

Liderazgo Participativo en las Tramas Asociativas Locales

Marcelo Sánchez-Oro Sánchez ¹
Rocío Blanco Gregory ²

Fecha Recepción: 15/07/2012

Fecha aceptación: 30/08/2012

Resumen

El artículo da cuenta de los resultados de una investigación que analiza el tipo de liderazgo que prevalece en las tramas asociativas locales y cómo influye en el funcionamiento de las asociaciones y en las relaciones con la administración local. Para ello se encuestó a los líderes asociativos de la ciudad de Cáceres, España. Los resultados develan el protagonismo de los líderes benevolentes como más recurrente que el de los participativos, dicotomía que recorre la clasificación de los líderes estudiados a todo lo largo del estudio. El mayor protagonismo de líderes benevolentes indicaría un handicap contra las nuevas formas de gobernanza relacionadas con la participación ciudadana y su propio desarrollo. Se ahonda en las características de la acción de ambos tipos de líderes, el campo de actuación de las asociaciones de las cuales proceden, sus relaciones con la administración local y otros aspectos correspondientes al contexto en el cual se desenvuelven.

Palabras claves: Liderazgo participativo, participación ciudadana, desarrollo local, élites cívicas.

Abstract

The article informs the results of an investigation that analyzes the kind of leadership that prevails in the associative local plots and how it influences the functioning of the associations and its relations with the local administration. For this purpose, the associative leaders of the city of Cáceres, Spain were polled. The results reveal the leading role of the benevolent leaders as more appellant than those of the participant leaders, a dichotomy that crosses the classification of the leaders studied all along the study. The benevolent leaders' biggest leading role would indicate a handicap against the new forms of governance in relation to civil participation and its own development. It grows deeper in the characteristics of the action of both types of leaders, the field of performance of the associations they come from, theirs relations with the local administration and other

1.- Prof. Contratado Doctor de la Universidad de Extremadura, Área de Sociología, Facultad de Empresariales y Turismo. Correo: msanoro@unex.es

2.- Prof. Colaborador de la Universidad de Extremadura, Área de Sociología, Facultad de Empresariales y Turismo. Correo: rblanco@unex.es

aspects corresponding to the context in which they manage.

Key words: Participative leadership, citizen participation, local development, civic elites.

Resumo

O artigo da conta dos resultados de uma investigação que analisa o tipo de liderança que prevalece nos tecidos associativos locais y como influi no funcionamento das associações e em relações com a administração local. Para isso se perguntou aos líderes associados a cidade de Cáceres, Espanha. Os resultados revelam o protagonismo dos líderes benevolentes como más frequente que os participativos, dicotomia que recorre a classificação dos líderes estudados durante o estudo. O maior protagonismo dos líderes benevolentes indicaria um handicap contra as novas formas de governar relacionadas com a participação dos cidadãos e seu próprio desenvolvimento. Se aprofunda nas características da ação de ambos tipos de líderes, o campo de atuação das associações das quais precedem, suas relações com a administração local y outros aspectos correspondentes ao contexto no qual se desenvolvem .

Palavras-Chave: Liderança, participativo, participação dos cidadãos, desenvolvimento local, elites cívicas.

Introducción

Este artículo tiene por objetivo dar a conocer el tipo de liderazgo que se corresponde con las tramas asociativas de ciudades de tamaño medio, en este caso, la ciudad de Cáceres, España. También se pretende describir las características que tienen estos liderazgos, centrándose en un tipo concreto, el participativo. Además, se realiza una aproximación al análisis de relaciones que se establecen entre diversos modelos de liderazgos y las asociaciones en las que éstos se encuadran. De este modo se estudiaron las características de la acción que despliegan los líderes asociativos y las relaciones que establecen con la administración local. Sus contenidos son parte de la investigación sobre el movimiento Asociativo de Cáceres, denominada Movimiento asociativo de Cáceres: liderazgo, participación y capital social, encargada por el Ayuntamiento de Cáceres a la Asociación de Ciencias Sociales de Extremadura (ACISE), el año 2010 y realizada con la participación de los autores del mismo.

La hipótesis que subyace a este estudio y que se ha visto confirmada en su desarrollo es que en determinado tipo de tramas asociativas predomina un liderazgo benevolente.

En cuanto al aspecto metodológico, para el estudio de los tipos de líderes en

3.- El mayor número de no respuestas correspondió a las asociaciones de vecinos.

4.- El puntaje aplicado es el siguiente: si la posición del entrevistado es en contra del enunciado propuesto se le otorga esa respuesta 1 punto; si está totalmente a favor del enunciado se le otorgaron 4 puntos. Cabía la posibilidad de tomar posiciones intermedias: 2 puntos, algo en contra y 3 puntos, algo a favor. La suma total de puntos en cada categoría es de 40 puntos.

el movimiento asociativo se tuvo a la base un cuestionario, el cual fue enviado a las 237 asociaciones de Cáceres, España, ciudad en la que se aplica este modelo de análisis. Se consiguió entrevistar a 218 asociaciones, el 92 % el total.³

Las preguntas que se hicieron corresponden a una reelaboración de las propuestas hechas por Pérez del Villar y Torres Medina (1999:32), a partir de enunciados concretos referidos a dilemas sobre la dirección de personas, y fueron incluidas en un cuestionario más amplio, tipo ómnibus, llevado a cabo por Participación Ciudadana, en 2010. En el cuestionario se solicitaba las opiniones de los dirigentes, expresadas en relación con el grado de acuerdo o desacuerdo⁴ con los enunciados allí señalados. Diez de estos enunciados corresponden a la teoría X (postulados autoritarios) y otros diez a la teoría Y (postulados participativos), según la tipología organización alenunciada por Douglas McGregor (1960).⁵

La segmentación del universo muestral permitió llevar a cabo el análisis relacional de variables en función de los tipos de líderes y, consiguientemente, extraer conclusiones oportunas para tramas asociativas existentes.⁶

I. Categorización de los Líderes Asociativos Locales

La respuesta de los líderes asociativos a las diferentes proposiciones del eje teoría X (líder autoritario) y teoría Y (líder participativo) es la base de la segmentación del universo muestral.

A continuación se muestra el resultado de las respuestas a las preguntas sobre liderazgo (Tablas N° 1 y 2).

Tabla N° 1. Distribución porcentual (%) que toma cada enunciado de la teoría X (Líder Directivo), a partir de la información de los líderes de las asociaciones de Cáceres (n= 218).

Dilemas planteados referidos a la Teoría X y orden en que se plantean al encuestado.	NC	En contra totalmente, es un error	En contra	Algo de Acuerdo	De acuerdo totalmente, es cierto
3. Es natural que la gente no trabaje cuando el jefe (el líder) no está presente.	2.8	46.3	29.8	18.8	2.3
4. La gente, si tiene más información de la estrictamente necesaria para su trabajo, hace un mal uso de ella.	3.2	30.3	39.9	18.3	8.3
5. Si la gente no demuestra imaginación ni ingenio en el trabajo es porque carece de estas capacidades.	3.2	24.3	43.6	21.1	7.8
6. La gente tiende a relajarse si no se castigan las faltas.	2.8	25.2	29.8	31.2	11.0

5.- El puntaje aplicado es el siguiente: si la posición del entrevistado es en contra del enunciado propuesto se le otorga esa respuesta 1 punto; si está totalmente a favor del enunciado se le otorgaron 4 puntos. Cabía la posibilidad de tomar posiciones intermedias: 2 puntos, algo en contra y 3 puntos, algo a favor. La suma total de puntos en cada categoría es de 40 puntos.

6.- La distribución por socios de las asociaciones de Cáceres es, grosso modo, la siguiente: aproximadamente el 60 por ciento de las asociaciones analizadas tienen menos de 150 socios, un 32 por ciento tienen entre 150 y 600 socios y casi un 10 por ciento de las asociaciones están compuestas por más de 600 socios.

9. <i>El prestigio de un jefe aumenta cuando es firme y mantiene sus decisiones.</i>	2.3	15.1	28.0	32.1	22.5
10. <i>Si uno que no es jefe tiene que marcar los objetivos, se los marcará bajos, para trabajar menos.</i>	2.8	34.4	38.5	19.7	4.6
15. <i>Dar responsabilidades a otros debilita a la organización y provoca desorden y líos.</i>	2.8	44.0	33.9	14.7	4.6
16. <i>La autoridad es el medio más eficaz para que las cosas se hagan.</i>	2.8	28.9	32.1	29.4	6.9
17. <i>La autoridad es un don que poseen sólo ciertas personas.</i>	2.8	25.7	24.3	36.2	11.0
19. <i>El principal problema para delegar funciones es la falta de iniciativa de la gente.</i>	2.8	38.5	41.3	15.1	2.3

Fuente: Elaboración propia.

Según se observa en la Tabla N° 1, la mayor parte de los encuestados se muestran contrarios a los postulados de la teoría X. La mayoría expresa posiciones contrarias a estas propuestas (totalmente+algo en contra), excepto para los enunciados número 6 (castigo de faltas), número 7 (prestigio del jefe) y número 17 (la autoridad es un don).

La Tabla N° 2 presenta la distribución porcentual de las respuestas a los enunciados de la teoría Y.

Tabla N° 2. Distribución porcentual (%) que toma cada enunciado de la teoría Y (hábil social, participativo), a partir de la información de los líderes de asociaciones de Cáceres (n= 218).

Dilemas planteados referidos a la teoría Y, y orden en que se plantean al encuestado.	NC	En contra totalmente, es un error	En contra	Algo de Acuerdo	De acuerdo totalmente, es cierto
1. Las personas no trabajan <i>cuando no tienen motivos</i> para hacerlo.	3.7	21.1	33.0	24.3	17.9
2. Si las personas <i>tienen toda la información</i> que desean, mejoran sus actitudes y son más responsables.	2.8	4.1	17.4	26.6	49.1
7. La gente tiende a superarse si <i>se controla</i> sí misma.	3.2	3.7	9.6	45.9	37.6
8. La mayoría de <i>la gente es creativa</i> , pero no puede demostrarlo por culpa de los jefes y del trabajo que tienen que hacer.	3.2	23.9	31.2	33.9	7.8

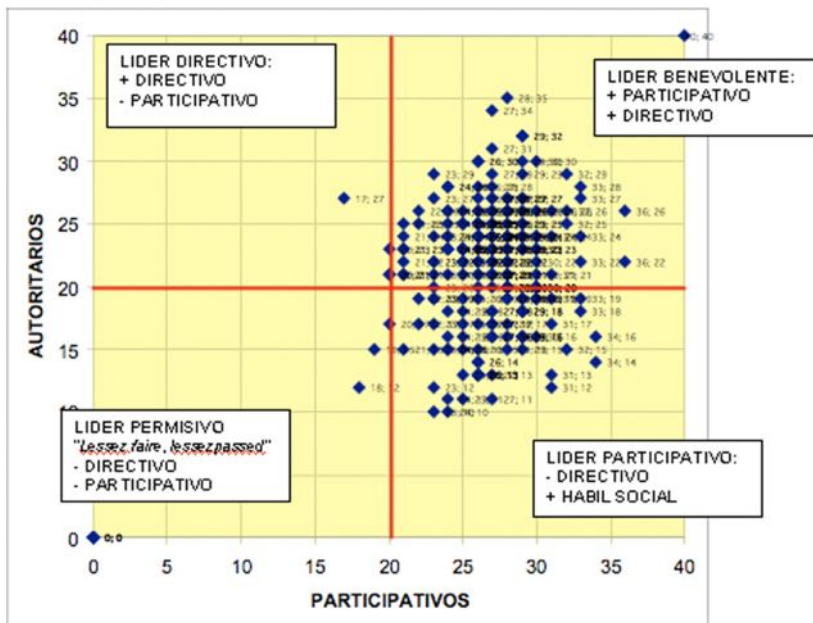
11. A la gente le preocupa más hacer un trabajo interesante que el dinero.	2.8	11.0	22.9	43.1	20.2
12. Un buen líder es el que admite un error y da la razón a un subordinado.	2.3	1.4	10.6	22.5	63.3
13. Cuanto más <i>dejas hacer a los/as empleados/as</i> , menos hay que controlarles.	2.3	9.2	21.1	43.6	23.9
18.El papel de una persona que tiene autoridad es, sobre todo, estar a disposición de la gente.	2.3	6.0	11.0	41.3	39.4

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar, al contrario de lo que ocurre con la batería de enunciados referidos a la teoría X, la mayor parte de los entrevistados está a favor de los postulados que se proponen. La opción que tiene menos apoyos es la número 1 (motivos para trabajar).

Llevadas ambas distribuciones a un diagrama de ordenadas y abscisas, se observa la dispersión de las posiciones de los líderes del movimiento asociativo de Cáceres respecto a las tipologías de liderazgo X e Y.

Gráfico N° 1. Diagrama de dispersión relativo a tipos de liderazgo en las asociaciones de Cáceres (N=218)



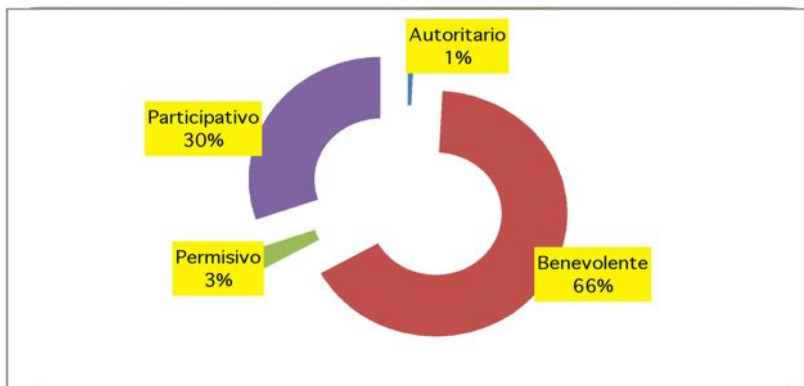
Fuente: Elaboración propia.

A partir de la intersección de estas posiciones en el diagrama de dispersión, se obtiene la disposición de los líderes en un modelo más complejo y, por tanto, más matizado, el cual contiene cuatro tipologías: el líder directivo-autoritario (0,9 %), el líder benevolente (en este cuadrante se ubica la mayor parte de los informantes, el 66.1%), el líder permisivo (encuentra poca representación, apenas un 2.8%) y el líder participativo, que obtiene una relevante adhesión del 30.3% de los informantes).

Consiguientemente, una primera constatación es la baja presencia de dos de los cuatro tipos de liderazgos en la trama asociativa: el autoritario y el permisivo. La irrelevancia de estos modelos hay que atribuirlos, en nuestra opinión, a las características específicas de las organizaciones analizadas: asociaciones voluntarias, no lucrativas, que se constituyen para llevar a cabo fines eminentemente sociales, culturales, recreativos y representativos. Probablemente si analizáramos organizaciones productivas, la distribución de líderes sería muy diferente.

El Gráfico N° 2 ilustra la distribución de tipos de líderes en función de la categorización de Likert, en la que, como se ha comentado, más de la mitad (66%) son del tipo benevolente-paternalista.

Gráfico N°2. Distribución porcentual (%) de tipología de líderes del movimiento asociativo de Cáceres (n:218)



Autoritario	0,9
Benevolente	66,1
Permisivo	2,8
Participativo	30,3

Fuente: Elaboración propia.

