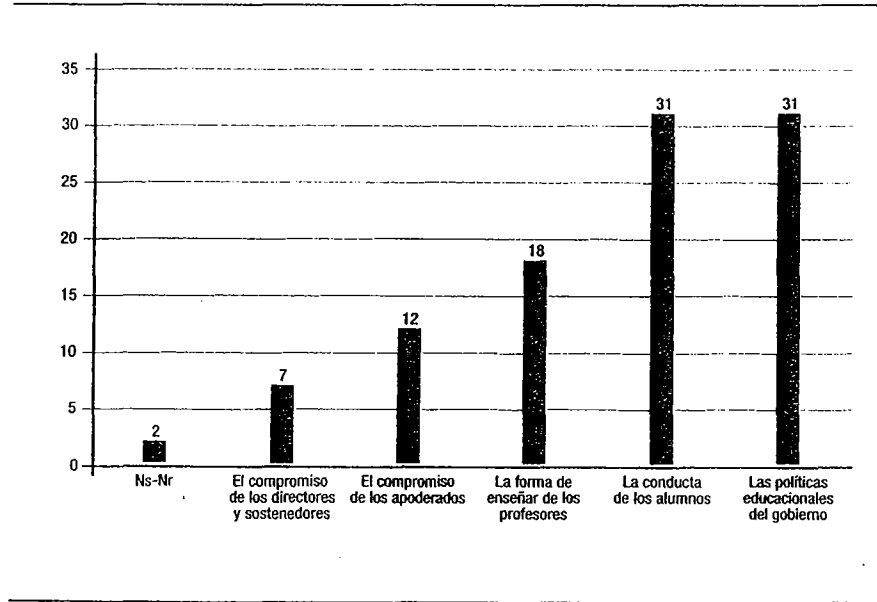
GRÁFICO 8  
Percepción sobre la calidad de la educación (porcentaje)



Fuente: Encuesta de Desarrollo Humano, PNUD 2008.

GRÁFICO 9  
Ideas para mejorar la educación (porcentaje)

Señale el aspecto más importante que usted cree se debería cambiar para que la educación en Chile mejorara...



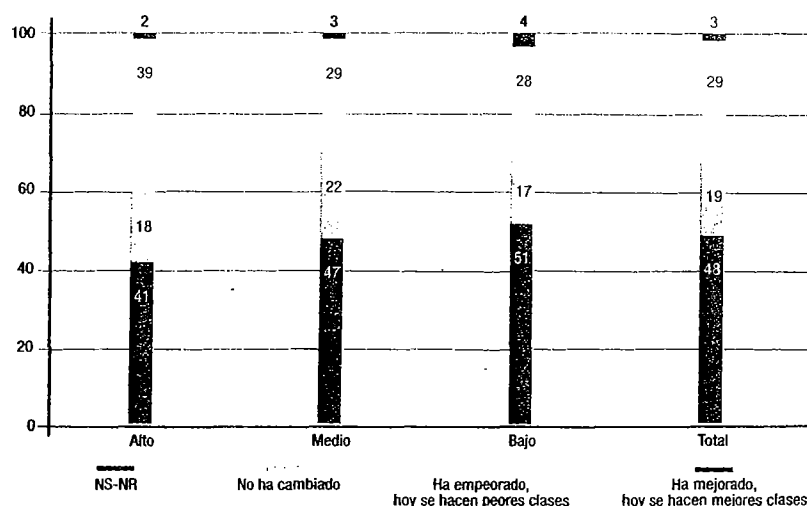
Fuente: Encuesta de Desarrollo Humano, PNUD 2008.

Según los resultados de la Encuesta, la gente está dividida frente a las posibles vías de solución de los problemas de la educación: la mayoría piensa que son las políticas del gobierno, pero un importante grupo señala que es la conducta de los alumnos la que debe cambiar para mejorar los resultados en este ámbito (Gráfico 9). Son pocos los que asumen que la responsabilidad de mejorar la educación recae en los propios gestores: familias, directores y/o profesores. Al preguntarse directamente por la labor de los profesores, la percepción tiende a ser positiva. De acuerdo a la Encuesta de Desarrollo Humano 2008, un 48% estima que los profesores hoy hacen mejores clases. Esa visión tiende a ser más positiva en la población de menor nivel socioeconómico (ver Gráfico 10).

La responsabilidad que los padres o apoderados reconocen asumir frente a la calidad de la educación es alta en promedio, pero se diferencia bastante según el sector socioeconómico. Al preguntar a los actuales apoderados de niños o jóvenes que están en el sistema escolar qué hacen cuando el colegio de sus hijos baja su rendimiento, la mayoría indica que se acerca a informarse sobre las medidas que éste piensa tomar (58%). Sin embargo, esta actitud proactiva es más frecuente en niveles socioeconómicos más altos, en comparación con los que manifiestan no hacer nada al respecto (ver Gráfico 11).

**GRÁFICO 10**  
Percepción de cambios en las maneras de enseñar según grupo socioeconómico (porcentaje)

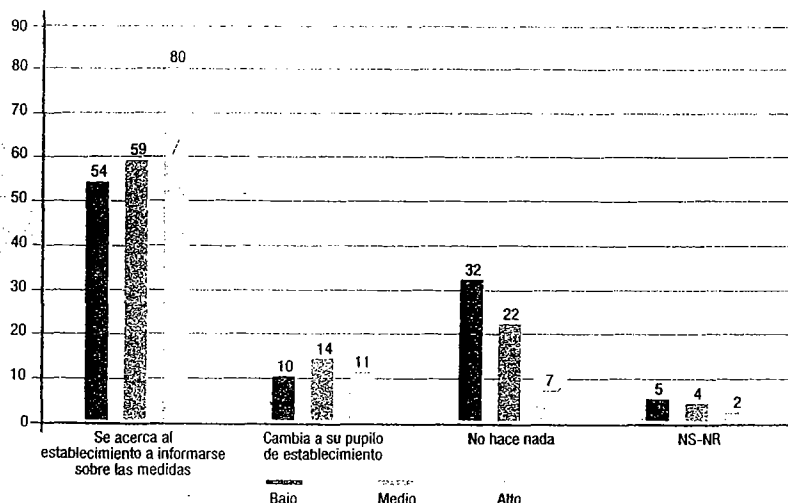
Con respecto a la manera como los profesores enseñan, usted cree que durante los últimos años...



Fuente: Encuesta de Desarrollo Humano, PNUD 2008.

**GRÁFICO 11**  
Actitud ante una baja en la calidad del establecimiento educacional (porcentaje)

Si el establecimiento educacional de su pupilo baja sus puntajes en las pruebas de medición de calidad (como SIMCE, PSU, etc.) ¿Qué hace usted?



Fuente: Encuesta de Desarrollo Humano, PNUD 2008.

Como insumo principal para este análisis se utilizó el estudio de seguimiento al primer año de implementación de la estrategia que realizó el PNUD, en conjunto con la consultora Asesorías para el Desarrollo, por encargo del Ministerio de Educación. El estudio usó una estrategia mixta de recolección de información y análisis, con técnicas cuantitativas y cualitativas. En una primera instancia se hizo un análisis de documentos e informes elaborados por las

instituciones asesoras. Luego se realizaron entrevistas individuales y grupales a actores clave en la estrategia, de una muestra de veinticuatro establecimientos prioritarios, doce en cada nivel de enseñanza (uno por cada institución asesora, de los que comenzaron la asesoría el año 2006). En relación con la fase cuantitativa, se aplicó una encuesta a diversos actores del universo de los establecimientos prioritarios.