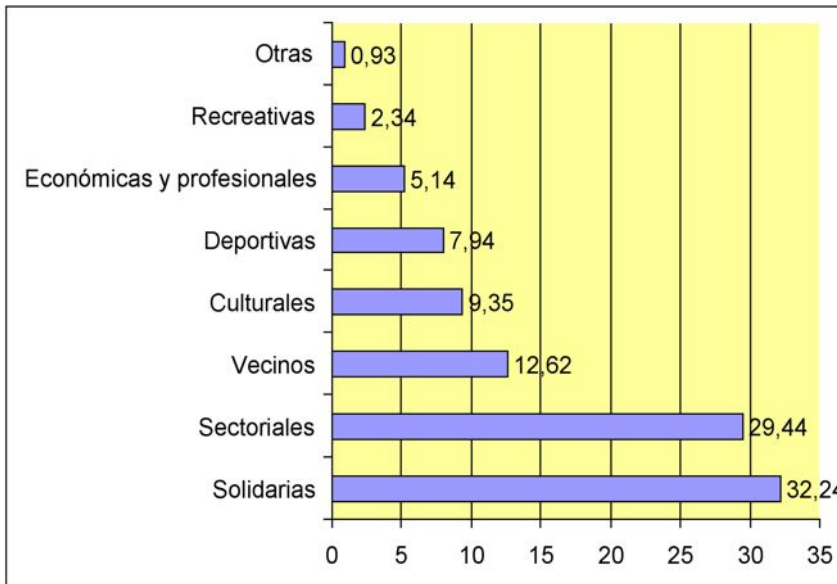
A partir de estas clasificaciones, es posible ahondar en las características de la acción de los líderes encuestados. Se trata de abordar cuestiones como las relaciones entre el tipo de liderazgo y el campo de actuación de las asociaciones en las que trabajan, los años que vienen ejerciendo como líderes asociativos, las características en cuanto

al sexo, nivel de estudios y al tiempo dedicado a las asociaciones a las que pertenecen. Posteriormente, se aborda la dialéctica entre los modelos de liderazgo y los contextos participativos.

2. Características de los Líderes Asociativos

La distribución del tipo de asociaciones en Cáceres, tal como se muestra en el Gráfico N° 3, sigue una pauta de desarrollo similar a la de las ciudades de tipo medio en España (Navarro, 2000:21): el 32 % de las asociaciones son asociaciones solidarias⁷, seguido de un 28 % que son de tipo sectoriales (tercera edad, mujer, jóvenes, etc.) y las asociaciones de vecinos (en adelante AA.VV.), que representan el 12 % del total.

Gráfico N° 3. Distribución porcentual del tejido asociativo de Cáceres, según tipo (n=218)



Fuente: Elaboración propia.

La Tabla N° 3 muestra la distribución de la tipología de líderes según el campo de actuación de las asociaciones. En función de este criterio, son las organizaciones de tipo recreativo y las de carácter sectorial las que agrupan un mayor porcentaje de líderes benevolentes: el 75% en cada caso. En tercer lugar se sitúan las asociaciones solidarias, con un 70% de esta tipología de líderes.

7.- En la categoría de asociaciones solidarias se incluyen los siguientes subtipos: salud y acción socio sanitaria, socioeducativas, acción social (ONG), integración de discapacitados, cooperación para el desarrollo, protección civil, promoción del desarrollo comunitario y otras. Por su parte, la categoría de asociaciones sectoriales incluye los siguientes subtipos: asociaciones de tercera edad, jóvenes, mujeres, asociaciones de madres y padres de alumnos (AMPAS) e inmigrantes y minorías étnicas.

Entre las AA.VV. se observa una menor diferencia entre los líderes benevolentes y los participativos (14,9%). Se trata, por tanto, de liderazgos más polarizados que en el resto de las organizaciones. ¿A qué se debe esta mayor polarización de la estructura de liderazgos en el caso de las AA.VV.? En principio, la explicación estaría dada en función de la orientación política de los dirigentes de unas u otras AA.VV., circunstancia que no cabe esperar en el resto de organizaciones. En tal sentido, se suscribe el criterio sostenido por Navarro (2000:21,22), según el cualse constata un alto grado de superposición entre asociaciones vecinales y partidos políticos, sobre todo durante los primeros años de la transición y consolidación democrática en España, pero que sigue presente actualmente y más en sus estructuras directivas. En cambio, la superposición entre partidos y asociaciones de nuevo cuño es mucho menor.

En las asociaciones que tienen como campo de actuación la actividad económica y profesional⁸, no se da esta dicotomía: los líderes participativos representan el 60% de los encuestados. En el caso de estas asociaciones, el peso de la variable nivel de estudios de los líderes es determinante, ya que el 63% de los mismos tiene título universitario.

Tabla N° 3. Campo de actuación de la Asociación * Tipo de Líder (%) (n= 215)

Campo de actuación de la asociación	Tipo de Líder				Total
	<i>Autoritario</i>	<i>Benevolente</i>	<i>Permisivo</i>	<i>Participativo</i>	
Asociación de Vecinos	0.0	55.6	3.7	40.7	100
Asociación Cultural	4.5	63.6	0	31.8	100
Asociación Recreativa	0	75	25	0	100
Asociación Deportiva	0	47.4	5.3	47.4	100
Asociación Solidaria	0	70.8	1.5	27.7	100
Asociación Sectorial	1.5	75.4	3.1	20	100
Asociación Económica y Profesional	0	40	0	60	100
Otras	0	33.3	0	66.7	100
Total	2	2	141	6	66
	0.9	0.9	65.6	2.8	30.7

Fuente: Elaboración propia.

Otra variable que caracteriza el tipo de liderazgo son los años que el líder lleva ejerciendo funciones directas en la asociación. La pauta que observamos es que, a medida que se incrementan los años de mandato, aumenta el porcentaje de líderes tipo benevolente y disminuye el tipo participativo. Pareciera que durante los mandatos cortos se tiende a ser más participativo; pero, esto cambia con el tiempo para después de unos años llegar a ser más benevolentes en el estilo de dirección.⁹

La distribución por sexo de los líderes asociativos es de un 63,1% de varones frente a un 36,9% de mujeres. Las asociaciones más paritarias son las del tipo económicas y

8.- La categoría de asociaciones económica y profesional, incluye los subtipos de asociaciones empresariales, asociaciones de profesionales y asociaciones de consumidores y usuarios

9.- Efectivamente, si se aplica el análisis correlacional a las dos variables (coeficiente de Spearman) se observa que la relación entre ambas es negativa (-0.034).

profesionales, con una correlación del 54/46 (hombre/mujer); las más desiguales son las deportivas (94/6) y las vecinales (74/26). Los estilos de liderazgo no presentan diferencias significativas entre varones y mujeres¹⁰, ya que en ambos sexos, en torno al 67% son líderes benevolentes, y tan sólo en torno al 30% son participativos.

En lo relativo al nivel de instrucción no se observaron diferencias significativas. Los líderes más instruidos -algo que ya se ha comentado- son los de las asociaciones económicas y profesionales, en los que el 63,6% de sus líderes dispone de títulos universitarios. En cambio, quienes en menor medida disponen de este nivel máximo de titulación académica son los líderes de las asociaciones de vecinos, donde tan sólo el 37% de ellos posee esta cualificación. Cuando se cruzan las variables titulación y tipo de liderazgo no se encuentran diferencias significativas: los benevolentes están bien representados (en torno al 67%) en cualquier nivel de estudios. Para el estadístico de asociación de variables nominales χ^2 de Cramer, confirma la hipótesis nula (no asociación), donde el valor es tan solo de 0,117.

Por otro lado, se constata que el líder participativo es el que más horas dedica a su asociación a lo largo de la semana; al menos la mitad de éstos dicen dedicarles más de 12 horas, frente al líder benevolente que tan sólo en el 42,1% de los casos, dice dedicar a su asociación más de 12 horas semanales.

Otro dato de interés es el de la frecuencia de reuniones de la Junta Directiva. En más de la mitad de las asociaciones (55,9%) se realiza una vez al mes. Sin embargo, en aquellas asociaciones en las que el líder es participativo, la frecuencia está muy por encima de este porcentaje (60,3%). En cambio, si el líder es de tipo benevolente, la reunión mensual está levemente por debajo de la media de asociaciones, en el 54,5%. Se puede afirmar que las asociaciones con líderes benevolentes tienen un menor número de reuniones de sus directivas (17,5%); en cambio, los líderes participativos tardan más en reunir las asambleas de socios. Se podría deducir de esto que la práctica de la participación se identifica más como una gestión coral de la Junta Directiva, en lugar de una praxis asamblearia de la organización. Un dato que corrobora esta conclusión es que el 19,6% de las asociaciones con líderes benevolentes dicen reunir sus asambleas una vez al mes, frente al 9,8% de las asociaciones que tienen líderes participativos, diez puntos porcentuales por debajo.

En definitiva, los líderes participativos son aquéllos que menos tiempo llevan en el cargo, porque a medida que incrementan los años como directivos, el estilo participativo se debilita, a favor del estilo benevolente, o sencillamente son reemplazados por los benevolentes. De otra parte, los líderes participativos centran su trabajo en las juntas directivas más que en las asambleas de socios. Con sus directivas se reúnen muy frecuentemente. Los líderes participativos son quienes más horas a la semana dedican a sus asociaciones. Por último, en las diferentes correlaciones de variables, no se observa una correlación directa entre un tipo u otro de liderazgo y el género del/la líder.

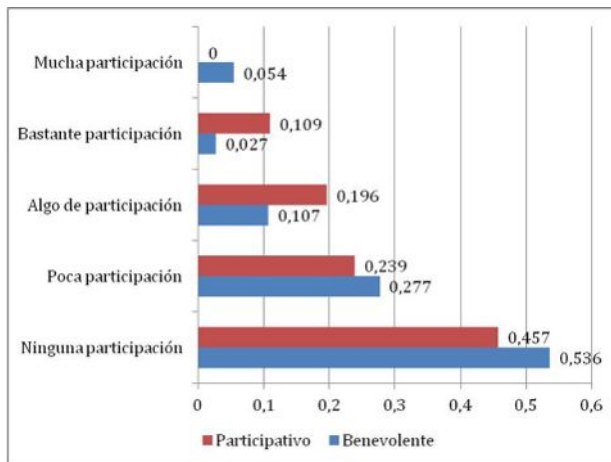
10.- Las diferencias entre sexo y tipo de liderazgo no son significativas, ya que en el caso del coeficiente de variación (cv) en ambos sexos es del 35.3%.

3. Liderazgo y Participación a Escala Local

El liderazgo y las características de los contextos participativos son factores que están en interrelación y que condicionan la manera de ejercer ese liderazgo. Ambas dimensiones mantienen relaciones de influencia, aunque por ahora no se pueda determinar cuál de ellas opera como variable causal, lo cual ha de ser objeto de un análisis de carácter correlacional que no se aborda aquí. En cualquier caso, lo que conviene constatar es el conjunto de evidencias que refuerzan la hipótesis de que a cada tipo de líder le acompaña o se inserta en un contexto participativo concreto, cuyas características giran en torno a un conjunto de factores que se analizan a continuación.

En primer lugar, veamos los vínculos que se establecen entre tipos de liderazgo y el sesgo participativo de la comunidad hacia la participación. Ésta puede ser o marcadamente política o una participación de tipo eminentemente social. La primera es de tipo reivindicativo y centrada en la dialéctica asociación vs. administración; en tanto que la segunda incluiría el resto de participación, excluida la de orientación política.

GráficoN° 4. Nivel de participación en actividades políticas de la gente de su barrio (n=162)



Fuente: Elaboración propia.

En atención a las respuestas que dan los propios líderes sobre la participación de sus respectivas comunidades en actividades políticas, se observa que en aquellas comunidades en las que se produce una mayor participación política, el tipo de liderazgo que destaca es el participativo. La relación de influencia de una variable sobre otra, e incluso el sentido de esa influencia, debe ser investigada en otro momento. Pero se quiere destacar acá lo que parece ser una clara vinculación entre participación política y liderazgo participativo.¹¹

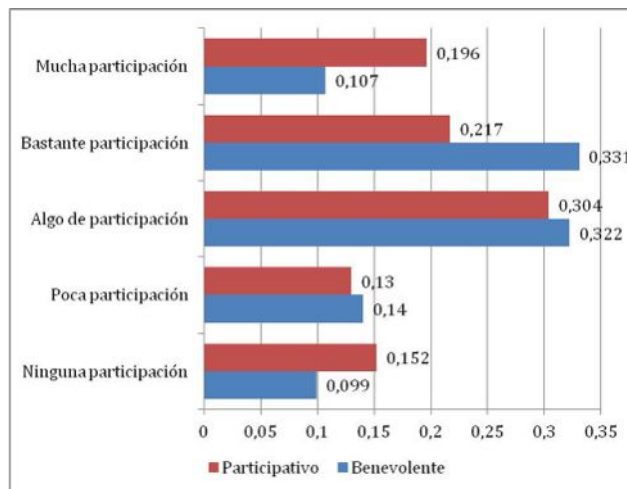
11.- El estadístico de asociación de variables ordinales Tau-c de Kendall es positivo para la relación comunidad política - líder (0,067, significación, 0,198). En tanto que para la tabla comunidad social -líder la relación es negativa (- 0,043, significación 0,445), para el caso de $H_0 =$ independencia. La Tau-c de Kendall oscila de 1 a -1.

En todo caso, el nivel de participación política medido en una escala de 0 a 1 arroja que, en conjunto, es muy bajo en ambas situaciones: comunidades con liderazgo benevolente= 0,19, comunidades con liderazgo participativo= 0,24.

Pero, si se pregunta por el grado de participación en actividades sociales/benéficas de la comunidad (indicador de participación social), los porcentajes mucho+bastante son superiores entre las comunidades en las que se encuadra el líder de tipo benevolente(43,8%), frente a las del líder participativo (41,3%). Lo que se destaca de esta distribución es el peso de los que no participan en estas actividades sociales, más elevado en el caso de líderes participativos(Nada+poco= 28,2%), frente a los miembros de la comunidad en la que encuadran a los benevolentes (Nada+poco= 24,2%).

De modo que, como conclusión, se puede afirmar que el ejercicio del liderazgo participativo puede encuadrarse mejor dentro de aquellas comunidades más politizadas¹², teniendo en cuenta las limitaciones que tiene dicho indicador en este trabajo, ya que utiliza como base las opiniones de los líderes sobre sus respectivas comunidades.¹³

GráficoN° 5. Nivel de participación en actividades sociales/benéficas de la comunidad. (n:171)



Fuente: Elaboración propia.

El indicador de participación social que se ha elaborado para este caso¹⁴, otorga ligera ventaja a las comunidades en las que se inserta el líder participativo: los líderes benevolentes toman la posición de 0,52 en este indicador mientras que en el participativo es de 0,54.

12.- La orientación politizada de la comunidad (barrio) ha de entenderse en el sentido que señalan Navarro, Cuesta y Font (2009:40-43).

13.- En este sentido se puede consultar Ganuza, E. y Francés, F.J. (2008: 89 -113).

14.- El indicador fluctúa desde 0, nivel más bajo de la escala, a 1, posición más elevada de la escala.

Las relaciones con el ayuntamiento (administración local) son más intensas en el caso de los líderes participativos. Esta relación se analiza planteando al encuestado el supuesto de valorar la institución cuando se trata de tener que hacer una actividad o proyecto en el barrio: el 58,7% de los líderes participativos cree que es muy importante hacerlo con el ayuntamiento, en tanto que los benevolentes solo en el 29,1%. Es una diferencia notable. La pregunta se planteaba dentro de una batería que incluía la posibilidad de hacer esa actividad o proyecto con otras organizaciones y administraciones (banca, Diputación Provincial, Junta de Extremadura, etc.). En términos de valores escalares (escala de relación con el Ayuntamiento) la puntuación de los participativos es muy alta, 0,81; en tanto que la de los benevolentes es de 0,73.

El vínculo con la administración municipal se asienta igualmente en relaciones de confianza, en correspondencia con el criterio anterior. Cuando se pregunta acerca de la confianza que le ofrece el ayuntamiento, el 54,8% de los líderes participativos la califica como muy elevada (bastante+mucha), en tanto que para los benevolentes esta confianza es menor (bastante+ mucha = 43,2%). En una escala de 0 a 1¹¹, el nivel de confianza hacia el ayuntamiento es de 0,61 en el caso de los líderes participativos, mientras que en el caso de los líderes benevolentes es de 0,57.

Se podría decir que los líderes participativos muestran una mayor conexión con la administración local, tanto en el sentido de contar con ella para cuestiones más pragmáticas como en cuanto a la confianza que esta administración les merece.

Vinculado con lo anterior están los planteamientos de carácter ideológico sobre el protagonismo de las asociaciones y sus relaciones con la administración. Para su análisis se construyeron dos continuos; el primero de ellos plantea la disyuntiva de que si el desarrollo de las actividades en el ámbito local ha de estar protagonizado por la administración o por las asociaciones. La posición de ambos tipos de liderazgos es intermedia 11, en torno al 0,5. Por consiguiente, aquí no se encuentran diferencias sustanciales entre los tipos de liderazgos.

El otro continuo trata de evaluar la posición de los líderes acerca de una política más activa de la administración local en relación al movimiento asociativo, o su contrario, simplificando: pasividad de la administración vs. intervención de la administración en el movimiento asociativo. En este caso, las posiciones son más favorables a la intervención administrativa, pero en el caso de los líderes participativos este apoyo a la intervención administrativa es aún mayor; diríamos que muy elevado (0,83).

Finalmente, el conocimiento de los órganos de participación municipales es el único de los indicadores del contexto participativo en el que los líderes participativos puntúan por debajo de los benevolentes. Afirman conocer estos órganos un 69,2% de los primeros, frente al 77,8% de los segundos. Esto no deja de ser paradójico, a menos que esa alegada falta de conocimiento de los órganos de participación encierre una cierta disconformidad de los líderes con más sensibilidad participativa con el alcance real de estos instrumentos. Efectivamente, cuando se pregunta sobre la opinión que se tiene del funcionamiento de estos órganos de participación¹⁵, la opinión de ambas categorías de líderes es más bien negativa: en la escala de 0 a 1, no alcanza la mitad de la misma. En

el caso de los benevolentes la puntuación escalar es de 0,44; en cambio, en el caso de líderes participativos es aún más baja: 0,40. Todo ello, evidentemente, deja traslucir un elevado grado de insatisfacción con estos instrumentos institucionales de participación ciudadana.

En síntesis, el análisis de los principales tipos de liderazgo y sus relaciones con la participación social ha sido hecho utilizando los indicadores que se han ido presentando a lo largo de este apartado del artículo. La siguiente tabla recoge el conjunto de estos valores y muestra las destacadas diferencias que existen entre los tipos de liderazgos a la hora de concebir la participación social y gestionar las propias asociaciones.

TablaNº 4. Indicadores de la dinámica de los líderes en contextos participativos. (0, bajo; 1, alto).

	Benevolente	Participativo
EXTRA ASOCIATIVO		
Indicador de Participación Política	0.19	0.24
Indicador de Participación Social	0.52	0.54
INTRA ASOCIATIVO		
Vínculo económico asociados	0.18	0.37
Vínculo de proximidad (vecinos)	0.35	0.36
RELACIONES CON LA ADMINISTRACIÓN LOCAL		
Nivel de proximidad al ayuntamiento	0.73	0.81
Nivel de confianza en el ayuntamiento	0.57	0.61
ÓRGANOS DE PARTICIPACIÓN		
Conocimiento de los órganos de participación	0.77	0.69
Valoración de los órganos de participación	0.44	0.40
PROTAGONISMO DE LA ADMINISTRACIÓN vs. ASOCIACIONES		
<i>Continuo toda administración - solo asociaciones</i>	0.5	0.52
<i>Pasividad de la administración vs. Intervención de la administración</i>	0.72	0.83

Fuente: Elaboración propia.

Conclusión

En este tipo de municipios los tipos de líderes se concentran en torno a dos ejes, los participativos y los paternalistas o benevolentes, logrando un mayor peso numérico este segundo grupo. Estos tipos de liderazgo estarían caracterizados por un conjunto de variables adscriptas; por ejemplo, los líderes benevolentes se concentran en las organizaciones de tipo recreativo (deportivas y lúdicas), las de carácter sectorial (mujer, tercera edad, jóvenes...) y las solidarias (ONG, autoayuda, ayuda a la cooperación, etc.). En cambio, los líderes participativos se concentran en las organizaciones económicas y profesionales (60% de los casos). Específicamente en las asociaciones vecinales, que representan tan sólo el 12% de la trama asociativa, se produce una clara dualización

15.- No se incluye la tabla, cuya base es n= 122. Como se sabe, la escala que se maneja oscila entre 0, mala opinión y 1, muy buena opinión.

entre ambas tipologías y que no se observa en las otras categorías de asociaciones; en buena medida atribuimos estadalización a las orientaciones políticas de los dirigentes vecinales. Además constatamos, para todas las categorías de asociaciones, que a medida que se incrementan los años de mandato de los líderes, se incrementa también el tipo de liderazgo benevolente y disminuye el tipo participativo.

La dinámica de las asociaciones, en función de los tipos de liderazgo, en cuanto a los elementos del contexto participativo, se ha estudiado a partir de una serie de aspectos, donde en la mayor parte de los mismos los líderes participativos obtienen mejores puntuaciones que los otros tipos, destacan por tener una mayor proximidad a la administración local y adoptan también una postura más crítica hacia mecanismos institucionales de participación. En la dialéctica dependencia de la administración vs. autonomía de las asociaciones los líderes optan por posiciones intermedias, pero, destacan respecto de los otros en apostar con más fuerza a que la administración local intervenga en la estructura asociativa con vistas a una mejor articulación de la misma.

Bibliografía

Font, J. y Blanco, L. (2005). ¿Qué hay detrás de la oferta de participación? El rol de los factores instrumentales e ideológicos en los mecanismos españoles de participación. *Reforma y Democracia. Revista del CLAD*, 31, pp. 163-188.

Ganuzo, E. y Álvarez De Sotomayor, C. (Coords.) (2003). *Democracia y presupuestos participativos*. Instituto de Estudios Transnacionales (Córdoba). Barcelona: Icaria.

Ganuzo, E. y Francés, F.J. (2008). ¿A qué llamamos participar en democracia? Diferencias y similitudes en las formas de participación. *Revista Internacional de Sociología*, 49, pp. 89-113.

Hulin, Ch. L. y Blood M. R. (1968). Job enlargement, individual differences and worker responses. *Psychological Bulletin*, 69 (1), pp. 41-55. American Psychological Association.

Likert, L. (1967). *The Human Organization*. Nueva York: McGraw-Hill.

Lucas Marín, A. y García Ruiz, P. (2002). *Sociología de las organizaciones*. Madrid: McGrawHill.

McGregor, D. (1960). *The Human Side of Enterprise*. New York: McGraw-Hill.

Navarro, C.J., Cuesta, M. y Font, J. (2009). ¿Municipios participativos? Participación política y ciudadana en las ciudades medias españolas. *Serie Opiniones y Actitudes*, 62. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).

Navarro, C.J. (2000). El sesgo participativo. Introducción a la teoría empírica de la democracia participativa. *Papers*, n° 61, pp. 11-37.

Navarro, C. J. y otros. (2006). *Ciudadanía y administración municipal*, Ayuntamiento de Córdoba. Córdoba.

Pérez Del Villar, M. J. y Torres, C. (1999). Dinámica de grupos en formación de formadores: casos prácticos. Barcelona: Herder.

Perrow, CH. (1998). Sociología de las organizaciones. Madrid: McGraw-Hill.

Prior Ruiz, J. C. y Martínez Martín, R. (2008). Los grupos y las organizaciones. En Iglesias de Ussel y Trinidad Requena (eds), Leer la sociedad, una introducción a la sociología general. Madrid: Tecnos.

Sánchez-Oro, M. y Pérez Rubio, J. A. (Coords.) (2010). Movimiento asociativo de Cáceres: liderazgo, participación y capital social. Inédito.

Sánchez-Oro, M. (2011). Relaciones entre ciudadanía y administración en Cáceres. Más Poder Local Magazine, nº 7, pp. 38-40.

La Atención Primaria en Salud, Nuevos Enfoques y Perspectivas. Hallazgos desde un Programa de Formación y Capacitación

Alex Alarcón Hein ¹
Adrián Torres Canales ²
Roberto Barna Yuri ³

Fecha Recepción: 30/07/2012
Fecha aceptación: 20/08/2012

Resumen

El presente artículo presenta los principales hallazgos encontrados en la etapa de evaluación diagnóstica en el marco del programa de diplomado Enfoques y Nuevas Perspectivas para la Atención Primaria de Salud, realizado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile en la Corporación Municipal de Valparaíso. Esta evaluación diagnóstica participativa, tuvo como objetivo el definir una línea base de trabajo y evaluación posterior. Asimismo, contribuyó a sentar las bases de lo que sería posteriormente el trabajo de tutoría para el desarrollo de un programa de intervención en salud en los Centros de Salud Familiar participantes de esta experiencia.

Palabras claves: Formación de Recursos Humanos en Salud, Atención Primaria de Salud, intervenciones.

Abstract

This article presents the main findings in the diagnostic evaluation stage under the diploma program New Approaches and Perspectives for Primary Health Care, held by the School of Public Health from the University of Chile in the Municipal Corporation of Valparaiso. This diagnostic and participatory evaluation aimed to define a baseline and subsequent evaluation work. It also helped to lay the groundwork for what would later be work tutoring in developing a health intervention program in Family Health Centers with those who participated in this experience.

Keywords: Human Resources Training in Health, Primary Health Care, interventions.

1.- Académico e Investigador Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. División de Políticas y Gestión en Salud. Coordinador de Extensión. Correo: aalarcon@med.uchile.cl

2.- Académico e Investigador Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. División de Políticas y Gestión en Salud.

3.- Investigador en Salud, experto en Atención Primaria de Salud.

Resumo

O presente artigo apresenta as principais descobertas encontradas na etapa de evacuação diagnóstica no marco do programa do diplomado Enfoques e Novas Perspectivas para a Atenção Primária de Saúde, realizado pela Escola de Saúde Pública da Universidade de Chile na Corporação Municipal de Valparaíso. Esta evacuação diagnóstica participativa teve como objetivo definir uma linha base de trabalho e avaliação posterior. Assim mesmo, contribuiu para sentar as bases do que seria posteriormente o trabalho de tutoria para o desenvolvimento de um programa de intervenção em saúde nos Centros de Saúde Familiar participantes desta experiência.

Palavras-Chave: Formação de Recursos Humanos em Saúde, Atenção Primária de Saúde, Intervenções

Introducción

Modelos de Atención de Salud

Las políticas públicas deben lograr el bienestar de toda una sociedad. Su implementación involucra normas, provisión de bienes y servicios, fuentes de financiamiento, determinación de objetivos y formas de aplicación, evaluación y control. En el sector salud, estas acciones cada día se hacen más relevantes para el desarrollo del sector salud post reforma de 2004, lo que requiere situarse y prepararse para enfrentar fuertemente esta etapa.

En este escenario, se debe profundizar la relevancia que adquieren los cambios biopsicosociales a los que este proceso apunta. Es ahí donde la preparación de los profesionales de la salud pasa a constituir una pieza fundamental de todo el proceso de cambios.

A partir del proceso de Reforma de Salud vigente en Chile desde la promulgación de la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión en Red (Ley N° 19.937, 2004), se define que el modelo integral de salud con enfoque familiar constituye la base del sistema de salud del país.

Antes de entrar a analizar los aspectos específicos de este modelo y sus implicancias en el sistema de salud chileno, se debe hacer presente que los modelos, tal como los ideales, tienen un carácter coherente y perfecto que nunca se pueden cumplir (Capponi, 2004). Por eso, deben ser tomados como proposiciones a las que se aspira llegar, de carácter transitorio, que se modifican ante los nuevos aportes de las ciencias y del conocimiento humano. En este sentido, en este artículo se discutirán previamente algunos elementos que son comunes a la definición de modelos de salud, para después profundizar en las particularidades del modelo chileno actualmente vigente, y que dan pie a la propuesta.

El término modelo de atención se refiere al modo cómo las instituciones formales de salud enfrentan y abordan el proceso salud-enfermedad y las distinciones que realizan del mismo (Hidalgo, 1999). Corresponde al elemento central de la estrategia sanitaria de un país y define la relación del sistema de salud con la población. Comprende, por tanto, la forma cómo se organizan los recursos para satisfacer la demanda de la población y el modo cómo se relacionan los distintos elementos del sistema para satisfacer las necesidades

de cobertura en atención promocional, preventiva, curativa, de rehabilitación y cuidados paliativos.

El modelo de atención, al establecer principios ordenadores de la actividad asistencial, se materializa en una estructura organizacional que permite la interacción de la organización con los ciudadanos, prestadores y funcionarios de la salud, consigo misma y con otras instituciones u organizaciones. A su vez, la estructura organizacional define la forma de relación y coordinación del conjunto de establecimientos que constituyen la infraestructura sanitaria del país.

Un modelo de salud, en lo esencial, busca satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual en caso de enfermedad y garantizar su estado de salud futuro.

Se entiende por sistema de atención la organización del proceso, en el cual intervienen establecimientos de salud con diferentes niveles de complejidad (Martín-Zurro, 1993). El objetivo de producción del sistema es satisfacer las necesidades y expectativas de atención de las personas en salud, procurando optimizar las intervenciones y mejorar su eficacia y eficiencia.

El ordenamiento de los establecimientos de atención en salud, operando coordinadamente dentro de un territorio asignado, mediante vínculos institucionales o contractuales, es lo que se denomina trabajo en red asistencial. Estas redes incluirán, al menos, a los establecimientos que dependen del Servicio de Salud y los de atención primaria, sea ésta de administración municipal u otra.

Bajo el lema Salud para Todos, en la conferencia internacional de Alma Ata (OMS, 1978) se produjo un refuerzo del modelo de atención que privilegia la atención primaria, la participación comunitaria, el trabajo intersectorial y el uso de tecnologías apropiadas (ej.: solución ambulatoria de los problemas) en lo que se pasó a llamar la estrategia de atención primaria.

Esta recomendación, que surgió de los técnicos y del mundo político, se enfrentó con una tendencia mundial a la sobre especialización médica, al consumo excesivo de medicamentos y al abuso de tecnologías, muchas veces de eficacia dudosa. La crisis de la deuda externa en el inicio de los años ochenta y, posteriormente, la globalización de las economías, significó que los países reaccionaran a la explosión de costos que enfrentaban en el sector salud. Eso fue determinante en prefigurar la tendencia actual, en la que se han encontrado antiguos principios de la salud pública con el pragmatismo del pensamiento económico, dando como resultado un movimiento mundial que entrega cada vez más poder al usuario y a la atención primaria y que, por otro lado, incentiva el mínimo uso de los hospitales y de la complejidad tecnológica, exigiendo evidencias que respalden los cursos terapéuticos a seguir (Martínez O., 1999).

Lo señalado anteriormente a favor del usuario y de la atención primaria, se complementa con técnicas de gestión que separan la compra de atenciones de salud de la provisión de esas atenciones, velando los aseguradores por los derechos y satisfacción de los usuarios que se enrolan libremente con ellos. A la vez, los aseguradores se encargan de

administrar sus cotizaciones o seguros de salud. Estas interrelaciones entregan también la capacidad de comprar prestaciones complejas (laboratorio, radiología). Para el control de los proveedores existe un ente regulador, normativo y fiscalizador, que cuida los intereses globales de los ciudadanos y de la sociedad. Esta función la cumple el Estado a través del Ministerio de Salud.

En Chile, un aspecto de la Reforma del sector salud se basó en separar las funciones descritas: Rol de Rectoría o Normativo (Ministerio de Salud); Rol de Fiscalización (Secretarías Regionales Ministeriales, Instituto de Salud Pública, Superintendencia de Salud); Rol de Prestador (Servicios de Salud; Establecimientos de Salud Municipalizados; Prestadores Privados).

En términos generales, los sistemas de salud que dan soporte al modelo de atención se estructuran básicamente de tres formas (A. Rico, 2001):

- Con criterios de mercado, en que la coordinación al interior del sistema está determinada por los precios, que se supone incorporan toda la información relevante para la toma de decisiones;
- Como estructura jerárquica, en que la coordinación se consigue recurriendo a planes y cursos de acción definidos por la autoridad que comanda el sistema; y
- Como redes asistenciales, en que la coordinación se logra a través de la negociación y acuerdos voluntarios entre actores interdependientes.
- Formas Mixtas, que combinan alguno(s) de los criterios anteriores.

En la actualidad, en Chile ha cobrado particular importancia la organización del modelo de atención sobre la base de Redes Asistenciales, al interior de las cuales pueden darse también modalidades jerárquicas de organización y mecanismos de mercado.

En relación a este tema se examinará la situación actual y sus principales insuficiencias, el Modelo de Atención deseable para la implementación de la Reforma de Salud y cuáles son las modificaciones necesarias de implementar para transitar desde la condición actual a la deseada.

Modelo de Atención Integral

El Ministerio de Salud, a partir de la Reforma de Salud, define el Modelo Integral de Salud (Ministerio de Salud, Depto. APS, 2002) como:

El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diversos tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

El Modelo de Atención Integral se dirige a la consecución de una mejor calidad de vida para las personas, las familias y las comunidades, con un énfasis en la anticipación de los problemas y el consiguiente acento en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es decir, anticipatorio al daño.