## ¿Cómo se implementa la estrategia de apoyo a establecimientos prioritarios?

### LOS TROPIEZOS DEL COMIENZO

La estrategia comenzó en 2006 seleccionando cien escuelas de enseñanza básica, tanto municipales como particulares subvencionadas, que fueron asignadas a un total de doce instituciones asesoras, en cuatro regiones del país (Metropolitana, de Valparaíso, del Bío-Bío y de la Araucanía). En el caso de la enseñanza media, la selección se concentró en 2006 en 47 liceos de las regiones Metropolitana, de Valparaíso y del Bío-Bío, y para el 2007 se consideraron todas las regiones del país seleccionando 74 liceos más. La definición de establecimientos educacionales “prioritarios” tuvo en cuenta su alta vulnerabilidad socioeducativa y resultados de aprendizaje insatisfactorios. A cada institución asesora se le asignó un grupo de establecimientos prioritarios (no más de diez).

El Ministerio de Educación realizó una convocatoria a instituciones interesadas en participar en la estrategia, las cuales debían entregarle planes de trabajo que serían evaluados en relación con los términos de referencia, que incluían áreas de intervención como requisitos básicos que deberían estar presentes en todas las propuestas. De este modo se aseguraría que, a pesar de la heterogeneidad de los trabajos, todos tuvieran en común un conjunto de elementos que han sido documentados por el conocimiento experto

como los ámbitos y procesos que deben mejorarse en los establecimientos escolares para mejorar los rendimientos de manera sostenible. Así, la asesoría debía contemplar el mejoramiento en los ámbitos de gestión y liderazgo, gestión técnico-pedagógica, vinculación y apoyo del sostenedor, y temas relacionados con la convivencia escolar (especialmente en el caso de enseñanza media). El Recuadro 8 muestra las funciones que se esperaba de cada actor participante en la estrategia.

Esta aproximación refleja un aprendizaje en la formulación de política pública al considerar la experiencia del Programa de Escuelas Críticas, una intervención piloto que se realizó entre 2002 y 2005 en la Región Metropolitana. Este programa dejaba en mayor libertad de acción a las instituciones asesoras, con la idea de que probaran distintas aproximaciones al mejoramiento escolar. Sin embargo, el seguimiento de ese programa en su etapa inicial mostró que la escasa estandarización en las asesorías hacía muy difícil comparar los acercamientos y obtener los resultados esperados.

En base a los documentos que las instituciones asesoras le entregaron y a una evaluación de sus capacidades técnicas, el Ministerio de Educación procedió a seleccionar las instituciones más adecuadas para cada establecimiento. El proceso de selección se centró en universidades, pero la

realidad demostró que había pocos programas académicos en el país preparados para este tipo de trabajo. Entre las universidades que fueron seleccionadas pocas contaban con experiencia en dar asesoría integral a escuelas o liceos, como esperaba la estrategia. Los equipos profesionales que las universidades conformaron para este propósito tienen fundamentalmente experiencia docente en cursos de perfeccionamiento y capacitación, algunas han investigado en escuelas y liceos, y sólo unas pocas los han asesorado, primando en estos casos la asesoría en temas puntuales.

Como resultado de ello, parte importante de las propuestas fueron calificadas de débiles por la coordinación nacional de la estrategia en cada nivel de enseñanza del MINEDUC, y devuelta a las instituciones con comentarios. En los casos extremos, este proceso interactivo se repitió varias veces, retardando el comienzo

de la asesoría. El proceso derivó en propuestas de trabajo muy apegadas a las especificaciones de los términos de referencia, con poco valor agregado específico de cada institución y muy homogéneas entre sí.

Los criterios de selección de establecimientos prioritarios fueron definidos y operacionalizados por el Ministerio de Educación en el nivel central. El nivel regional participó en la selección a partir de este universo predefinido de establecimientos elegibles. Este proceso de selección fue lento y los criterios objetivos no pudieron aplicarse plenamente en algunos casos, lo que llevó a la inclusión de escuelas que tenían mejor rendimiento o menor vulnerabilidad que lo definido originalmente por la estrategia.

El proceso de consulta al sostenedor y a veces al director del establecimiento también fue más lento de lo planificado, y no siempre se logró el

#### RECUADRO 8

El rol esperado de los actores involucrados en la estrategia

\* **Ministerio de Educación, nivel central:** diseño y financiamiento de la estrategia, criterios de selección de los establecimientos, seguimiento del proceso y aprobación final de los planes de asesoría externa.

\* **Secretaría Regional Ministerial (SEREMI):** equipo técnico encargado en el nivel regional, participa en la selección de los establecimientos y establece el contacto con las instituciones asesoras, informándoles acerca de la modalidad de la asesoría, sus objetivos y las propuestas que deben presentar; luego deben aprobarlas en conjunto con el nivel provincial.

\* **Supervisores en el nivel provincial (DEPROV):** son el nexo entre el Ministerio y el establecimiento educacional; deben evaluar la pertinencia de las propuestas de las instituciones asesoras respecto de los objetivos del MINEDUC, participar en la implementación de la asesoría y establecer un vínculo con los sostenedores de escuelas y liceos.

\* **Sostenedores:** administradores de los recursos económicos

del establecimiento, que en el caso de los colegios municipales es el municipio (y su departamento de educación cuando existe) y en el caso de los particulares subvencionados es el dueño (corporación privada o persona natural). Tras la presentación del programa de trabajo, deben facilitar la implementación de los procesos y prácticas sugeridos por las instituciones asesoras, mediante la entrega de recursos humanos y materiales a los establecimientos.

\* **Comunidad escolar:** la asesoría debe incluir trabajo con los directores, jefes de UTP (jefes de unidad técnico-pedagógica, encargados de gestionar tareas pedagógicas y curriculares al interior del establecimiento), administrativos, docentes, alumnos y apoderados.

\* **Institución asesora:** encargada de llevar a cabo un diagnóstico y un plan de asesoría para cada uno de los establecimientos a los que fue adjudicado su apoyo; tanto su plan de trabajo como la implementación están sujetos a la supervisión y aprobación del Ministerio de Educación (en todos sus niveles).

objetivo de hacer partícipes de la decisión a estos actores. A pesar de que el Ministerio programó reuniones para informar de la estrategia a los sostenedores de establecimientos elegibles, y luego reuniones con los sostenedores y directores que habían aceptado participar, hubo casos en que la comunidad de actores escolares no sintió que fuese realmente consultada. En algunas situaciones fue difícil romper con la tradición centralizada y vertical de la administración de servicios sociales, y los sostenedores o directores afirmaron no haber sido invitados sino más bien informados de que serían asesorados por una institución externa. En otras palabras, no sintieron que decidían voluntariamente participar en la estrategia, sino que se les imponía un nuevo programa desde el Ministerio. Cuando ello ocurrió, se suscitaron inmediatamente mayores resistencias iniciales entre la comunidad escolar que sería asesorada.

Una vez seleccionadas y contactadas ambas partes, la institución asesora comenzó la etapa de empalme, en la cual se realizó el diagnóstico de la situación de cada escuela o liceo con miras a elaborar el plan de asesoría, que en la etapa de este estudio recién comenzaba a ejecutarse en la mayoría de las escuelas y algunos de los liceos.

Pese a los retrasos en momentos específicos, la implementación de la estrategia ha avanzado como se programó. Sin embargo, en enseñanza básica se interrumpió en 2008 para la mayoría de las escuelas participantes, por la entrada en vigencia de la ley de subvención preferencial, que también contempla asesorías externas a los establecimientos con mayor necesidad de mejorar, aunque en este caso la decisión ya no corresponde al nivel central del MINEDUC y se traspasa al sostenedor, quien debe elegir si sigue trabajando con las instituciones asesoras actuales o busca otras, o ninguna.