Los aspectos de promoción de la salud y educación para lograr estilos de vida más saludables son competencias definidas para el equipo de salud en forma transversal, las que, progresivamente, deberán ser articuladas con el trabajo intersectorial impulsado por los gobiernos locales y regionales a través de Vida Chile y otras instancias intersectoriales. El desafío epidemiológico con que se inicia el segundo milenio obliga a devolver protagonismo a los ciudadanos y sus organizaciones en el cuidado de su salud, reorientando el rol del equipo de salud a uno asesor y cuidador, que acompaña el proceso salud – enfermedad (Ministerio de Salud, 2002).

El quehacer sanitario definido en este modelo de atención se basa en un equipo de salud multidisciplinario y de liderazgo horizontal, que se hace cargo de la población de un territorio acotado. Allí aplica el modelo de salud familiar, es decir, acompaña a los integrantes de la familia durante todo el ciclo vital, apoya sus momentos críticos con consejería, educación y estrategias de promoción de salud, detecta oportunamente el daño y proporciona asistencia clínica y rehabilitación oportuna, en caso de patología aguda o crónica.

Las instituciones de salud se organizan en la red asistencial con mecanismos establecidos de relación interinstitucional, reconociendo que el equipo de salud de cabecera es el encargado de brindar seguimiento a las personas y familias. La red asistencial se debe organizar de modo de poder dar respuesta oportuna e informar adecuadamente al equipo de salud de lo que sucede con una persona enferma, durante su derivación a otro de los establecimientos integrantes de ésta. Los niveles de mayor complejidad clínica deben, entonces, organizarse para responder a los requerimientos de la red asistencial en que están insertos.

En el modelo descrito, la comunidad y sus redes de autocuidado, y el nivel primario de atención, son el eje articulador del quehacer sanitario. Son, a su vez, el nivel que concentra la complejidad socio sanitaria.

Modelo de Salud Familiar

El modelo de Salud Familiar proporciona una nueva visión a la salud, ya que pone énfasis en la prevención y promoción de ésta desde un enfoque biopsicosocial, donde la responsabilidad del bienestar personal y social no recae solamente en los equipos de salud sino también en las propias comunidades.

Las características del modelo se encuentran claramente representadas en el documento Modelo de Atención Integral en Salud (Ministerio de Salud, op.cit.) y pueden resumirse como sigue:

1. Que esté centrado en el usuario, facilitando el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en salud.
2. Que tenga un énfasis en lo promocional y preventivo, con enfoque familiar de los cuidados.
3. Que sea integral, tanto en la comprensión de los fenómenos como en las formas de afrontarlos.
4. Que garantice la continuidad de la atención, desde los cuidados primarios hasta las

modalidades especializadas.

5. Que considere un trabajo en red, tanto sanitaria como social, que asegure la complementariedad que requieren las necesidades explícitas e implícitas en salud.
6. Que tienda al cuidado ambulatorio.
7. Que abra espacios para la participación en salud y la intersectorialidad.
8. Que promueva la mejora continua de la calidad de atención.
9. Que en todo momento considere una adecuada política de gestión de las personas que trabajan en el sector.

El enfoque, formulado desde un modelo biopsicosocial, es una forma de asumir la integralidad de las situaciones de salud/enfermedad de las personas y familias, incluyendo las distintas dimensiones del ser humano que permiten comprender la experiencia que se manifiesta en síntomas o signos.

La función, entonces, ya no es curar la enfermedad sino cuidar la salud. Se pasa de una medicina centrada en la patología a una atención focalizada en la persona y su particular forma de vida, su contexto familiar y social. Así, el rol de los profesionales se amplía a la promoción activa de la salud a lo largo de la vida del grupo familiar, asumiendo una función de facilitador y reconociendo a este como responsable y a cargo de su propia salud.

Finalmente, cabe señalar que el cambio del paradigma del modelo de atención de un enfoque biomédico, que prevaleció por largos años en nuestro país, a un modelo de atención integral de salud familiar, ha implicado grandes cambios en la estructura organizacional de cada establecimiento de Atención Primaria de Salud (APS). Para implementar esta reforma se ha hecho necesario introducir modificaciones en el funcionamiento de los establecimientos APS en diversos aspectos, tales como: financiamiento, capacitación, recurso físico, humano, de infraestructura, administrativo y en general en la forma de trabajo que han desarrollado los funcionarios de la salud por largo tiempo y que ya no da respuesta adecuada a los actuales desafíos; en esta línea, se han formado equipos interdisciplinarios a cargo de una población asignada.

Todos estos cambios y exigencias han tenido gran impacto en los trabajadores de la salud y en los ambientes laborales, lo que se manifiesta a través de una sensación de insatisfacción, por la falta de políticas que promuevan en forma clara y explícita el cuidado de quienes entregan la atención en salud.

Características del modelo

El modelo de atención se caracteriza por los siguientes elementos:

- a) Enfoque biopsicosocial, con énfasis en la familia y comunidad. El mayor desafío del sistema se encuentra en el desarrollo de habilidades y destrezas que permitan a los equipos de salud analizar el proceso salud-enfermedad centrándose en las personas y desde una perspectiva sistémica. En este enfoque, se entiende a la familia como el sistema social primario de las personas, lo que implica introducirla como unidad de atención, con una oferta específica de prestaciones cuando así lo necesiten o como factor protector y terapéutico para los individuos.

Las enfermedades crónicas, con compromiso multiorgánico, se constituyen en la actualidad como el grupo de patologías más relevante, tendencia que se consolidará en el futuro. Frente a esta situación, la organización de la atención por especialidades médicas redundante en que las personas acuden a tantos especialistas como distintos problemas de salud presenten. Lo anterior se traduce en la reproducción del paciente en el sistema especializado y en el incremento del tiempo destinado por las personas a atender sus problemas de salud, lo que puede ser causa de sufrimiento, especialmente en los casos más severos. Cabe destacar que esta forma de atención incide en la alta correlación que existe entre comorbilidad y costo.

Estudios realizados señalan que la distribución del costo de atención de salud es la siguiente (Hopkins, 1998):

% de la Población	% del Costo
1%	30%
10%	72%
50%	97%

Cabe destacar que de acuerdo a investigaciones de modelos de ajuste de riesgo la mayoría de casos de alto costo son producto de comorbilidad (Ellis, 2004). De lo anterior se desprende la necesidad de modificar la estrategia de atención a las personas con múltiples problemas de salud.

b) Continuidad de la atención y de los cuidados de salud. La continuidad de cuidados de salud se extiende a toda la red a través del trabajo en red (asistencial, comunitaria, social). En el nivel primario, la red estará dada por una forma organizacional que permita una relación cercana con una población a cargo (sectorización). Este equipo conoce a su comunidad de usuarios en los aspectos de calidad de vida, factores de riesgo y factores protectores; dispone, por lo tanto, de elementos para actuar con estrategias preventivas y promocionales adaptadas a esa realidad.

c) Prestación de servicios integrados. A pesar de que tradicionalmente se habla de consultas y controles, se espera que en cada contacto con individuos y familias se visualice la oportunidad para incorporar acciones de promoción y prevención, fomentando el autocuidado individual y grupal. Este equipo de salud debe ser capaz de actuar con servicios integrados y acordes a las particularidades socioculturales de la población usuaria, especialmente en torno de los problemas psicosociales prevalentes y emergentes en la población.

d) Resolutividad. Se traduce en la capacidad del equipo de salud para contribuir al cuidado de la salud de las personas de su sector, sumada a la capacidad diagnóstica y excelencia clínica. Cada establecimiento debe disponer del equipamiento y de los recursos humanos calificados para abordar los desafíos referidos a evitar el daño en salud, pesquisarlo precozmente, confirmar diagnósticos, tratar enfermedades de acuerdo a los protocolos y cumplir su rol en la red asistencial. Particularmente, en el ámbito psicosocial, el equipo de salud de atención primaria ha debido ampliar sus competencias para abordar la problemática

emergente, compleja y diversa que enfrentan las familias y comunidades.

e) Responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia y la comunidad por la salud familiar y de cada uno de sus integrantes. Se promueve la participación de la familia, tanto en las actividades preventivo-promocionales, como en las recuperativas. En especial, se favorece la participación de la pareja en el proceso reproductivo; del padre y la madre, en el cuidado de los hijos; de algún integrante de la familia y comunidad en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, discapacitados, personas postradas o en fase terminal de alguna enfermedad.

El Modelo de Gestión en Red

La organización de la atención de salud en Chile, desde los orígenes del Servicio Nacional de Salud (Ministerio de Salud, 1981), se caracterizó por su estructura planetaria, donde para un territorio determinado existía un establecimiento base con el cual se relacionaban los establecimientos del territorio. En este diseño, los márgenes del sistema estaban constituidos por Consultorios Urbanos y Rurales y Postas Rurales, establecimientos con una estructura organizacional simple, lo que los hacía fácilmente accesibles a la población; estos debían resolver problemas médicos de baja complejidad y con una alto porcentaje de cobertura. Ante problemas de salud que sus operadores estimaran que no podían resolver, estos establecimientos derivaban a los pacientes a establecimientos de mayor complejidad organizacional. La mayor complejidad organizacional correspondía a hospitales con muchas especialidades y a los centros de referencia nacional para temas específicos como, por ejemplo, el Instituto de Neurocirugía o el Instituto del Tórax. Estos establecimientos se caracterizaban, además, por una alta complejidad bio-médica y tecnológica, y una baja cobertura poblacional.

Un concepto complementario al anterior, que jerarquizaba organizacionalmente a los establecimientos, tenía que ver con los niveles de complejidad médica de los problemas de salud que debía resolver cada establecimiento, lo que determinaba sus funciones específicas. Así, se distinguieron:

- El nivel primario, lo más cercano al paciente, su puerta de entrada al sistema de atención, localizándose allí todo el esfuerzo preventivo y de fomento de la salud, con un fuerte componente intersectorial y curativo, basado en la atención brindada por un equipo multiprofesional.
- El nivel secundario o de especialidades, constituido por la atención de especialistas, usualmente en el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE) o los Centros de Referencia en Salud (CRS), asociados a hospitales complejos, esencialmente centros de derivación donde se concentran recursos escasos del sistema; y
- El nivel terciario u hospitalario, al que se recurre sólo cuando la gravedad del cuadro o su complejidad requieren que el paciente esté en observación permanente o requiera una intervención mayor.

La revolución tecnológica y de las comunicaciones ha introducido nuevos cambios en el sistema y en la actitud de los usuarios. Por ello, la tendencia actual es hablar de atención ambulatoria y atención hospitalaria, conjugando de mejor forma los principios de la salud

pública con los de la administración eficiente. Las metas sanitarias para la década, sumadas a los cambios descritos, permiten pensar en complejizar y mejorar la integración en red al nivel primario, además de promover la entrega creciente de poder al usuario en toda la red asistencial. La tendencia derivada de este cambio de ejes debiera traducirse en un uso de los hospitales decreciente en cantidad, pero creciente en complejidad.

Se entiende por sistema de atención la organización del proceso, en el cual intervienen establecimientos de salud con diferentes niveles de complejidad (Martín-Zurro, 1993). El objetivo de producción del sistema es satisfacer las necesidades y expectativas de atención de las personas en salud, procurando optimizar las intervenciones y mejorar su eficacia y eficiencia. La constatación de las características anteriores y la búsqueda de estrategias para intervenir sobre ellas, son un desafío cuando lo que se propone en el Modelo de Gestión en Red es dar paso a la conformación de la red como la unidad básica de coordinación entre los distintos niveles de atención, que le permitan al usuario transitar por ellas con el fin de obtener la oportuna detección y resolución de sus problemas de salud.

Frente a la enfermedad o a la sospecha de ésta y superada la capacidad resolutoria del equipo de salud de atención primaria, el usuario es derivado a la atención del nivel secundario de atención, que se ejerce en los Centros de Referencia de Salud (CRS), Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) u otras formas de organización ambulatoria. Este nivel de atención se organiza para resolver en forma ambulatoria todo aquello que sea posible en el contexto de la realidad de su red asistencial y su misión está centrada en establecer el diagnóstico y resolver la patología de acuerdo a la realidad de cada especialidad. Se pone énfasis en la resolución quirúrgica oportuna, la compensación precoz de cuadros crónicos (seguida de la devolución asesorada para manejo por parte del equipo de salud familiar si procede) y el acompañamiento de la rehabilitación y reinserción de personas con secuelas.

Este nivel primario de atención adopta estrategias destinadas a mantener a los equipos de salud capacitado para que las personas enfermas reciban sus tratamientos en forma continua y oportuna, sean controladas oportunamente y retomen el contacto con su equipo de salud de atención primaria frente a cualquier nueva problemática de salud.

Por su parte, el nivel secundario programa su oferta e identifica las brechas existentes, define estrategias para resolverlas y en aquellos casos que requiere apoyo para su resolución, las presenta al Consejo Integrador de Red Asistencial (CIRA), el cual analiza las necesidades y propone al Gestor de la Red Asistencial alternativas para demandar los recursos necesarios y equilibrar la oferta.

Finalmente, la atención hospitalaria se organiza para resolver la patología de mayor complejidad biomédica, electiva o de urgencia, busca la resolución ambulatoria de todo aquello posible en el contexto de la red asistencial, se responsabiliza por los resultados de los tratamientos efectuados y por la devolución oportuna del paciente al nivel apropiado de la red asistencial, manteniendo informado al equipo de salud de cabecera. Debe poner todos los recursos posibles al servicio de la actividad ambulatoria del nivel secundario, apoyado en una programación racional del uso de sus recursos.

Se espera que los equipos de salud que interactúan en el continuo de la red asistencial

tengan como centro de su quehacer al usuario, debiendo poner el énfasis en la calidad de la atención y en la relación y trato con las personas. Su orientación debiera ser a la resolución oportuna de los problemas de salud tanto como a la prevención de la enfermedad. La programación basada en el diagnóstico local representa uno de los procesos de mayor relevancia dentro de la gestión del sector salud. Ella permite orientar la utilización de los recursos disponibles hacia metas y resultados explícitos, buscando las mejores alternativas de acción frente a los desafíos que significa mejorar la situación de salud de las personas y contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población. Para que la programación alcance su máxima efectividad como herramienta de apoyo a la gestión, es necesario tener en cuenta los principales elementos de contexto que inciden de manera más fuerte en ella.

El ordenamiento de los establecimientos de atención en salud, operando coordinadamente dentro de un territorio asignado, mediante vínculos institucionales o contractuales, es lo que se denomina trabajo en red asistencial. Las redes incluirán, al menos, a los establecimientos que dependen del Servicio de Salud y los de la atención primaria, sea ésta de administración municipal u otra.

I. Material y Método

El material utilizado para este trabajo ha sido recopilado durante el desarrollo del diplomado Enfoques y Nuevas Perspectivas para la Atención Primaria de Salud, realizado por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile en la Corporación Municipal de Valparaíso, entre el 18 de Junio de 2010 y el 22 de Enero de 2011 en el que participaron 27 profesionales de la Corporación Municipal de Valparaíso (Cormuval) y profesionales del departamento de Salud de la Municipalidad de San Antonio. Dichos profesionales cumplen labores profesionales en los Centros de Salud Familiar Las Cañas, Cordillera, Reina Isabel II y 30 de Marzo, además de establecimientos APS de la provincia de San Antonio.

El material fue parte de una evaluación diagnóstica realizada al comienzo del Programa, con el objetivo de establecer una línea base de trabajo y evaluación posterior. Asimismo, que permitiera sentar las bases de lo que sería posteriormente el trabajo de tutoría para el desarrollo de un programa de intervención.

Para realizar la evaluación diagnóstica se dividió el curso en cinco grupos de profesionales, que tuvieran similares conocimientos y aproximación a alguno de los centros elegidos para el trabajo de intervención y se les consideró un panel de expertos (Hernández S., Fernández-Collado, & Baptista L., 2008) Los instrumentos elegidos para la evaluación diagnóstica, tanto por la accesibilidad y sencillez, como por la confiabilidad de los mismos, fueron en primer lugar la Matriz de riesgo¹⁶, para identificar las principales áreas críticas, y posteriormente el Diagrama de Causa y Efecto o de Ishikawa¹⁷, para determinar las causas de los efectos-problema identificados en la Matriz.

16.- La Matriz de Riesgo utilizada es la de común uso en los Servicios de Salud chilenos y también usado por el Consejo General de Auditoría Interna Gubernamental.

17.- Para estos efectos se usó la cartilla del Diagrama de Causa y Efecto (Cause & Effect Diagram), material de la Sociedad Latinoamericana para la Calidad.

Cada grupo estuvo compuesto por alrededor de cinco profesionales de la Salud quienes, en conjunto con sus tutores, elaboraron un plan de trabajo. El método utilizado fue de carácter cuali-cuantitativo y comenzó con una pregunta abierta¹⁸ (Armas M., y otros, 2010) que se hizo para la elaboración de la Matriz de riesgo. Dicha pregunta fue la siguiente:

Describe, brevemente: ¿Cuáles son, a su juicio, los cuatro principales elementos de riesgo, que tiene el lugar en donde usted trabaja, actualmente, desde el punto de vista de la gestión?”. Priorice de uno (1) a cuatro (4).

Posteriormente, guiados por un profesor, los participantes respondieron individualmente, primero, y consensuaron después, un listado de áreas críticas; realizaron una conciliación semántica de los contenidos y votaron por las distintas alternativas, utilizando un cuestionario de escala Likert (Hernández S., Fernández-Collado, & Baptista L., 2008) hasta llegar a elaborar dos tablas donde evaluaron tanto la probabilidad de riesgo de ocurrencia como la importancia de los elementos descritos. Con esa información de insumo se llegó a elaborar la Matriz que contiene los principales elementos de riesgo, de acuerdo a la percepción de los profesionales consultados que para los efectos de este trabajo se denomina Panel de Expertos.

La matriz con los resultados, que se muestra más adelante en la Tabla N° I, se elaboró de la siguiente manera:

Se volcaron los resultados de las tablas parciales, tanto de probabilidad de ocurrencia, medida en el cuestionario de escala Likert con una evaluación de uno (1) a cinco (5), como la de importancia medida en dicho cuestionario con una evaluación de uno (1) a diez (10). A cada tabla se le asignó un peso específico conforme a la experiencia de los tutores, asignándole a la primera tabla un peso de 0,4 y a la segunda un peso de 0,6. Al aplicar este factor de ponderación a las evaluaciones producto del trabajo consensuado del panel, arrojó como resultado un determinado Promedio Ponderado, cuya fórmula es la siguiente: $(Pr\ Oc * 0,4 + Imp * 0,6) = Prom\ Pond.$ ¹⁹ Una vez realizado este ejercicio se listó de mayor a menor los distintos elementos surgidos del análisis de los grupos.

Adicionalmente, se agregó una columna para asignarle un determinado porcentaje dentro del contexto de cada grupo, cuya fórmula es: $\% Si\ (PPI = 100)\ entonces\ (PPR = X)\ Así\ \% = (PPR * 100 / PPI).$ ²⁰ Finalmente, la última columna refleja el ámbito al que se vincula el elemento de análisis descrito en Breve descripción del riesgo.

Tabla N° I

Descripción de Riesgos

SOME = Servicio de Orientación Médica y Estadística; CES= Centro de Salud; RRHH = Recursos Humanos.

Fuente: Elaboración propia. Diplomado Enfoques y Nuevas Perspectivas para la Atención Primaria de Salud, (2010)

18.- Este método ya fue usado antes; ver Armas M., y otros (2010).

19.- Donde Pr Oc = Probabilidad de Ocurrencia del elemento de análisis; Imp = Importancia del elemento de análisis; Prom Pon = Promedio Ponderado de los factores multiplicados por sus respectivos pesos específicos.

20.- Donde PPI = Promedio Ponderado Ideal y PPR = Promedio Ponderado Real.

Grupo	Breve Descripción del Riesgo	0.4 Probabilidad de Ocurrencia (0,4)	0.5 Importancia (0,5)	1 Promedio Ponderado (P0 * 0,4 + imp %0,5)	E % Si (P0 = 100) P0 = 0 As % = (P0*100)/P %	Código Ámbito	Ámbito	Numeral
E1	Altas exigencias asistenciales y cumplimiento de metas no dan la posibilidad a renovaciones y trabajo en equipo.	5,00	9,00	7,88	98,5		Exigencia MC	1
E1	Implementación de nuevos programas sin observar estándares locales, produciendo sobrecarga del equipo por falta de capacitación de recurso humano.	4,40	8,50	6,52	96,5		Aplicación del Modelo	1
E1	Falta de implementación computacional en red por igual en todos los Centros de Salud.	3,20	8,20	6,56	82,0		Gestión	2
E1	No hay suficientes profesionales capacitados y capacitados en intervención familiar.	2,80	9,20	6,56	82,0		Aplicación del Modelo	3
E1	El poder centralizado de decisiones, resta independencia en la toma de decisiones.	5,00	7,20	6,32	79,0		Aplicación del Modelo	3
E1	Poca participación comunitaria en las decisiones locales.	4,00	7,20	5,82	74,0		Aplicación del Modelo	3
E1	Poca accesibilidad y transparencia en la entrega de información.	4,20	7,00	5,88	73,5		Gestión	2
E1	Deficiente confianza en el trabajo profesional por parte de la Dirección.	3,80	7,00	5,72	71,5		Gestión	2
E1	Falta de organización para la atención de recursos de manera más autónoma.	4,20	6,80	5,64	70,5		Aplicación del Modelo	3
E1	Falta de Gestión en los Centros de Salud, para financiamiento autónomo de programas.	1,00	6,80	4,48	56,0		Gestión	2
E2	Desmedir en las actividades de prevención y promoción por parte de la Atención Primaria	5,00	9,50	7,70	96,5		Aplicación del Modelo	3
E2	Aumento en la demanda asistencial	5,00	9,20	7,40	92,5		Aplicación del Modelo	3
E2	Canales de comunicación deficientes entre el equipo de salud	4,50	9,33	7,40	92,5		Gestión	2
E2	Faltas de atención en la comunidad por el equipo de salud	4,50	8,83	7,70	98,7		Aplicación del Modelo	3
E2	Desestructuración de funciones	4,00	8,67	6,93	86,7		Gestión	2
E2	Aumento de la población adulta mayor con necesidades no cubiertas	4,50	8,17	6,70	83,8		Aplicación del Modelo	3
E2	Atención centralizada y realizada al interior del centro de salud	4,17	8,33	6,67	83,3		Gestión	2
E2	Atención clínica basada exclusivamente en el mesa sanitaria	3,50	7,83	6,10	76,2		Aplicación del Modelo	3
E2	Manejo de insulinas y/o medicamentos de alta para la aplicación del modelo de salud familiar	4,00	7,17	5,90	73,8		Aplicación del Modelo	3
E2	Centros de salud con escasos de los para la atención asistencial.	4,00	6,00	5,20	65,0		Aplicación del Modelo	3
E3	Mala gestión de SOME (agenda, coordinación , reuniones, VO)	4,50	9,00	7,24	90,5		Gestión	2
E3	Inexistencia de Programación y Coordinación de políticas locales de salud	4,40	8,40	6,80	85,0		Aplicación del Modelo	3
E3	Escasos trabajo en equipo multidisciplinarios (Infermieres MC , Clínica y gestión)	4,20	8,20	6,60	82,5		Gestión	2
E3	Falta de liderazgo y gestión de Dirección	3,80	8,40	6,56	82,0		Gestión	2

12	Fuente de autonomía en toma de decisiones a nivel de dirección de SES	4,30	8,20	6,52	81,5	Aplicación del Modelo	3	1
12	Falta de correspondencia entre número de profesionales y población a nivel cuantitativo	4,20	7,68	6,24	78,0	Aplicación del Modelo	3	1
12	Infraestructura mejorada	4,40	7,48	6,20	77,5	Aplicación del Modelo	3	1
12	Falta de eficiencia y eficacia en la resolución de enfermedades	3,80	7,68	6,08	78,0	Gestión	2	1
12	Falta de planes comprometidos con gestión.	3,20	7,08	5,48	88,5	Gestión	2	1
12	Mala organización a nivel profesional	2,80	5,68	4,48	92,0	Aplicación del Modelo	3	1
12	Falta de liderazgo por parte de directivos y repercute en relaciones humanas	5,30	9,88	7,88	86,5	Gestión	2	1
12	Sistema de salud basado en metas y no en beneficios del usuario	5,30	9,58	7,78	86,3	Aplicación del Modelo	3	1
12	Infraestructura ocupar cargos no por competencias sino por política	4,50	9,58	7,54	84,3	Gestión	2	1
12	Falta de trabajo en equipo	4,30	9,08	7,12	89,0	Gestión	2	1
12	Exigencia de rendimiento: metales no se acorde al modelo de salud familiar	4,20	8,78	6,94	88,8	Programa NC	1	1
12	Somos con personal no capacitado en administración general	4,30	8,88	6,88	89,0	Gestión	2	1
12	Falta de competencias de profesionales médicos, no médicos y otros	3,80	8,78	6,74	84,3	Gestión	2	1
12	Mala distribución de recursos humanos e materiales	4,30	8,58	6,70	87,8	Gestión	2	1
12	Falta de recursos humanos y países. Neces. lo que lleva a malas Relaciones humanas	3,50	8,88	6,28	77,5	Gestión	2	1
12	Se discuten a profesionales que no tienen relación con metas	4,30	7,58	6,10	78,5	Gestión	2	1
12	Falta de respeto al personal por realizar las actividades regulares	3,50	7,88	6,08	78,0	Gestión	2	1
12	Requerencia al cambio de los profesionales más antiguos.	4,70	9,18	7,34	81,8	Gestión	2	1
12	Problemas de clima organizacional.	4,50	9,18	7,28	80,8	Gestión	2	1
12	Falta de estructuración de procesos.	4,80	8,88	7,28	80,0	Gestión	2	1
12	Estructuración de procesos sueltos.	4,70	8,78	7,18	88,8	Gestión	2	1
12	Diferencias/funciones metas y no hacia el modelo.	4,50	8,88	7,08	88,5	Aplicación del Modelo	3	1
12	Relaciones previas generadas de conflictos.	4,70	8,58	6,98	87,3	Gestión	2	1
12	Falta de comunicación entre el modelo que define en toma de decisiones	4,50	8,58	6,88	85,3	Modelo	3	1
12	Falta de información de roles.	3,50	8,88	6,68	82,3	Gestión	2	1
12	Insuficiente liderazgo.	4,30	8,18	6,58	82,3	Gestión	2	1
12	Gestión económica restringida.	4,30	8,18	6,58	82,3	Gestión	2	1
12	Falta de relación del IMAF.	4,70	7,88	6,58	87,0	Gestión	2	1
12	Instabilidad laboral.	3,50	7,88	5,52	85,0	Gestión	2	1
12	Incapacidad de separar conflictos personales de los laborales.	4,30	6,58	5,58	88,8	Gestión	2	1
12	Falta de trabajo en equipo.	3,30	6,68	5,18	84,5	Gestión	2	1
12	Mala relación de cargas laborales, falta de comunicación en gestión.	3,50	6,88	5,08	82,5	Gestión	2	1
12	Presupuesto en toma de decisiones (recursos humanos).	3,20	6,18	4,84	81,8	Gestión	2	1

27

Posteriormente, los distintos grupos de participantes volvieron a analizar los resultados de la Matriz de Riesgo y eligieron de entre los problemas detectados tres que a juicio de ellos eran los más críticos y, por lo tanto, aptos para ser abordados y llevarlos al Diagrama de Causa y Efecto, con el objetivo de identificar lo que a su juicio eran las principales causas del problema detectado.

Los problemas llevados al Diagrama de Causa y Efecto o de Ishikawa fueron debidamente priorizados y a cada uno se le asignó un determinado peso específico²¹ dentro del conjunto con el propósito de identificar los puntos débiles para futuras planificaciones de intervención. Asimismo, cuando se trabajó en torno a la identificación de las causas de dichos problemas, a cada una de las causas y sub causas, también se les asignó un determinado peso, también con el propósito de afinar el diagnóstico, y plantear los futuros trabajos de intervención lo más afinadamente posible. Cabe destacar que el resultado de las distintas fases del proceso se obtuvo por consenso del Panel de Expertos, en aproximaciones sucesivas y utilizando una modalidad cuali-cuantitativa. (Konow & Pérez, 1990)

2. Resultados

A continuación se presentan los resultados del trabajo realizado a partir de los diagramas de Ishikawa realizado por cada uno de los cinco grupos de participantes que trabajaron en el contexto del Diploma Enfoques y Nuevas Perspectivas para la Atención Primaria de Salud ya presentado. Cabe recordar que esta evaluación diagnóstica tuvo como objetivo definir una línea base de trabajo y evaluación posterior. Asimismo, contribuyó a sentar las bases de lo que sería posteriormente el trabajo de tutoría para el desarrollo de un programa de intervención en salud en los Centros de Salud Familiar, nivel Atención Primaria en Salud (APS), participantes de esta experiencia.

Cada grupo eligió las tres áreas más críticas detectadas a partir de la Matriz de Riesgo y las trabajó en un diagrama de Causa y Efecto, de manera de analizar cuáles eran las principales causas de cada área problema. Los resultados más relevantes por grupo fueron los siguientes:

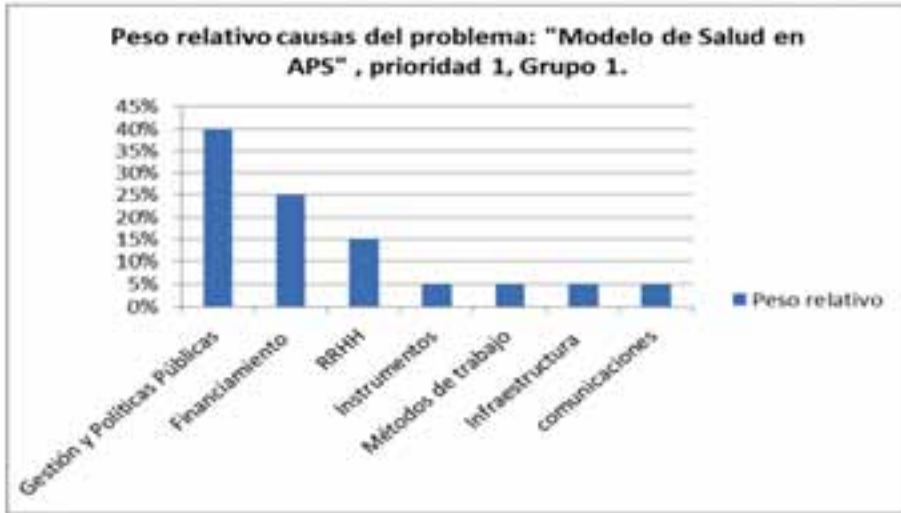
2.1 Áreas Críticas de APS por Grupo

GRUPO A. Las áreas más críticas de la APS, vistas desde su lugar de trabajo, fueron: 1° El Modelo de Salud en la APS, 2° Compromiso con el Modelo de Salud Familiar, y 3° La participación Comunitaria. Dentro de cada una de estas áreas - problema, las causas y respectivos pesos relativos dentro del diagrama se dio de la siguiente manera:

1° El Modelo de Salud en APS (Gráfico N° 1), se explica por las siguientes causas: Gestión y Políticas Públicas (40%), Financiamiento (25%), RRHH (15%), Instrumentos (5%), Métodos de trabajo (5%), Infraestructura (5%), Comunicaciones (5%).

21.-Asignado de acuerdo al parecer consensuado del Panel de Expertos.