#### EL PROCESO DE ASESORÍA: INTERACCIÓN Y COORDINACIÓN DE LOS ACTORES

La implementación de un programa como éste es compleja, porque entra a operar sin el respaldo de un cambio formal de las reglas del juego y en

un contexto de administración de la educación lleno de dificultades de coordinación, con una definición de roles y responsabilidades históricamente difusa. A pesar de que el MINEDUC mantiene la responsabilidad técnico-pedagógica sobre los establecimientos educacionales con financiamiento público, la administración de éstos es responsabilidad del sostenedor, municipal o privado. Por otra parte, el nexo entre el nivel central del MINEDUC y la escuela es muy débil. El último eslabón de la cadena pública lo encarna el supervisor, cuyo poder de incidencia en las escuelas es exiguo (PNUD, 2004). A ello se suman los conflictos por la ambigüedad de atribuciones entre el nivel central y regional del Ministerio, que a veces constituye un gran obstáculo en la implementación de políticas del sector.

En este contexto, la institución asesora, que es contratada y supervisada por el MINEDUC, tiene que entrar a negociar su estrategia de asesoría organizacional con los sostenedores y demás actores del establecimiento. Esta asesoría no surge entonces de una demanda de los propios actores que serán apoyados.

#### RECEPCIÓN Y RESISTENCIAS INICIALES

De acuerdo a la encuesta realizada a la comunidad escolar de establecimientos prioritarios, su reacción inicial a la llegada de una institución externa que les entregaría asesoría fue mayoritariamente positiva, aunque con más fuerza en los sostenedores (83%) y directivos (entre 66 y 75%) que en los profesores (57-58%). Esta reacción positiva contrasta con el rechazo a la asesoría externa que en el año 2002 se dio en las “escuelas críticas” de la Región Metropolitana (Asesorías para el Desarrollo y PNUD, 2004).

Esta diferencia puede atribuirse en parte al aprendizaje en el diseño de la política pública, ya que en el seguimiento a la ejecución del Programa de Escuelas Críticas se había informado del impacto estigmatizador que había tenido sobre las escuelas el adjetivo de “críticas”, lo que en un comienzo produjo muchas dificultades y resistencias. Además, el hecho de haber sometido la selección de los establecimientos a consultas en las SEREMI de educación, los DEPROV



y los sostenedores preparó el terreno para una recepción más favorable. Esta experiencia refleja la importancia del seguimiento a la puesta en práctica de las políticas, con el que se acumula conocimiento para mejorar los diseños y prever sus efectos.

Igualmente hubo casos de fuerte resistencia y rechazo inicial a la asesoría, principalmente entre los docentes y en menor medida los directores o jefes de unidad técnico-pedagógica (UTP). Este tipo de resistencias es relativamente común en el campo de las consultorías, y tiene que ver con la deslegitimación del saber experto que representa la asesoría para quienes la reciben, en este caso los actores del establecimiento, y especialmente los docentes. Muchos de los profesores que trabajan en escuelas de sectores pobres estiman que las políticas ministeriales son desarrolladas por técnicos que no entienden lo que es trabajar con el tipo de población con la que ellos se relacionan. Esta percepción se extiende a la incorporación de asesores externos, supuestamente expertos, pero que en la práctica no han tenido un acercamiento directo a los procesos de enseñanza en este tipo de escuelas.

Las resistencias se tradujeron en que algunos profesores no admitían necesitar ayuda, oponiéndose fuertemente a la presencia de los asesores en sus salas de clase y boicoteando cualquier tipo de asesoría pedagógica. Entre las tácticas para impedir o entorpecer el trabajo de los asesores se contaron actitudes como retenerlos en el pasillo hablándoles de cualquier cosa, o realizar clases peculiares o extraordinarias, “construyendo un espectáculo para hacer reír, haciendo show (...) para que no se justifique que nosotros estemos ahí”, como afirma un asesor de la Región de La Araucanía.

De esta manera, parte del trabajo inicial en algunos equipos asesores consistió en derribar las barreras y “ganarse” a los docentes para poder aplicar la estrategia de apoyo. Así, en algunas instituciones privilegiaron apoyos a los docentes en temas que los agobiaban y que no formaban parte de la asesoría acordada con el Ministerio,

como la preparación de los portafolios que exige la evaluación docente. En este sentido, y dado que la institución asesora no tiene atribuciones legales que le confieran poder para su acción, fue vital ganarse la confianza y obtener legitimidad de parte de la comunidad escolar.

El equipo asesor tiene que moverse tácticamente en el espacio escolar para avanzar en el sentido que le exige el Ministerio, un agente absolutamente externo a la organización donde se producen las interacciones concretas. En no pocas ocasiones algunas instituciones asesoras tuvieron que ser creativas y flexibles para producir juegos de intercambio que les permitieran entrar a trabajar realmente con la comunidad escolar.

También hubo casos en que el director o el jefe de UTP emergían como mediadores clave para atenuar la resistencia docente, asumiendo un rol de bisagra. El papel de líder al interior de la escuela —uno con visión de gestión pedagógica, con un norte claro para el establecimiento— opera como el mejor complemento en una estrategia de asesoría como ésta. Una buena conducción alivia el trabajo de las instituciones asesoras propiciando un marco favorable y una mejor alineación de las escuelas en torno a un objetivo común.

#### LA PARTICIPACIÓN Y LA RETROALIMENTACIÓN COMO ELEMENTOS CLAVE

El contrato con el MINEDUC establece que las instituciones asesoras deben elaborar un diagnóstico de la situación que se vive en el establecimiento, para construir un plan de trabajo orientado a solucionar los principales problemas detectados. El diseño del plan de asesoría debe ser convenido con cada escuela, para luego ser aprobado por el Ministerio de Educación.

Desde el punto de vista de los directivos, y en menor grado de los profesores, el diagnóstico se desarrolló de manera participativa. Apoderados y alumnos tuvieron una participación marginal. A pesar de ser requerida en el diseño programático de la estrategia, la participación de los sostenedores también fue poco frecuente, tal como ha ocurrido en la mayor parte de los programas públicos implementados por el MINEDUC en

las últimas décadas. Ello se produjo, en parte, por falta de interés y de capacidad (problemas de recursos humanos disponibles en los municipios) y en parte porque las instituciones no se esforzaron mucho en involucrarlos.

La presentación del diagnóstico a la comunidad escolar se realizó a directivos y profesores, y marginalmente a sostenedores. Sin embargo, pocas instituciones lograron validar efectivamente sus diagnósticos con estos actores, y casi ninguna generó instancias de retroalimentación que dejaran la impresión en los directivos y profesores de que sus sugerencias fueron incorporadas. Esta situación es un hecho crítico ya que la validación del diagnóstico con la comunidad escolar es clave en la aceptación del equipo de asesoría por parte de los actores del establecimiento. Así, si bien existen apreciaciones positivas del diagnóstico en algunos casos, es frecuente la disconformidad con el proceso de elaboración.