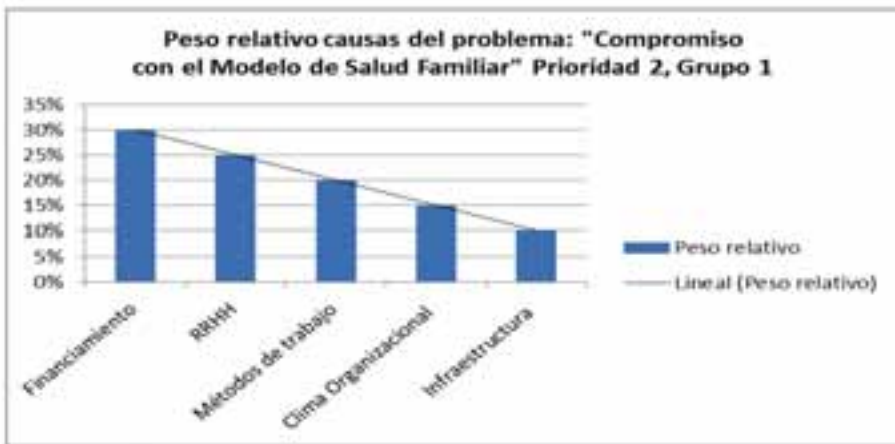
Gráfico N°1:



Fuente: Elaboración propia. Diplomado Enfoques y Nuevas Perspectivas para la Atención Primaria de Salud, (2010).

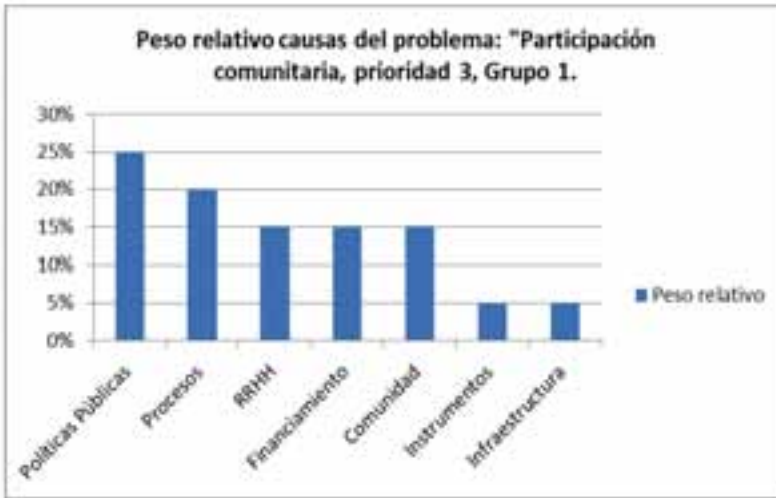
2° Compromiso con el Modelo de Salud Familiar (Gráfico N°2), se explica por las siguientes causas: Financiamiento (30%), RRHH (25%), Métodos de trabajo (20%), Clima Organizacional (15%), Infraestructura (10%).

Gráfico N°2:



3° Participación Comunitaria (Gráfico N°3), se explica por Políticas Públicas (25%), Procesos (20%), RRHH (15%), Financiamiento (15%), Comunidad (15%), Instrumentos (5%), Infraestructura (5%).

Gráfico N°3:



Fuente: Elaboración propia. Diplomado Enfoques y Nuevas Perspectivas para la Atención Primaria de Salud, (2010).

GRUPO B. Las áreas más críticas de la APS priorizadas fueron: 1° Incompatibilidad del Modelo de Salud Familiar con la realidad de la APS, 2° Escasa participación e intervención comunitaria y 3° Clima organizacional en APS.

Dentro de cada una, el análisis de las causas y respectivos pesos relativos dentro del diagrama se dio de la siguiente manera:

1° Incompatibilidad del Modelo de Salud Familiar con la realidad de la APS (Gráfico N°4), se explica por las siguientes causas: Modelo (23%), Desarrollo Organizacional (23%), RRHH (17%), Comunidad (13%), Gestión Administrativa (13%), Infraestructura (11%).

Gráfico N°4:

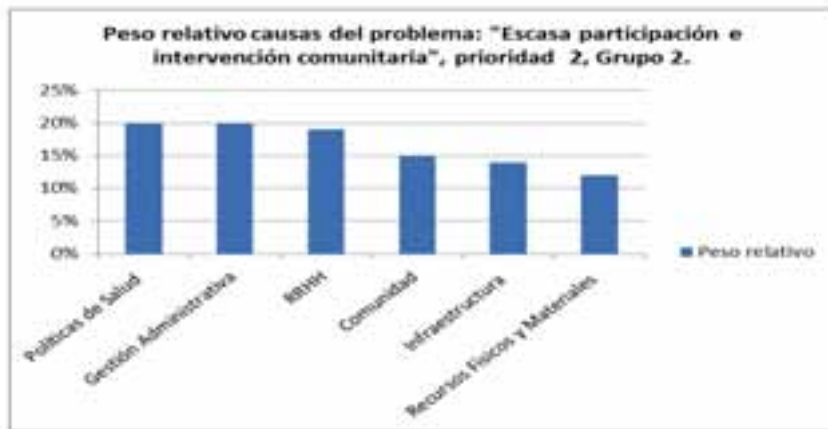


Fuente: Elaboración propia. Diplomado Enfoques y Nuevas Perspectivas para la Atención Primaria de Salud, (2010).

la Atención

2° Escasa participación e intervención comunitaria (Gráfico N°5), se explica por las siguientes causas: Políticas de Salud (20%), Gestión Administrativa (20%), RRHH (19%), Comunidad (15%), Infraestructura (14%), Recursos Físicos y Materiales (12%).

Gráfico N°5:



Fuente: Elaboración propia. Diplomado Enfoques y Nuevas Perspectivas para la Atención Primaria de Salud, (2010).

3° Clima organizacional en APS (Gráfico N°6), se explica por las siguientes causas: RRHH (28%), Gestión Administrativa (20%), Políticas de Salud (19%), Gremios (12%), Comunidad (11%), Infraestructura (10%).

Gráfico N°6:

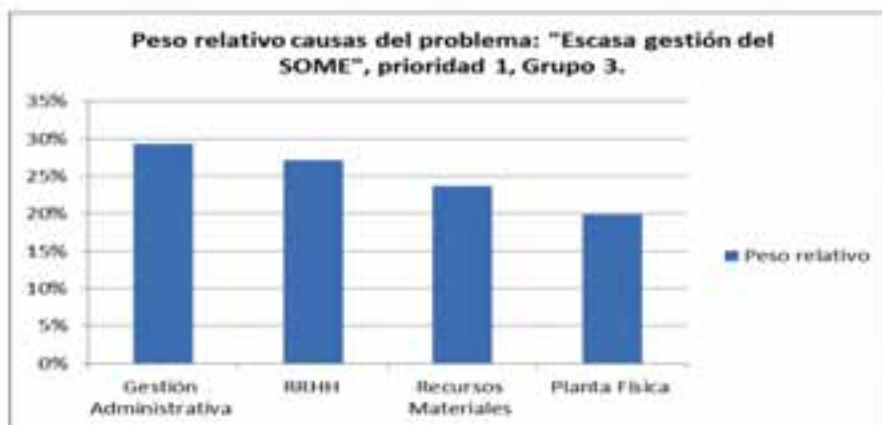


Fuente: Elaboración propia. Diplomado Enfoques y Nuevas Perspectivas para la Atención Primaria de Salud, (2010).

GRUPO C. Las áreas más críticas de la APS para este grupo fueron: 1° Escasa Gestión de SOME, 2° Políticas locales de Salud, y 3° Enfoque de equipo multidisciplinario.

1° Escasa Gestión de SOME (Gráfico N°7), la cual se explica por las siguientes causas: Gestión Administrativa (29%), RRHH (27%), Recursos Materiales (24%), Planta Física (20%).

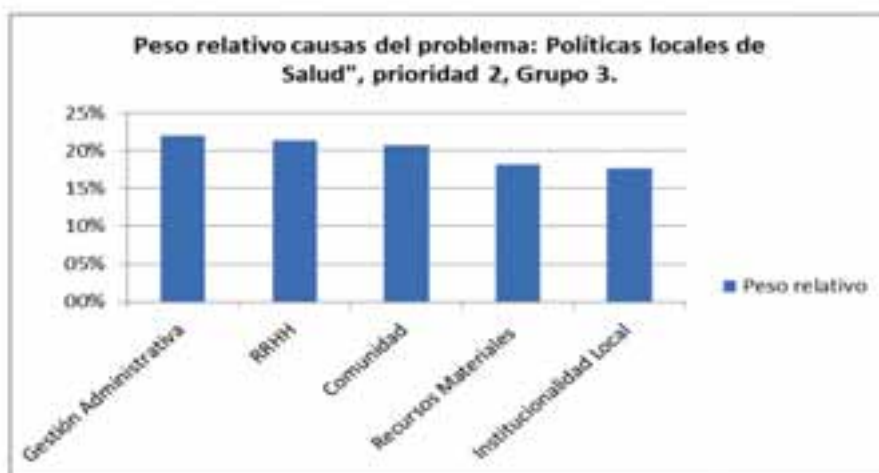
Gráfico N°7:



Fuente: Elaboración propia. Diplomado Enfoques y Nuevas Perspectivas para la Atención Primaria de Salud, (2010).

2° Políticas locales de Salud (Gráfico N°8), se explica por las siguientes causas: Gestión Administrativa (22%), RRHH (21%), Comunidad (21%), Recursos Materiales (18%), Institucionalidad Local (18%).

Gráfico N°8:



Fuente: Elaboración propia. Diplomado Enfoques y Nuevas Perspectivas para la Atención Primaria de Salud, (2010).

3° Enfoque de equipo multidisciplinario (Gráfico N°9), se explica por las siguientes causas: RRHH (28%), Gestión Administrativa (27%), Planta Física (23%), Recursos Materiales (22%).

Gráfico N°9:

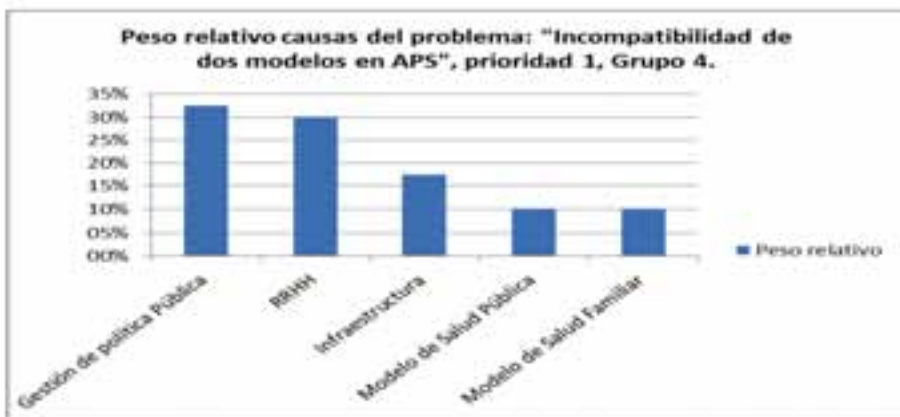


Fuente: Elaboración propia. Diplomado Enfoques y Nuevas Perspectivas para la Atención Primaria de Salud, (2010).

GRUPO D. Las áreas más críticas de la APS para este grupo fueron: 1° Incompatibilidad de dos Modelos en APS, 2° Mala gestión del SOME y 3° Trabajo en equipo.

1° Incompatibilidad de dos Modelos en APS (Gráfico N°10), se explica por las siguientes causas: Gestión de política Pública (33%), RRHH (30%), Infraestructura (18%), Modelo de Salud Pública (10%), Modelo de Salud Familiar (10%).

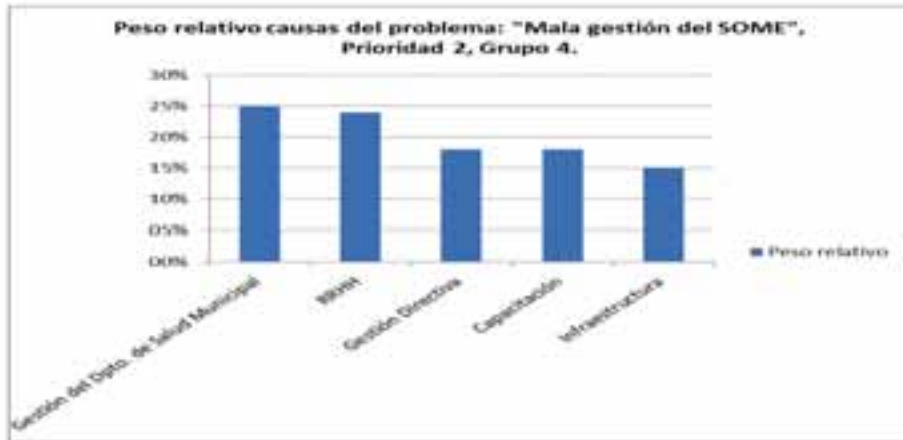
Gráfico N°10:



Fuente: Elaboración propia. Diplomado Enfoques y Nuevas Perspectivas para la Atención Primaria de Salud, (2010).

2° Mala gestión del SOME (Gráfico N° 11), se explica por las siguientes causas: Gestión del Dpto. de Salud Municipal (25%), RRHH (24%), Gestión Directiva (18%), Capacitación (18%), Infraestructura (15%).

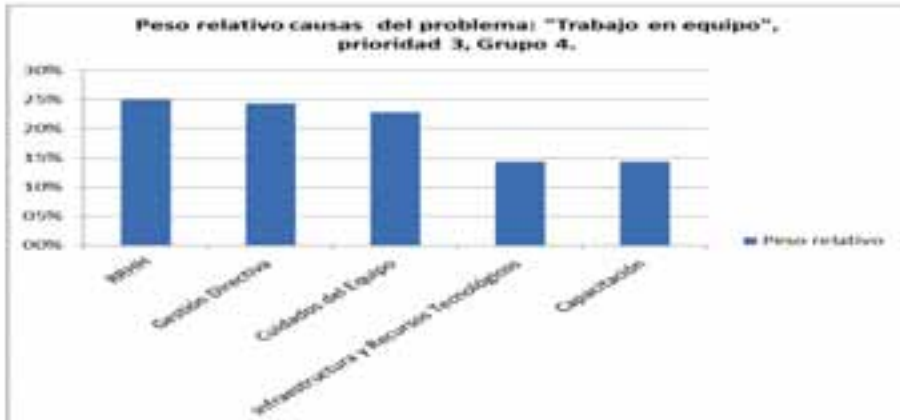
Gráfico N° 11:



Fuente: Elaboración propia. Diplomado Enfoques y Nuevas Perspectivas para la Atención Primaria de Salud, (2010).

3° Trabajo en equipo (Gráfico N° 12), se explica por las siguientes causas: RRHH (25%), Gestión Directiva (24%), Cuidados del Equipo (23%), Infraestructura y Recursos Tecnológicos (14%), Capacitación (14%).

Gráfico N° 12:



Fuente: Elaboración propia. Diplomado Enfoques y Nuevas Perspectivas para la Atención Primaria de Salud, (2010).

GRUPO E. Las áreas más críticas de la APS para este último grupo fueron: 1° Descripción de Procesos, 2° Clima Organizacional y 3° Cultura Organizacional.

1° Descripción de Procesos (Gráfico N°13), se explica por las siguientes causas: Técnico Administrativo (41%), RRHH (31%), Factores externos a la institución (18%), Método (10%).

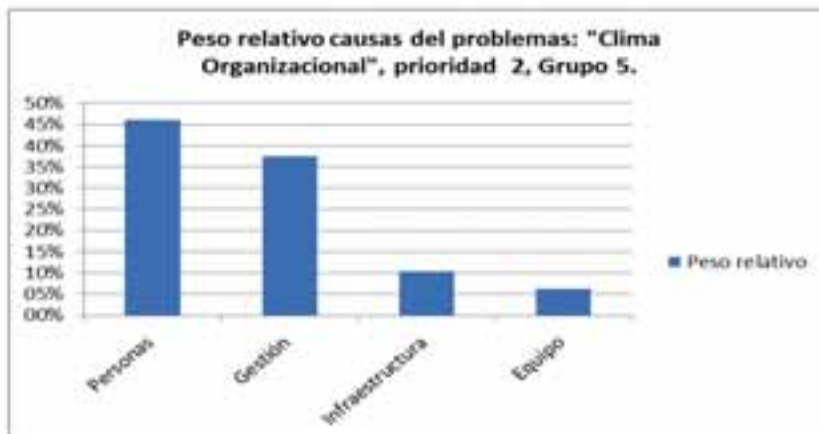
Gráfico N° 13:



Fuente: Elaboración propia. Diplomado Enfoques y Nuevas Perspectivas para la Atención Primaria de Salud, (2010).

2° Clima Organizacional (Gráfico N°14), se explica por las siguientes causas: Personas (46%), Gestión (37%), Infraestructura (10%), Equipo (6%).

Gráfico N° 14:



Fuente: Elaboración propia. Diplomado Enfoques y Nuevas Perspectivas para la Atención Primaria de Salud, (2010).

3° Cultura Organizacional (Gráfico N° 15), se explica por las siguientes causas: Personas (47%), Gestión (29%), Equipo (16%), Institución (8%).

Gráfico N° 15:



Fuente: Elaboración propia. Diplomado Enfoques y Nuevas Perspectivas para la Atención Primaria de Salud, (2010).

Diagrama N° 1: Una visión global del resultado de los trabajos grupales, reflejado en los Diagramas de Causa y Efecto (Ishikawa)^{22 23}

22.- En este Mapa conceptual está la síntesis del trabajo realizado por los grupos. En cada rama, correspondiente a cada grupo de trabajo, hay tres áreas problema, dispuestas en orden de priorización. Dentro de cada área problema están las causas del mismo, con sus respectivos pesos relativos dentro del área problema.

23.- Para la realización del Mapa Conceptual se usó como insumo el resultado de las Matrices de riesgo de cada grupo de trabajo y para su representación gráfica el software FreeMind.

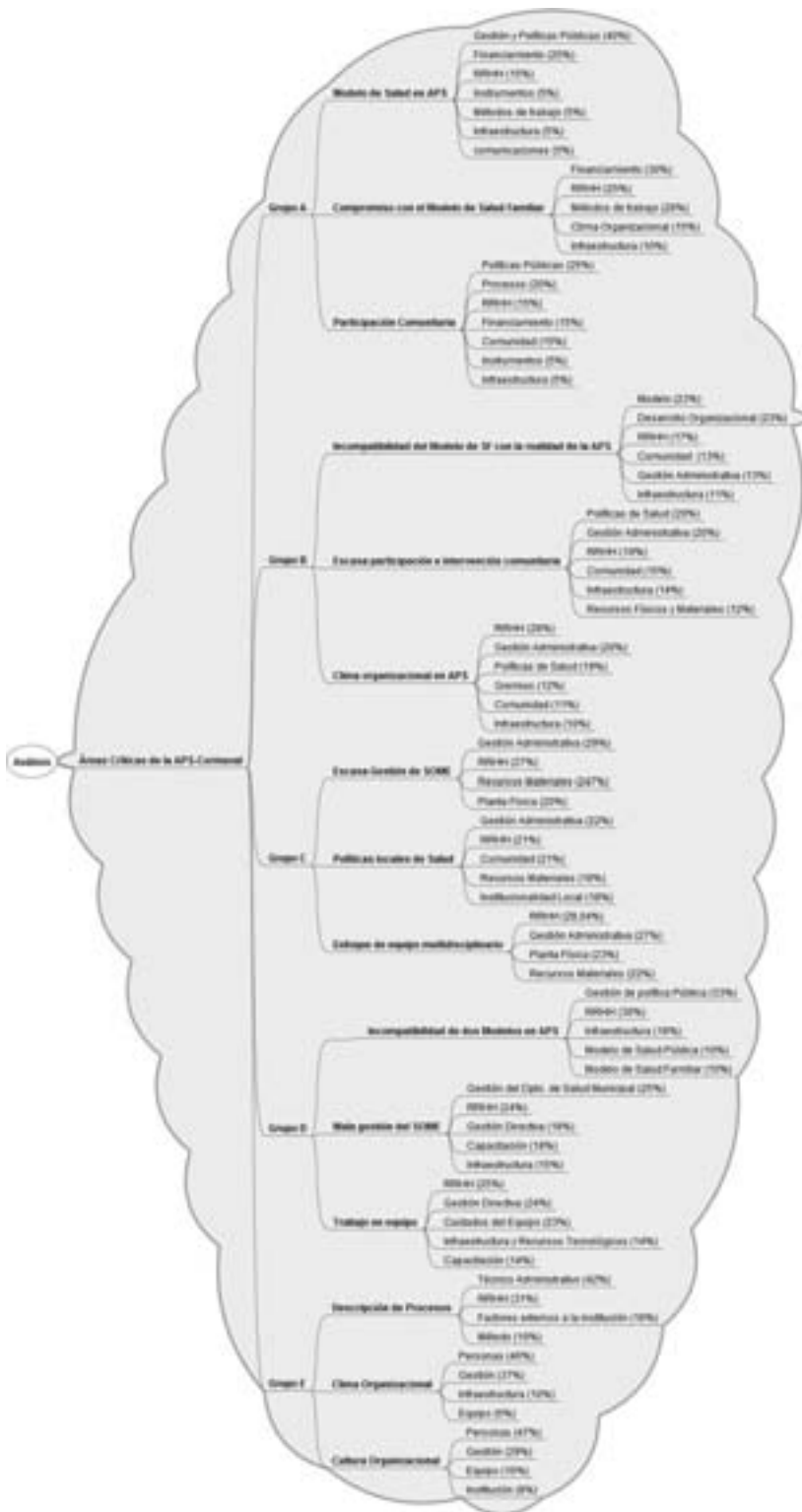


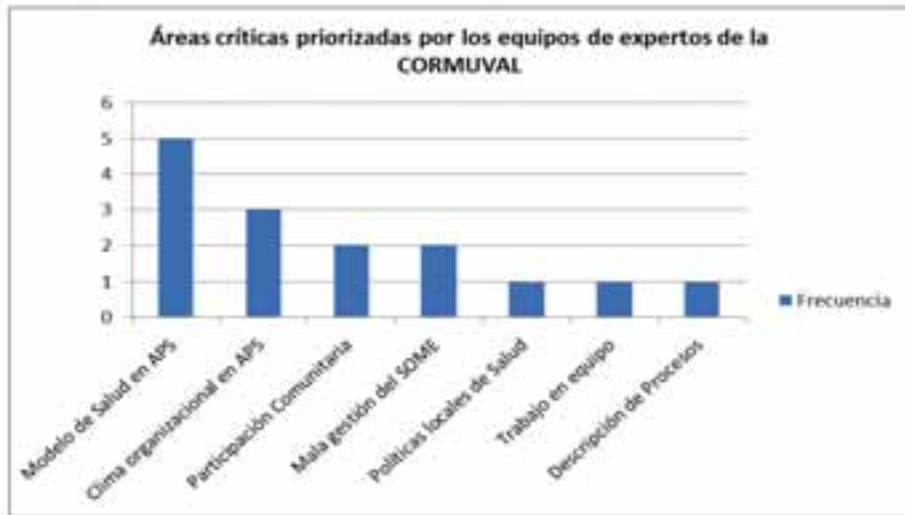
Tabla N°2
Resultados generales de los Diagramas de Causa y Efecto (Ishikawa)²⁴

ÁREAS CRÍTICAS DE LA APS COMUNITARIA				
Grupo	Prior	Área Problema	Causas del problema	Peso relativo
1	1	Modelo de Salud en APS	Acción y Políticas Públicas	40%
1	1	Modelo de Salud en APS	Financiamiento	30%
1	1	Modelo de Salud en APS	Recursos	15%
1	1	Modelo de Salud en APS	Instrumentos	10%
1	1	Modelo de Salud en APS	Métodos de trabajo	10%
1	1	Modelo de Salud en APS	Infraestructura	10%
1	1	Modelo de Salud en APS	Organizaciones	10%
1	2	Compatibilidad con el Modelo de Salud Familiar	Financiamiento	30%
1	2	Compatibilidad con el Modelo de Salud Familiar	Recursos	30%
1	2	Compatibilidad con el Modelo de Salud Familiar	Métodos de trabajo	20%
1	2	Compatibilidad con el Modelo de Salud Familiar	Clima Organizacional	15%
1	2	Compatibilidad con el Modelo de Salud Familiar	Infraestructura	10%
1	3	Participación Comunitaria	Políticas Públicas	30%
1	3	Participación Comunitaria	Procesos	20%
1	3	Participación Comunitaria	Recursos	15%
1	3	Participación Comunitaria	Instrumentos	15%
1	3	Participación Comunitaria	Instrumentos	10%
1	3	Participación Comunitaria	Infraestructura	10%
2	1	Compatibilidad del Modelo de SF con la realidad de la APS	Modelo	30%
2	1	Compatibilidad del Modelo de SF con la realidad de la APS	Actuación Organizacional	20%
2	1	Compatibilidad del Modelo de SF con la realidad de la APS	Recursos	15%
2	1	Compatibilidad del Modelo de SF con la realidad de la APS	Comunidad	15%
2	1	Compatibilidad del Modelo de SF con la realidad de la APS	Gestión Administrativa	10%
2	1	Compatibilidad del Modelo de SF con la realidad de la APS	Infraestructura	10%
2	2	Bases participativas e intervención comunitaria	Políticas de Salud	30%
2	2	Bases participativas e intervención comunitaria	Gestión Administrativa	20%
2	2	Bases participativas e intervención comunitaria	Recursos	15%
2	2	Bases participativas e intervención comunitaria	Comunidad	15%
2	2	Bases participativas e intervención comunitaria	Infraestructura	10%
2	2	Bases participativas e intervención comunitaria	Recursos Humanos y Materiales	10%
2	3	Clima organizacional en APS	Recursos	30%
2	3	Clima organizacional en APS	Gestión Administrativa	30%
2	3	Clima organizacional en APS	Políticas de Salud	15%
2	3	Clima organizacional en APS	Instrumentos	10%
2	3	Clima organizacional en APS	Comunidad	10%
2	3	Clima organizacional en APS	Infraestructura	10%
3	1	Bases Gestión de SOAPS	Gestión Administrativa	30%
3	1	Bases Gestión de SOAPS	Recursos	20%
3	1	Bases Gestión de SOAPS	Políticas Públicas	20%
3	2	Políticas locales de Salud	Gestión Administrativa	20%
3	2	Políticas locales de Salud	Recursos	20%
3	2	Políticas locales de Salud	Comunidad	20%
3	2	Políticas locales de Salud	Recursos Materiales	18%
3	2	Políticas locales de Salud	Institucionalidad Local	17%
3	3	Políticas de equidad multidimensional	Recursos	28%
3	3	Políticas de equidad multidimensional	Gestión Administrativa	27%
3	3	Políticas de equidad multidimensional	Políticas Públicas	23%
3	3	Políticas de equidad multidimensional	Recursos Materiales	21%
4	1	Compatibilidad de dos Modelos en APS	Gestión de políticas Públicas	30%
4	1	Compatibilidad de dos Modelos en APS	Recursos	30%
4	1	Compatibilidad de dos Modelos en APS	Infraestructura	17%
4	1	Compatibilidad de dos Modelos en APS	Modelo de Salud Pública	10%
4	1	Compatibilidad de dos Modelos en APS	Modelo de Salud Familiar	10%
4	2	Mala gestión del SOAPS	Gestión del Ciclo de Salud Municipal	30%
4	2	Mala gestión del SOAPS	Recursos	24%
4	2	Mala gestión del SOAPS	Gestión Directiva	18%
4	2	Mala gestión del SOAPS	Comunidad	18%
4	2	Mala gestión del SOAPS	Infraestructura	10%
4	3	Trabajo en equipo	Recursos	25%
4	3	Trabajo en equipo	Gestión Directiva	24%
4	3	Trabajo en equipo	Control del Equipo	22%
4	3	Trabajo en equipo	Infraestructura y Recursos Tecnológicos	14%
4	3	Trabajo en equipo	Comunidad	14%
5	1	Resolución de Procesos	Técnicas Administrativas	41%
5	1	Resolución de Procesos	Recursos	31%
5	1	Resolución de Procesos	Políticas internas a la institución	17%
5	1	Resolución de Procesos	Instrumentos	9%
5	2	Clima Organizacional	Recursos	40%
5	2	Clima Organizacional	Gestión	37%
5	2	Clima Organizacional	Infraestructura	10%
5	2	Clima Organizacional	Equipo	9%
5	3	Cultura Organizacional	Gestión	29%
5	3	Cultura Organizacional	Equipo	19%
5	3	Cultura Organizacional	Infraestructura	9%

Fuente: Elaboración propia. Diplomado Enfoques y Nuevas Perspectivas para la Atención Primaria de Salud, (2010).

24.- Ordenados dentro de cada grupo por área problema.

Gráfico N° 16. Visión agregada de las áreas críticas priorizadas y causas de las mismas.²⁵



Fuente: Elaboración propia. Diplomado Enfoques y Nuevas Perspectivas para la Atención Primaria de Salud, (2010).

Gráfico N° 17. Principales causas de las áreas problema en APS, según Panel de expertos de la CORMUVAL



Fuente: Elaboración propia. Diplomado Enfoques y Nuevas Perspectivas para la Atención Primaria de Salud, (2010).

25.- Representa la frecuencia con que aparecen las áreas problema, priorizadas, y las causas de los distintos problemas priorizados.

3. Discusión

La Reforma de Salud en Chile, vigente desde la promulgación de la Ley de Autoridad Sanitaria y de Gestión en Red el año 2004, explícitamente señala que los cambios esperados para lograr los objetivos sanitarios propuestos dependen, entre otros, del trabajo en red centrado en la Atención Primaria de Salud (APS) y basado en un modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar.

Los resultados obtenidos en los Centros de Salud y Consultorios estudiados, después de poco de más de seis años de iniciada la Reforma, señalan que aún persisten problemas importantes en la implementación y apropiación del modelo por parte de los equipos de salud, una escasa participación de la comunidad y en problemas organizativos internos de los establecimientos de salud.

Respecto a la identificación de problemas, es significativo que algunos grupos de participantes señalen que los problemas más críticos y relevantes del Centro de Salud tienen que ver precisamente con el modelo de salud definido o con el compromiso que los equipos de salud tienen con el mismo. Incluso algunos de ellos señalan la incompatibilidad de modelo de salud familiar con la realidad de la APS. Si bien se señalan diferentes causas que explicarían este fenómeno, tales como debilidades en la gestión de las políticas públicas, financiamiento, infraestructura o desarrollo organizacional, el hecho significativo es que a juicio de estos actores se estaría poniendo en tela de juicio aquello que está en la base y sustenta el proceso de reforma.

Habría en este sentido una falta de diálogo entre quienes diseñan y planifican la política pública (entidades rectoras y normativas del nivel central) y quienes son los encargados de implementarla (instituciones y profesionales prestadores de salud). Por otra parte, se percibe una cierta contradicción o incompatibilidad entre el cumplimiento de metas o resultados de producción de servicios, frecuentemente ligados a la entrega de recursos financieros e incentivos al cumplimiento, y la realización del modelo de atención. Es por ello que la explicación de las causas de las dificultades para la implantación y el compromiso con el modelo de salud familiar, fueron relacionados especialmente con la generación de las políticas públicas y con el sistema de financiamiento, y no, como se podría haber esperado, con problemas relacionados con la gestión clínica (métodos de trabajo) o con recursos (tales como falta de profesionales o infraestructura).

Otro hallazgo que debe llevar a la reflexión dice relación con la participación comunitaria. Efectivamente, algunos de los equipos de salud perciben como un factor crítico del Centro de Salud la escasa participación e intervención de la comunidad, la cual se mantiene en un rol predominantemente demandante de servicios, pero que no se hace parte de la solución de los mismos. Aquí, nuevamente, el peso mayor de las causas señaladas dicen relación con la gestión de las políticas públicas y la gestión administrativa, lo que lleva a pensar que esta situación no va a cambiar a menos que exista una intención clara por parte de las autoridades sectoriales por modificarla.

También se requiere mayor investigación y adecuación de los modelos de participación comunitaria, en concordancia con los cambios ocurridos en la sociedad chilena. Debieran

revisarse los canales, mecanismos y significados de participación social que se utilizan; muchas veces éstos responden más a los paradigmas y modelos históricamente utilizados por los equipos de salud que a las expectativas, formas de expresión y significados de su relación con el Estado que hoy tienen los ciudadanos. De allí que el mayor peso de la escasa participación se atribuya a causas relacionadas con las políticas de salud y la gestión administrativa y técnica, antes que con aquellas relacionadas con la disponibilidad de recursos.