En muchos de los casos estudiados con mayor profundidad, la institución asesora realiza conversaciones, entrevistas y grupos de discusión con los equipos directivos, así como revisión de evaluaciones anteriores, para elaborar el diagnóstico. Pero al momento de validar el plan de asesoría los espacios de participación de la comunidad escolar disminuyen significativamente, llegando incluso a desaparecer algunas veces, ya sea porque la institución asesora no lo hace o porque a la comunidad escolar no le interesa participar. Ello se refleja en casos en los que el plan de asesoría se presenta a la comunidad cuando ya ha sido enviado al Ministerio, o situaciones en que los docentes no conocen el plan de trabajo que se está implementando. La explicación a menudo tiene que ver con la descoordinación entre los actores del establecimiento escolar y el equipo asesor, los retrasos en la implementación del programa y/o la necesidad del equipo asesor de responder a los requerimientos del Ministerio. Estas descoordinaciones generan reacciones negativas dentro del equipo escolar, que siente que su conocimiento práctico es deslegitimado y poco valorado.

**“(La institución asesora) no tiene plan de trabajo; no sabemos quién viene y de qué tema es la próxima reunión; el animador trabaja con la directora y no con nosotros.”**

**(Profesor, enseñanza básica, Región de Bío-Bío)**

Por otro lado, el Ministerio de Educación aprueba o rechaza los planes de asesoría de acuerdo a su sintonía y coherencia con los términos de referencia y la estrategia en su conjunto. Cuando considera que no cumple con los requisitos, la institución asesora debe reformular el plan de trabajo. Ello genera programas de asesoría que tienden a alinearse con los enfoques ministeriales y pueden alejarse de la realidad de la escuela o el liceo. Emerge entonces cierta contradicción en los roles y atribuciones de los actores, porque la institución asesora, que tiene como objetivo apoyar a una organización escolar en un proceso de cambio, termina por rendir cuentas y responder a un agente externo a la organización, cuyo enfoque no está necesariamente alineado con el establecimiento.

**“El Ministerio de Educación no aceptó el proyecto. Lo que pasa es que ellos nos pedían hacer muchas más acciones de las que a nuestro juicio es posible hacer.”**

**(Profesional institución asesora, enseñanza básica, Región Metropolitana)**

La combinación de ambos factores —baja participación de la comunidad escolar y aprobación o desaprobación por parte del Ministerio—, sumada a la poca experiencia de algunas instituciones asesoras en este tipo de trabajo, tuvo como resultado generalizado la elaboración de planes “tipo”, es decir, programas de asesoría que no captan la particularidad de cada establecimiento educacional; redactados en términos generales, en algunos casos incluso llegaron a homologar planes de establecimientos distintos.

**“Cuando llegó aquí el plan de mejoramiento de ellos, me lo entregaron y venía el nombre de otra escuela. Y me encontré con dos planes. Lo único que cambiaba era el nombre de las escuelas, pero eran los mismos.”**

**(Director, enseñanza básica, Región de Valparaíso)**

La poca especificidad de los planes de asesoría crea dificultades para adaptarse a los recursos que tiene cada liceo o escuela y trabajar de la manera más adecuada según los problemas de cada cual. Un ejemplo es la dificultad de algunos equipos asesores para compatibilizar las horas pedagógicas y de labores administrativas de los docentes con su participación en talleres y capacitaciones. En algunos casos, ello crea una sensación de sobrecarga de trabajo y escasez de tiempo en los directores y jefes de UTP, como también el que las actividades se desarrollen en horarios que no corresponden a la jornada laboral de los profesores, como un sábado por la mañana o quedarse después del trabajo un día de la semana.

En la etapa de implementación del plan también se observó entre el equipo asesor y el personal del establecimiento (especialmente el cuerpo docente) un modo de relacionarse más bien vertical, con pocos espacios de retroalimentación y participación. Ejemplo de ello es una situación descrita en la cual los asesores asisten las clases, toman apuntes y luego se guardan sus observaciones, sin hacerles comentarios a los docentes, lo que resulta en un equipo escolar que se siente observado, evaluado y supervisado más que asesorado.

**"... es como una especie de fantasma que está dentro de la sala de clases; no sabemos si está para acompañarnos o para atormentarnos."**

(Profesor, enseñanza básica, Región de Valparaíso)

**"... traía mentalidad de supervisora más que asesora."**

(Profesor, enseñanza media, Región Metropolitana)

En estos casos, nuevamente faltan espacios de retroalimentación en los cuales los asesores reflexionen en conjunto con los profesores acerca de las dificultades de éstos para realizar sus clases, y de los cambios que podrían facilitarles la enseñanza, ajustándola a las necesidades de los alumnos.

Cuando hay problemas en la coordinación y comunicación entre los involucrados, con



bajas tasas de participación de la comunidad escolar, no se alcanza un sentido general común de la asesoría al interior de los establecimientos educacionales. Los actores escolares entonces no se identifican o incluso desconocen el rumbo que sigue la estrategia y las actividades que se realizarán, y además pueden sentir amenazado su papel de educadores. Por lo tanto, surge una dificultad para reconocer la necesidad de la asesoría y la responsabilidad que le cabe a cada actor en este escenario, lo que produce resistencias importantes e incluso un boicot de la asesoría al interior de la organización.

#### UNA ASESORÍA PLANIFICADA PERO FLEXIBLE

La mayor parte de las instituciones asesoras organizaron su trabajo en una de dos modalidades principales. En la primera, cada establecimiento cuenta con un equipo fijo de asesores (que asiste a los colegios según las actividades programadas y trabaja con aquellos actores que le corresponden, por ejemplo profesores de matemáticas) y hay especialistas que rotan según los problemas específicos que enfrente cada colegio. Todos ellos operan bajo la guía de un coordinador de proyecto con poca visibilidad en las escuelas. En la segunda modalidad, existe un coordinador por cada colegio asesorado, y un equipo de asesores que va rotando por los distintos colegios asistidos según las necesidades. Aquí la presencia del coordinador en el liceo o escuela es semanal y su función es organizar y generar las condiciones institucionales para que el resto de los asesores desarrolle su trabajo. En ambas modalidades la visita del equipo asesor en pleno a

un establecimiento constituye un hecho aislado: prima la visita individual, que fija el coordinador o cada asesor con el o los docentes con los que debe trabajar.

Disponer de un coordinador en cada liceo que organiza y coordina el trabajo, y es la persona oficial de contacto, constituye la modalidad de organización más fluida y transparente desde la perspectiva de la comunidad escolar. Existe un interlocutor oficial que tiene presencia regular y es conocido en el colegio, lo que lleva a mantener los roles y las responsabilidades más claros a lo largo del proceso. Otra acción bien recibida y valorada es la presencia de un fichero o pizarra visible en las oficinas administrativas o la sala de profesores, donde se registran las visitas y actividades del semestre, con fecha, hora y participantes. En aquellos establecimientos cuyos asesores socializan correctamente la planificación de las actividades, el trabajo adquiere niveles más altos de sistematicidad y constancia. Además, permite al equipo escolar controlar y reclamar mejor lo acordado con el equipo asesor.

Por el contrario, cuando la presencia del equipo asesor es irregular, no hay un calendario de trabajo o éste no se comunica a la comunidad escolar, surgen descoordinaciones y se crispan las relaciones. Igualmente, cuando se observa alta rotación del personal asesor, sin comunicación al equipo escolar y sin el traspaso adecuado de información a los nuevos profesionales, se produce discontinuidad en la relación y se rompen los vínculos de confianza. Si esta situación es muy acentuada, la resistencia y la desconfianza iniciales reemergen.

Pero, así como la estabilidad en la interlocución es importante, la institución asesora también tiene que ser capaz de adaptar o incluso cambiar sus equipos cuando las capacidades no son las adecuadas. Hubo casos en que la comunidad escolar percibió dichos reemplazos como un progreso en la asesoría, al considerar que los nuevos profesionales estaban mejor capacitados.

La flexibilidad del plan también se juega en otras circunstancias. El cambio de director o

del jefe de UTP en algunos colegios, las restricciones de tiempo de directivos y docentes, o las demandas del colegio a la institución asesora para que entregue apoyo en áreas o temas que son urgentes para ellos (preparación para la evaluación docente, demandas de planes de mejora desde el sostenedor, elaboración de proyecto de jornada escolar completa), presionan a la institución a ir adaptando su plan de asesoría en el camino. La disposición a responder a estas demandas fue clave para reducir la resistencia a la asesoría y contribuir a legitimar la institución asesora, y no atrasó significativamente la implementación del programa. Es decir, es importante que la institución asesora tenga la capacidad de flexibilizar su plan original para atender a las necesidades y dinámicas emergentes de la asesoría.

#### ROLES Y ATRIBUCIONES DIFUSOS

El diseño del programa definió roles y funciones generales para los agentes involucrados en la estrategia (ver Recuadro 8), con una cuota importante de ambigüedad y/o una comunicación insuficiente de los mismos a cada agente. En la propia dinámica del proceso, cada uno entendió y concretó su rol y funciones a su manera. Por lo demás, la definición de roles y responsabilidades no incluyó normas sobre quién es responsable de qué frente a quién, cuál es la responsabilidad de la institución asesora en los resultados que obtiene en la escuela o liceo, y cuál la de la comunidad escolar y del sostenedor.

En el caso del nivel regional y provincial del MINEDUC, algunos supervisores adoptaron un rol administrativo y burocrático, cumpliendo formalmente con los oficios y tareas encomendados, mientras que otros se involucraron activamente, al extremo de definirse, en un caso, como “contraparte técnica” de la institución asesora.

“... (había) poca claridad hacia nosotros los supervisores con respecto a cuál era el rol que nosotros íbamos a cumplir allí, o sea, nunca lo tuvimos claro, nunca se nos dijo ésta es la parte Ministerio y esto es lo que debieran cautelar.”

(Supervisor, Región Metropolitana)

Específicamente en la Región Metropolitana, se les pidió a los supervisores que se retiraran de los establecimientos que acompañaban antes de la asesoría. En este tipo de situaciones se mezcló el interés por aliviar la carga laboral de los supervisores con conflictos de poder preexistentes entre el nivel central y el regional del MINEDUC. En las demás regiones, aun cuando no se trata de un retiro formal, el supervisor resulta ser un actor más bien ausente. Esa ausencia fue resentida por algunas instituciones asesoras, debido al conocimiento que tienen los supervisores de la realidad que se vive en los establecimientos educacionales.

**"Lo que sí lamentamos es que los supervisores se hayan retirado de los liceos. Consideramos que son un actor relevante al momento de tomar decisiones y apoyarnos en las gestiones que nosotros realizamos. Fue un error quitar a los supervisores de los colegios."**

(Profesional institución asesora, enseñanza media, Región Metropolitana)

Este proceso de retiro de los supervisores genera un sentimiento de amenaza de reemplazo que se traduce en actitudes de resistencia, rechazo y hostilidad de parte de algunos supervisores frente a las instituciones asesoras.

En los casos en que se comunicó mejor el sentido del programa y el rol de los supervisores, éstos adoptaron una postura de colaboración y muchas veces entregaron a las instituciones asesoras los diagnósticos que ellos habían elaborado. De esta manera se crea una relación más cercana y la asesoría se ajusta con mayor facilidad a la realidad del establecimiento, aumentando su efectividad. Existe en estos casos un reconocimiento del valor del otro en su propia especificidad, y mecanismos de colaboración que hacen posible el intercambio.

**"Yo valoro la estrategia en cuanto hay establecimientos que efectivamente requieren un apoyo más global que lo que le puede entregar la supervisión (...) necesita un profesional que evidentemente un supervisor no maneja, o sea, si bien puede tener ciertos**

**conocimientos, no puede ser experto en matemáticas, lenguaje, en gestión."**

(Supervisora, Región Metropolitana)

Respecto del sostenedor, el diseño contemplaba explícitamente que éste asumiera un rol más activo que el observado. Se esperaba que colaborara aportando los recursos humanos, financieros y materiales para que la asesoría se desarrollara como debía, y que apoyara a la institución asesora en el establecimiento educacional. Sin embargo, en muchos casos los sostenedores aparecen como personajes con poca presencia en el lugar, escasa comunicación con la institución asesora y baja participación en las actividades contempladas en el programa de trabajo. Su identidad histórica y su escasa legitimidad técnica los llevan a mantener sus prácticas habituales, dedicándose principalmente a los aspectos administrativos e involucrándose poco en temas educacionales y programas ministeriales, a pesar de ser los encargados de todo el establecimiento.

**"Frente a los compromisos administrativos, de firmar un papel, darle más horas, preocuparse por los profesores, ellos se han portado súper bien. Pero cuando pasa como a responsabilizarse del tema educativo, no."**

(Profesional institución asesora, enseñanza básica, Región de Valparaíso)

La frecuencia de contacto de la institución asesora con el sostenedor es baja. En 2006, el 67% de los sostenedores tuvo apenas uno o dos contactos con la institución, y en 2007 la situación no fue mejor (Asesorías para el desarrollo, MINEDUC y PNUD, 2008). El 78% de los sostenedores menciona como motivo del contacto la entrega de información sobre el trabajo de asesoría y sólo el 39% señala que el propósito era involucrarlo en el diagnóstico del establecimiento y la definición del plan de asesoría. Con porcentajes inferiores a 15% aparecen como motivos solicitar recursos, asesorarlo a él e involucrarlo en el seguimiento del plan. Al preguntar al sostenedor cuán informado se sentía sobre el trabajo de la asesoría en sus establecimientos, sólo el 26% manifestó sentirse

bien informado. En algunas ocasiones, tras un año de trabajo las instituciones asesoras aún no se han reunido con el sostenedor correspondiente, por lo que éstos desconocen los procesos que se están desarrollando al interior de las escuelas o liceos que administran.

**"Hoy no tienen idea de lo que está pasando en los establecimientos."**

(Funcionario Departamento Provincial, Región de Bío-Bío)

**"A lo mejor es culpa mía también, como sostenedora, porque los dejé hacer... Pero como vi que la Provincial también se retiraba ante la llegada de los expertos, pensé: ¡menos me voy a meter yo!... A menos que me soliciten."**

(Sostenedor, enseñanza media)

Estos casos desencadenaron situaciones de descoordinación —choques entre las actividades planeadas por la asesoría y aquellas programadas por el sostenedor— y también problemas de tipo administrativo.

Finalmente, como se ha dicho, las instituciones asesoras también se enfrentan a una difusa definición de atribuciones y de responsabilidades. En última instancia deben dar cuenta al Ministerio, pero es en el establecimiento escolar donde tienen que actuar y manejarse con las estructuras de poder y de resistencia con que se encuentran. Desde la perspectiva de las instituciones asesoras, su relación con el Ministerio tiene un carácter eminentemente informativo y de control. Existe malestar con los trámites excesivos, "el papeleo", el retraso en los pagos y la ausencia de una retroalimentación oportuna, efectiva y formativa de los informes solicitados. Las instituciones asesoras resienten la inexistencia de iniciativas para evaluar su propio trabajo conjuntamente, para así identificar buenas y malas prácticas en función de las características de los establecimientos.

#### **LAS EXPECTATIVAS SON CLAVE PARA IMPULSAR UNA REFLEXIÓN DE LA PROPIA PRÁCTICA**

En una mirada inicial, entregada por los resultados de la encuesta, los actores de la comunidad escolar parecieran tener expectativas positivas

ante los resultados de la asesoría. Sin embargo, cuando se indaga sobre las expectativas con mayor profundidad, la evidencia encontrada en los estudios realizados muestra que sólo una minoría de establecimientos prioritarios actuales tiene altas expectativas en que el apoyo de la estrategia les permitirá elevar consistentemente sus competencias y resultados. Ese pequeño grupo "optimista" está compuesto por colegios que tienden a ser más proactivos, mostrar menor resistencia frente a la asesoría externa, y percibir que ya durante el primer año de trabajo aquélla ha sido un aporte provechoso que les ha permitido avanzar. En esos casos suele haber ya equipos dentro del establecimiento que han comenzado un proceso de reconocimiento y reflexión crítica sobre cómo autogestionar sus prácticas educativas para mejorar sus resultados.

Hay un segundo grupo de establecimientos donde se piensa que esta mejora no ocurrirá. Resultan ser colegios en los que aún no se observan avances en el trabajo de la asesoría, y que tienden a considerar que sus problemas van más allá de las posibilidades de apoyo técnico (e incluso más allá del propio establecimiento: familias, entorno comunitario, sostenedor, MINEDUC). Hay una cierta inercia en el modo de abordar el problema educacional en muchos de ellos: el cuerpo docente y directivo tiende a externalizar la culpa de los malos resultados, lo que dificulta la responsabilización y por lo tanto la reflexión sobre posibles mejoras en la propia práctica. Las resistencias se mantienen o sencillamente se adopta una actitud pasiva respecto de las siguientes etapas de la estrategia.

En este grupo de establecimientos también está presente un factor que hace referencia a la historia y experiencias previas con otros programas ministeriales. En algunos casos, la resistencia de los docentes no responde solamente a un asunto de poder e intereses corporativos, sino también al fenómeno de la "desesperanza aprendida", una falta de motivación y expectativas positivas que se originan en un largo historial de intervenciones fallidas. Muchos de los actores entrevistados piensan que esta estrategia de apoyo será un programa más del Ministerio,

el que, de acuerdo a su experiencia, no tendría efecto alguno en los resultados educacionales o las prácticas pedagógicas.

**"Lo que pasa es que de repente uno se cansa, ¿te das cuenta? (...) A mí me dio lo mismo, porque... te digo, me dio lo mismo porque nosotros somos focalizados hace hartazos años, entonces le cambiaron el apellido no más. Es lo mismo."**

(Profesor, enseñanza media, Región Metropolitana)

**"Es una escuela que tiene mucha historia de programas que empiezan y se retiran (...) en ese sentido, es una escuela muy dañada, le cuesta creer en una institución."**

(Profesional institución asesora, enseñanza básica, Región de Bío-Bío)

A su vez, se observan establecimientos donde predominan expectativas inciertas o contradictorias. Esto responde especialmente al cambio que introdujo la aprobación de la ley de subvención educacional preferencial para los colegios de enseñanza básica. En el momento del estudio, se temía que esta ley interrumpiera la estrategia tal como venía implementándose hasta la fecha. A veces la incertidumbre también se vincula con la proximidad de la jubilación de muchos de los directores y jefes de UTP de los establecimientos prioritarios, pues se cree que en el momento de su retiro el trabajo realizado se perderá y se deberá comenzar desde cero con quien lo reemplace. La falta de certeza impide adoptar el sentido de largo plazo necesario para coordinar las acciones tendientes al cambio.

## Factores que dificultan o facilitan el proceso de cambio

El objetivo principal de la estrategia de asesoría a establecimientos prioritarios es lograr que aquellos que presentan dificultades de rendimiento y atienden a población en situación de pobreza logren organizarse y reflexionar sobre sus propias prácticas, para llegar en forma autónoma a la formulación de un plan de autogestión que los saque adelante. La descripción de la implementación del programa ha mostrado que, aun partiendo desde las prácticas, el proceso de cambio está lleno de dificultades y que se tiene que dar una serie de condiciones facilitadoras, condiciones que no se pueden dar por supuestas sino que requieren ser trabajadas y orientadas.

En varios establecimientos es notoria la dificultad de un programa como éste para remover juegos de identidad arraigados en el ámbito educacional, donde las imágenes recíprocas no se alteran, y los actores involucrados están llenos de desconfianza y temor a ser desbancados de su rol. Mientras algunos piensan que serán reemplazados y que perderán su trabajo, otros consideran que este apoyo y la crítica que

necesariamente lo acompaña implican una deslegitimación de su papel y su labor; se sienten cuestionados en su capacidad profesional.

**"A nadie le gusta que se le vengán a meter, porque se supone que tú estudiaste y que te las sabes todas."**

(Profesor, enseñanza básica, Región de Bío-Bío)

A esto se agrega la tendencia a externalizar la culpa atribuyéndose la responsabilidad a aspectos tales como la complejidad y vulnerabilidad del entorno, familias ausentes y con bajo nivel educacional, y alumnos complicados.

**"... vaya y conozca al alumnado y desde ahí parte para adelante (...) cada cual hace lo mejor que puede con su labor."**

(Profesor, enseñanza básica, Región Metropolitana)

En ese sentido, hay un grupo de actores de la comunidad escolar al que le cuesta reconocer la necesidad de modificar sus prácticas de enseñanza, porque no percibe al establecimiento como

una entidad capaz de incidir sobre los logros de sus alumnos, y entonces no constituye un proyecto pedagógico de largo plazo. Sumado a ello, cuestionan el conocimiento y la capacidad de una asesoría externa, que viene del mundo académico, desestimando la utilidad y pertinencia de sus programas porque no cuentan con el conocimiento práctico de educar en pobreza.

Esta desconfianza se ve reforzada en aquellas situaciones en que la asesoría adopta un modelo de acercamiento vertical y centralista, como han sido muchos de los programas públicos que han llegado en el pasado a este tipo de establecimientos educacionales. Ese modelo de acercamiento le da poca cabida a la participación real y a la validación del conocimiento adquirido en el nivel organizacional, generando mayores resistencias de parte de la comunidad escolar. Además, en estas situaciones se refuerza la desesperanza aprendida, esto es, las expectativas pesimistas frente a una política pública que se percibe como una más entre muchos intentos similares.

La poca claridad y el conflicto histórico en la definición de roles entre los distintos niveles ministeriales, el sostenedor y los establecimientos reprodujo atribuciones y definiciones ambiguas para esta estrategia en particular, donde cada actor termina actuando según sus propias estrategias de poder e interés, ahondando en las desconfianzas y contradicciones antes que en la búsqueda de complementariedad. En este sentido, faltaron atribuciones y mecanismos de exigibilidad que dejaran claras las responsabilidades de cada cual.

El que lleva el control sobre las atribuciones y responsabilidades de las instituciones asesoras termina siendo el Ministerio. Sin embargo, dicho control no es suficiente en la medida en que no hay claridad de roles: no se sabe quién rinde cuentas a quién y sobre qué. No existen medios para que la institución asesora fiscalice formalmente a la escuela, como tampoco para exigirle al establecimiento el correcto cumplimiento del plan de asesoría. Tampoco el establecimiento toma acciones concretas y formales

en aquellos casos en que las reuniones pactadas no se realizan por inasistencia de los asesores, o cuando directamente no tienen asesores en alguna de las áreas de trabajo. El Ministerio, en su nivel central, es un agente totalmente ajeno a las interacciones organizacionales. Asociado a lo anterior, se observan comprensiones disímiles del sentido de la estrategia y sus instrumentos, porque muchas veces los juegos de información han sido débiles o se han distorsionado.

El programa tampoco transmite incentivos claros para realizar las acciones estipuladas por la estrategia, tanto en forma de premiaciones como de sanciones. En el caso del equipo escolar, se tiene una situación en la cual aumenta la carga laboral mientras que la remuneración y sus otras funciones permanecen estables. A su vez, no existen medidas para que puedan sancionar los incumplimientos de las instituciones asesoras; tanto así que el nivel central del MINEDUC ni siquiera cuenta con la información ni los mecanismos necesarios para enterarse de posibles incumplimientos.

El proceso tampoco ha sido dotado de todos los recursos que serían necesarios para ejecutar un tipo de asesoría como la que muchos de estos colegios necesitan. Aquí se puede observar una cultura de austeridad del sector público en la que se trabaja con pocos recursos, lo que muchas veces afecta las prácticas de implementación de las políticas e incluso puede distorsionar los objetivos o intenciones originales del programa.

El seguimiento de la estrategia revela que hay escuelas y liceos que no cumplen con un piso mínimo de funcionamiento para hacer viable la asesoría. Las situaciones que ejemplifican estos casos en que los problemas trascienden las posibilidades de acción de un equipo de asesores son diversas: escuelas y liceos que no se encuentran normalizados, donde ni directivos ni docentes ni administrativos ni alumnos cumplen normas y reglas básicas; otros que carecen de liderazgo directivo; otros donde las luchas de poder y los conflictos agudos obstaculizan cualquier intento de trabajo en equipo. Esta falta de recursos refleja también las propias inercias que aca-



area el sector público en la definición de los procesos de implementación de políticas, lo que, unido a un mercado de asistencia técnica en educación muy restringido y escaso, lo llevó a operar con instituciones con muy poca experiencia en este tipo de trabajo.

Todos estos problemas de implementación reflejan en parte la dificultad de llevar a cabo políticas públicas innovadoras con los mismos actores que han venido trabajando en el ámbito educativo desde hace años.

A pesar de esta debilidad institucional, se observaron casos en los que el proceso parece encaminarse de la manera esperada. Uno de los factores esenciales para impulsar un proceso de cambio en el nivel organizacional es el establecimiento de mecanismos de gobernanza (autoridad legitimada, instancias de canalización del conflicto, mecanismos de coordinación) en la propia interacción, aunque el diseño de la estrategia no los contenga. Ello ocurre cuando el equipo asesor logra conectarse de modo más fluido con el equipo escolar, habitualmente después de haberse establecido lazos de confianza entre el equipo asesor y un líder de la comunidad escolar que asume un papel de bisagra, y así se logra establecer en conjunto mecanismos válidos de

coordinación. Por lo mismo fue facilitador que los asesores tuvieran una cara visible y estable dentro del colegio o liceo, que se crearan mecanismos de transmisión del sentido de la estrategia y de las actividades planificadas, y que hubiese participación y validación del conocimiento práctico acumulado en el establecimiento.

Todos esos factores contribuyen a la legitimación recíproca necesaria para asentar los procesos de coordinación, la autoridad y un sentido para el trabajo conjunto. El plan de asesoría debe integrarse en la realidad y dirigirse a las necesidades específicas del establecimiento. Nadie mejor que los propios actores escolares para conocer su realidad; y son ellos mismos los que deben gestionar el cambio. Este tipo de coordinación es más fácil que se dé en aquellos colegios donde ya había un equipo o algunos actores que habían incorporado la idea de reflexionar sobre sus propias prácticas como algo necesario y válido. Pero la generación de confianzas e imágenes recíprocas que legitiman el saber del otro es fundamental para avanzar. Al tener claridad sobre el sentido del trabajo, el beneficio que significa para el establecimiento y la responsabilidad que le cabe a cada uno en el proceso, la estrategia se transforma en un proyecto colectivo y deja de ser una imposición externa escasamente legitimada.

## Conclusiones

---

La observación de dos prácticas en los ámbitos públicos de la salud y la educación ha permitido mostrar tanto los juegos que ocurren en esos espacios como las características de los entornos institucionales y de la subjetividad de los actores que favorecen la aparición de esos juegos. Una política o un programa que afecta a relaciones sociales no puede prever en su diseño todas las circunstancias que determinarán finalmente los procesos que se llevarán a cabo y los resultados que se alcanzarán. No existe una fórmula técnica que convierta automática y mecánicamente los insumos e intenciones en realizaciones efectivas.

Lo que existe en la realidad, junto a los diseños e incentivos de las políticas públicas, son actores y prácticas que transforman la realidad dentro de ciertos entornos que sirven de marco a sus acciones.

Aun cuando, como se vio en el análisis precedente, es la interacción de los distintos factores del entorno y de las prácticas la que produce los resultados observados, para efectos de la exposición de estas conclusiones se resaltarán en primer lugar el rol del entorno que enmarca las prácticas de los actores. En este plano se advierten algunos

problemas. Uno de ellos radica en la definición u operación de los mecanismos de exigibilidad. Unas veces el propio diseño no los establece; otras, los dispositivos diseñados no funcionan de acuerdo a lo esperado. Un factor relevante en este problema es la disponibilidad o ausencia de información.

Por ejemplo, ante la imposibilidad de establecer un flujo de información respecto a lo que ocurre en terreno con el proceso de asesoría a establecimientos prioritarios, el monitoreo debe realizarse a través de informes escritos que son un pobre sustituto de esa información. Esta forma de monitoreo tiene la dificultad adicional de que requieren estandarizar las intervenciones, de modo de hacer posible monitorearlas, con lo que se arriesga la adaptación a la realidad de cada establecimiento. Otro ejemplo de problema de información es que, aun cuando en el programa AUGÉ se consideraron mecanismos de exigibilidad en el diseño, éstos no operaron como estaba previsto. Los protocolos y las garantías establecieron indicadores mensurables y verificables. Sin embargo, el sistema de información (SIGGES) diseñado para que la información fluya hasta la Superintendencia de Salud —organismo responsable de la fiscalización y de hacer exigible el cumplimiento de las garantías—, no funcionó como se esperaba. Así, dados los recursos y atribuciones con que cuenta, la falta de información parece constituir una dificultad para que la Superintendencia de Salud pueda cumplir cabalmente con su rol.

Otra forma de hacer exigible lo estipulado, utilizada por diferentes políticas y programas, es empoderar a los usuarios de los servicios públicos, transformándolos en una fuente de control y de presión por calidad o cumplimiento de garantías. Sin embargo, este cambio de beneficiarios ya sea a titulares de derechos (en el caso del AUGÉ) o a clientes de una consultoría (en el caso de educación) requiere crucialmente de canales de comunicación que transmitan la información para que ésta pueda ser procesada adecuadamente por los usuarios. A pesar de que el AUGÉ contempla como elemento central el traspaso de información sobre derechos a los

usuarios del sistema y obliga por ley al centro médico a notificar al paciente de estos derechos, esto a veces no ocurre. Los otros medios de comunicación de las garantías de salud también presentan limitaciones. Asimismo, en el programa de establecimientos prioritarios hubo problemas de transmisión del sentido de la estrategia hacia la comunidad escolar y del rol que ésta debía cumplir frente a la institución asesora.

Otro de los problemas provenientes del entorno de la política pública en Chile es la arraigada cultura estatal centralista y vertical. A pesar de los intentos por modificarla, como son las políticas observadas en esta parte del Informe, ella revela una inercia y resistencia a nivel de prácticas. Así, hubo casos de establecimientos asesorados en que los actores del nivel regional del MINEDUC o de los establecimientos educacionales no se sintieron invitados a participar, sino que percibieron la asesoría como una imposición desde el nivel central. Del mismo modo, hubo casos en que el equipo escolar se sintió subvalorado y poco reconocido por equipos asesores que no les dieron suficiente espacio de participación y no validaron los procesos de diagnóstico y planes de asesoría con ellos. En la inercia de la cultura centralista y jerárquica influye el hecho de que quienes eran actores centrales en las prácticas previas del sector son a veces los mismos encargados de llevar a cabo su transformación.

Muchos de los actores que participan en el actual cambio de prácticas en salud y educación poseen una fuerte identidad profesional heredada de la larga tradición de sus profesiones. Los docentes que trabajan en sectores de pobreza y los equipos de salud valorizan tanto su conocimiento experto como su conocimiento práctico. Además, estas identidades y esos conocimientos han tendido históricamente a organizarse como fuentes de posiciones jerárquicamente muy desiguales, especialmente respecto de los usuarios de los servicios. Las políticas analizadas han impactado sobre estas jerarquías y esos poderes tradicionales. Tanto los protocolos del AUGÉ como la asesoría educacional externa pueden percibirse como cuestionando el conocimiento práctico de los profesionales que ejecutan las

acciones. Tanto los protocolos como el empoderamiento de los usuarios generan una mayor horizontalidad en la atención de salud. No es de extrañar entonces que surjan los juegos de identidad observados en la práctica.

También en el nivel de las organizaciones y de los actores que participan en las prácticas, puede observarse en algunos casos ausencia o debilidad de los mecanismos de gobernanza, específicamente en aquello que se refiere a instancias de coordinación o la definición de autoridad, responsabilidad y atribuciones de los distintos actores. Estos mecanismos contribuyen a que las acciones tengan un grado de coordinación acorde con los fines de la política pública. De esta manera aumentan la probabilidad de que los resultados esperados se concreten. En el caso de los establecimientos prioritarios no se observaron mecanismos que obliguen al equipo escolar a participar o cumplir su parte del plan de asesoría, ya que el Ministerio de Educación no tiene una línea de autoridad definida hacia el equipo escolar o hacia el sostenedor. La falta de precisión de roles y atribuciones, o la poca claridad de las comunicaciones, llevó a que supervisores, sostenedores y equipos directivos orientaran sus acciones según principios e intereses muy diversos y, a veces, incluso contradictorios. Eso marca sus formas de involucramiento en las actividades del programa, desde la renuencia hasta actitudes muy proactivas para aprovechar el plan de asesoría.

Las debilidades o incoherencias de los factores institucionales que definen el entorno de las prácticas empujan a los actores a desarrollar estrategias adaptativas o a aprovechar tácticamente las indefiniciones. Algunos actores se adaptan y "parchan" los vacíos; otros terminan haciendo más de lo que el diseño les atribuye con el fin de "sacar" el sistema, como es el caso del personal de salud de rango intermedio en muchos hospitales públicos. En otros casos, los liderazgos y carismas personales proveen marcos de orientación y de coordinación que suplen las carencias del sistema formal. Así, por ejemplo, el liderazgo de miembros del equipo directivo de algunos establecimientos prioritarios permite

establecer instancias de coordinación que facilitan el desarrollo y cabal aprovechamiento de las actividades de la asesoría.

Se pudo observar también que en aquellos casos donde se imponen nuevas responsabilidades a algunos actores, pero esta definición no se acompaña de incentivos que motiven a asumirlas, los demás participantes de la práctica pueden rehuir el exigir esas responsabilidades. En algunos casos observados, médicos y profesores deben tomar nuevas responsabilidades sin que se les ofrezcan incentivos monetarios o recompensas de otro tipo por ello. Esto dificulta que otros actores —otros miembros de los equipos de salud y los asesores externos— se sientan cómodos para exigir el cumplimiento de esas nuevas responsabilidades. Es importante destacar que el tipo de incentivos que recibe una función no afecta sólo a su ejecutor directo, sino que orienta también a aquellos que ejercen roles complementarios.

Lo anterior alude a ciertos rasgos comunes en el diseño institucional de incentivos. Éstos tienden a dirigirse a las organizaciones como un todo y no tienen una traducción específica hacia los encargados de implementar los cambios. En el caso del programa AUGE, los equipos de salud no perciben incentivos o castigos monetarios por los resultados de sus gestiones, que en cambio tienen efecto sobre la situación financiera de los hospitales. Por supuesto, los incentivos monetarios a los actores no siempre son una buena estrategia, pero es difícil comprometer la motivación de los agentes que deben desarrollar el cambio sin algún tipo de incentivos.

Las diferentes configuraciones de factores institucionales, como los recién señalados, condicionan el tipo de juegos prácticos que pueden desplegarse pero no los determinan. Dentro de ese marco hay muchas acciones posibles y ello depende de los factores subjetivos e inerciales en juego. Entre éstos se puede mencionar la no apropiación del sentido de la política o programa por parte de los participantes. A veces esto es un efecto de las estrategias de comunicación, y otras, de las identidades tradicionales de los participantes; la mayor parte de las veces es el

efecto combinado de ambos: las cosas se comunican débilmente y las identidades reales son refractarias a lo comunicado. También influyen la falta de legitimidad otorgada por unos actores de la práctica hacia los otros, la desconfianza y la desesperanza aprendida que sigue a experiencias anteriores fallidas.

A pesar de que en el contexto de las instituciones y subjetividades que enmarcan las prácticas estudiadas surgen muchos juegos de actores que tienden a ser un obstáculo en la realización de las oportunidades representadas por la política pública, también hay allí elementos facilitadores. Esto pudo apreciarse en establecimientos prioritarios donde emergieron mecanismos de gobernanza desde la propia práctica a raíz de una interacción más fluida entre los actores involucrados en el nivel organizacional. Esto se dio por la conjunción de factores facilitadores, como el consenso preexistente en la organización escolar de la necesidad de reflexionar y actuar sobre la propia práctica, la presencia de un líder en el equipo directivo del establecimiento capaz de actuar como bisagra entre este proyecto y el de asesoría, una contraparte estable y legitimada de la asesoría en el establecimiento. La presencia de estos factores facilitó la generación de confianzas y la coordinación de actividades. Esto se vio reforzado positivamente

por un equipo asesor que llegó con una propuesta de trabajo más horizontal, otorgando espacios de participación y retroalimentación que validaban el conocimiento práctico de los docentes, y presentando el sentido de la estrategia de modo transparente y ordenado. La suma de esos factores hizo que desde la práctica emergiera un proceso de legitimación recíproca que permitió que se definieran responsabilidades mutuas y se realizaran las necesarias coordinaciones.

Sería importante que este tipo de procesos se comprendiera de modo más claro antes de comenzar los procesos de implementación de políticas públicas. Por ejemplo, aunque siempre habrá problemas y dificultades contingentes al momento de ejecutar una estrategia, se pueden considerar de antemano mecanismos de gobernanza adecuados, que faciliten la coordinación y la resolución de conflictos. Cuando las dinámicas de las prácticas específicas del ámbito donde se quiere influir no son bien comprendidas y consideradas, el objetivo original de la política puede terminar distorsionado y los procesos que se desencadenen pueden producir efectos no deseados. Este acercamiento permite tanto mejorar el diseño inicial de programas como retroalimentar la implementación de los programas en curso.