Respecto a los problemas identificados con la organización y administración interna de los Centros de Salud, ellos se dividen en problemas relacionados con la gestión del personal (clima organizacional, trabajo en equipo, cultura organizacional) y en la gestión de los Servicios de Orientación Médica y Estadística (SOME). Este último aspecto es igualmente relevante en la gestión de la red interna y externa del Centro de Salud, la cual no sólo puede ser una causal importante de insatisfacción por parte de la población con la calidad global de los servicios recibidos, sino que también puede perturbar de forma importante la adecuada referencia y contrareferencia dentro de la red asistencial.

Siendo el componente asistencial de la atención de salud fuertemente dependiente de la relación entre prestador y usuario, la sensación de desgaste de los recursos humanos que se advierte en el estudio, requiere una especial preocupación por el bienestar y salud integral de los propios trabajadores; sería difícil esperar una mejoría en la satisfacción del usuario si no se implementan políticas y programas orientadas a preparar al personal de salud para trabajar en situaciones de alta presión y demanda (autocuidado).

Probablemente también hay que profundizar en los aspectos relacionados con la gestión de la demanda por atención médica, el manejo de las agendas médicas para la atención diferida o el enfrentamiento de los tiempos de espera y eliminación de las llamadas colas o filas para conseguir hora de atención médica.

Tan relevante como los problemas que se identifican por parte de los participantes del estudio, pueden ser aquellos temas o problemas que no fueron identificados o visualizados como tales, y que sin embargo constituyen componentes fundamentales de la agenda de las políticas públicas. Así, por ejemplo, llama la atención la ausencia de mención de ámbitos tales como la calidad de la atención de salud y componentes derivados de la misma, como la satisfacción del usuario con el trato recibido o con la relación proveedor usuario.

Finalmente, cabe mencionar que el tipo de problemas menos significativos señalados por el personal de salud son aquéllos relacionados con la infraestructura y los recursos físicos y materiales. Esto contrastaría con el énfasis y acento de la inversión pública en infraestructura, en desmedro de aquella que se realiza en los recursos humanos. Sin desmerecer la importancia que tiene dotar de recursos físicos y tecnológicos adecuados y modernos a los servicios de salud, habría que poner igual énfasis y preocupación por los aspectos relacionales en la atención sanitaria y legitimación de las políticas públicas ante los funcionarios de salud y la población en general.

Conclusión

Las políticas de salud para la Atención Primaria de Salud en Chile se centran principalmente en el logro de metas específicas, que para muchos municipios se deben realizar con recursos materiales y humanos escasos. Esta diada ha creado una gran presión de trabajo en los equipos de salud, impidiendo la creación de espacios de reflexión donde los equipos sean capaces de observar cómo realizan su trabajo y si es necesario hacer cambios o desarrollar nuevas estrategias. Entendemos que es responsabilidad de los equipos dar a conocer sus necesidades y falencias ante una comunidad altamente demandante por mayor y mejor atención.

El desarrollo de un programa de formación acción donde los equipos de salud encuentran y crean por sí mismos sus espacios de reflexión, fortalece el desarrollo de un análisis crítico respecto a su entorno, interno y externo. Respecto al análisis externo, los estudios e investigaciones en APS se centran principalmente en el usuario externo y sus necesidades, no abordando la relación directa entre los equipos de salud, el cumplimiento de metas y los grados de satisfacción que estos equipos alcanzan en el camino hacia el cumplimiento de dichas metas.

Por otra parte, la detección de problemas estructurales del sistema de atención primaria de salud en Chile y las reales causas de estos problemas, bajo la percepción cualitativa de los equipos locales, permite la determinación de una línea base para el desarrollo de proyectos de intervención específicos en cada una de las áreas del desarrollo local y comunitario. Prueba de ello es que dentro del esquema de priorización de problemas, analizados por el grupo de participantes de esta experiencia, se destaca que entre los motivos prioritarios de satisfacción personal se encuentra el buen ambiente laboral y particularmente el desarrollo de recursos humanos.

Como contrapunto a lo señalado, en la medida que los equipos locales desarrollen intervenciones específicas, independiente del área a intervenir, será la propia comunidad la que se beneficiará con la intervención realizada.

El desarrollo del programa de formación acción, llevado a cabo en esta oportunidad en la Corporación Municipal de Valparaíso, viene a materializar el esfuerzo que el ámbito académico debe desarrollar para contribuir al fortalecimiento de la APS en Chile. La creación de espacios de reflexión y de análisis como éste contribuye al desarrollo de una masa crítica de trabajadores y trabajadoras que ve y siente que es aquí, en este espacio de la APS, donde se deben centrar los esfuerzos organizacionales, una demanda para que los policy makers aborden los nuevos desafíos que la Atención Primaria de Salud en Chile necesita desarrollar.

Agradecimientos

El presente artículo es parte integral del desarrollo académico de los autores. Se agradece en forma particular a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile por la oportunidad de realizar esta experiencia innovadora en la ciudad de Valparaíso, potenciando su rol de acercamiento a la realidad sanitaria nacional y particularmente a los equipos de trabajo de la atención primaria de salud.

Bibliografía

Armas, R., Torres, A., Arriagada, J., Muñoz, F., Salinas, R., & Crocco, P. (2010). Proceso para priorizar las líneas de investigación esencial de interés para el Ministerio de Salud de Chile. *Revista Médica de Chile*, 401-405.

Canales, M., (Coordinador-editor). (2006). *Metodologías de Investigación Social*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.

Capponi, R. (2004). *El amor después del amor* (2a. ed.). Santiago de Chile: Ed. Grijalbo.

Ellis, R. (2004). *Modelo de Ajuste de Riesgo. Modelo de Atención en Salud*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.

Hernández, R., Fernández-Collado, C., & Baptista, P. (2008). Metodología de la investigación. En R. Hernández, C. Fernández-Collado, & P. Baptista, *Metodología de la investigación* (págs. 341-351). México D.F.: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A.

Hidalgo, C. C. (1999). *Salud Familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Hopkins, J. (1998). *Cost of Health*. New York: The John Hopkins School of Hygiene and Public Health.

Konow, I., & Pérez, G. (1990). Método Delphi. En H. Acuña, I. Konow, & (compiladores), *Métodos y técnicas de investigación prospectiva para la toma de decisiones* (págs. 7-32). Santiago: Fundación de Estudios Prospectivos, Planificación Estratégica y Decisiones de Alto Nivel de la Universidad de Chile.

Martínez O., L. (1999). *Justicia y Medicina Pública. Del principio ético a los desafíos en su aplicación*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.

Martín-Zurro, A. (1993). *Manual de Atención Primaria* (2a. Edición ed.). Madrid: Doyma Ediciones.

Ministerio de Salud. (1981). *Anales Ministerio de Salud. Servicio Nacional de Salud*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud. (2002). *Objetivos Sanitarios y Modelo de Salud para la Década 2000-2010*. Santiago de Chile: Documento Oficial. Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud, Depto. APS. (2002). *Salud Familiar: Período 1990-2002*. Santiago de Chile: Departamento Atención Primaria. Ministerio de Salud.

OMS. (1978). *Conferencia Internacional de Alma-Ata*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Sautu, R., Boniolo, P., Dalle, P., & Elbert, R. (2010). *Manual de Metodología*. Buenos Aires: Prometeo Libros.

Scribano, A. O. (2008). El proceso de Investigación social cualitativo. Buenos Aires: Prometeo Libros.

Secretaría Técnica Asesora para el FSS, Ministerio de Salud. (2009). Insumos para un plan de fortalecimiento del sector salud. Santiago: Ministerio de Salud.

Encuesta Nacional de Opinión Pública del ICHEM: Análisis Longitudinal de Resultados 2009 - 2012

Jorge Morales Jacob²⁶

Fecha de Recepción: 7/07/2012
Fecha de Aceptación: 20/08/2012

Resumen

Desde el año 2008, el Instituto Chileno de Estudios Municipales de la Universidad Autónoma de Chile (ICHEM) ha desarrollado, como una de sus principales actividades, una encuesta que tiene como especificidad conocer la percepción de los habitantes de distintas comunas de Chile sobre sus municipios y temas locales que les conciernen. A partir de allí, se han elaborado preguntas que han estado presentes en todas las versiones de esta medición.

En este artículo, se realiza una mirada longitudinal de los resultados que arroja la Encuesta para el período 2009 – 2012, con respecto a temas que han sido relevantes en la agenda nacional y local. Entre los resultados expuestos, el análisis muestra, no sin variaciones, que la población percibe la Delincuencia como el principal problema que la afecta, manteniéndose la tendencia. En cambio, el problema de la Atención de Salud primaria emerge significativamente como problema central en los municipios recién a partir de los últimos tres años (2010 - 2012). Algo similar sucede con la Educación, que solo a partir de los últimos dos años (2011 - 2012), cobra mayor relevancia en la población encuestada a nivel comunal.

Palabras clave: Percepción ciudadana, opinión pública local, municipios, problemas locales, educación, salud, seguridad ciudadana

Abstract

Since 2009, the Instituto Chileno de Estudios Municipales – Chilean Instituto of Municipal Studies – has carried out, as one of its main activities, a poll whose purpose is to know how the residents of local communities in Chile perceive their municipalities and the topics they are in charge of. Thereupon, it has devised questions that have been included in all of the versions of these samplings.

The present article presents a longitudinal look of the results that have come up from its main poll for the 2009-2011 term of those topics that have been relevant in the national and local agenda. Among those results, the analysis shows, with different variations, that the population perceives delinquency as the main problem that affects them. In this item, the tendency has maintained. On the other hand, the problem of Primary Health Attention has emerged recently as a central dilemma in municipalities (2010-2012). Something similar occurs with Education. Only since the two last years (2011-2012) it has become an important issue among the people surveyed in local areas.

Key Words: Population perception, local public opinion, municipalities, local problems, education, health, public safety.

26.- Sociólogo (Universidad de Chile) y Profesor de Enseñanza Media en Matemática y Estadística (ARCIS), cursa el IV Semestre del Magister de Gestión Pública y Desarrollo Regional y Local (Universidad de Los Lagos). Es Investigador del Instituto Chileno de Estudios Municipales. Correo: jmorales@ichem.cl

Resumo

Desde o ano 2008, o Instituto Chileno de Estudos Municipais da Universidade Autônoma de Chile (ICHEM) tem desenvolvido, como uma das suas principais atividades, uma pesquisa que tem como especificidade conhecer a percepção dos habitantes de distintas comunas de Chile sobre seus municípios e temas locais que corresponde a eles. A partir de este momento, se elaboraram perguntas que estão presentes em todas as versões de esta medição. Em este artigo, se realiza uma mirada longitudinal dos resultados que entrega a Pesquisa para o período 2009 – 2012, com respeito a temas que foram relevantes na agenda nacional e local. Entre os resultados mostrados, a análise mostra sem variações que a população percebe a Delinquência como o principal problema que afeta, mantendo a tendência. Em troca, o problema da Atenção da Saúde primária emerge significativamente como problema central nos municípios recém a partir dos últimos três anos (2010 - 2012). Algo parecido acontece com a Educação, que somente a partir dos últimos dois anos (2011 – 2012), cobra maior relevância na população pesquisada em nível de comuna.

Palavras-Chave: Percepção dos cidadãos, opinião pública local, municípios, problemas locais, educação, saúde, segurança dos cidadãos.

Introducción

El Instituto Chileno de Estudios Municipales de la Universidad Autónoma de Chile (ICHEM), a través su Área de Estudios, ha realizado, desde su creación, diversos estudios sobre variadas temáticas municipales.²⁷ Uno de los estudios más importantes que ha realizado es la Encuesta Nacional de Opinión Pública (en adelante ENOP) que el ICHÉM aplica, a nivel nacional y de manera periódica, desde el año 2009. Esta encuesta se diseñó con el objetivo de conocer y registrar las percepciones que los propios habitantes de las comunas tienen sobre diversos temas a nivel local, a saber: problemas, autoridades y mecanismos de participación en sus territorios comunales; aplicando para ello una mirada longitudinal²⁸ a cada fenómeno estudiado.

Con los años, la encuesta ha sido modificada para abordar temáticas que van siendo contingentes año a año, pero siempre conservando los temas nucleares con los que se estructuró en un comienzo.

El presente artículo aborda, desde un análisis longitudinal, los resultados de sus aplicaciones, es decir, las percepciones de los encuestados acerca de los principales temas revisados en la encuesta a lo largo de los años, temas que resultan susceptibles de ser revisados en el actual escenario municipal en Chile.

El objetivo de trazar una línea longitudinal es constatar si han existido cambios significativos en las variables estudiadas para así observar la posible presencia de una evolución o modificación en las demandas para los municipios.

27.- Puede descargar los estudios de los años 2011 y 2012 en www.ichem.cl

28.- Se entiende por análisis longitudinal de resultados aquel que observa el comportamiento, en este caso, de una serie de mediciones a muestras representativas de una misma población, a lo largo del tiempo – Diseño de Tendencias. (Tipos de encuestas considerando la dimensión temporal, Vidal Díaz de Rada, Universidad Pública de Navarra. Departamento de Sociología Campus de Arrosadía s/n. 31006 Pamplona- Papers 86, 2007)

I. El Problema

Los municipios no son solo constructos político administrativos, sustentados en andamiajes jurídicos, que deben cumplir con tareas específicas en territorios determinados; no solo administran bienes y servicios para la comunidad. La visión actual de municipio ve al gobierno comunal como una instancia capaz de articular políticas públicas respondiendo a los intereses y necesidades de la comunidad y entendiendo que estos no son estáticos, sino que varían durante el tiempo (Delamaza y Flores, 2009; Durston, 1999). Para lograr estos objetivos es necesario conocer cuáles son los intereses y necesidades de las personas y, lo más relevante, saber cómo cambian y evolucionan.

Los estudios sobre percepción de temas de opinión pública en Chile (encuestas CEP, CERC, Adimark, por ejemplo) han utilizado un enfoque transversal para analizar las percepciones a nivel local. Y, muchas veces, sustentados en una visión de lo local o comunal como instancia jurídica - el municipio- antes que como un territorio articulado en una compleja trama de dimensiones que lo constituyen como tal.

A la luz de la limitación de dichos estudios, se ha considerado necesario desde el ICHEM tener una visión diferente sobre el fenómeno de la percepción de los gobiernos locales. Por eso, la ENOP ha sido concebida como una encuesta aplicable longitudinalmente, la que, a través del tiempo, se ha modificado y ampliado para abordar los temas originales de la encuesta en una clave más local. A la vez, con los años se le han introducido también nuevas temáticas; dicha inclusión ha querido responder a las inquietudes y temas que la propia ciudadanía ha puesto en la agenda nacional.

2. Metodología e Historia de la ENOP

Desde sus inicios, la Encuesta Nacional de Opinión Pública (ENOP) fue conceptualizada como una encuesta que formaba parte de una investigación cuantitativa de tipo exploratorio descriptiva, de carácter longitudinal. En tal sentido, se entendió, a manera de hipótesis, que la percepción sobre los temas que conformaban la encuesta variaría de año en año, dependiendo de las contingencias que experimentara la agenda pública. También se asumió que, por esos mismos motivos, la ENOP podría experimentar algún cambio, sin que ello significase eliminar los temas que la constituyeron en un inicio. Así, para comprender la metodología de la ENOP resulta conveniente revisar su historia y evolución.

3. Historia y Evolución de la ENOP

Originalmente, la ENOP se diseñó en base a las distintas encuestas que en esos momentos se realizaban en Chile en torno a la temática municipal y desde la misma experiencia de estudios del ICHEM, considerando algunos aspectos que tenían que ver con el entorno local a nivel ciudadano. El enfoque de esta primera versión de la ENOP se centraba en la percepción de los aspectos jurídico administrativos de los municipios en Chile, dando cierta relevancia a los temas locales.

La primera versión de la ENOP data de 2009. Sus contenidos se centraban en cinco grandes temas, incluidos en sendos módulos y divididos en 24 preguntas. Ese mismo año se aplicó a una muestra de 1.487 personas, de distintas comunas de Chile. Los temas que la encuesta tocaba en ese entonces versaban sobre el conocimiento y evaluación de:

- a) La institucionalidad municipal
- b) Los problemas de la comuna
- c) Los temas que debieran tratar las autoridades municipales
- d) Instrumentos de participación social
- e) Seguridad ciudadana

El 2010 se decidió incorporar un módulo de educación, que incluía preguntas sobre la evaluación de la educación municipal. Esto permitió acercar la encuesta a la realidad cotidiana de las personas de diferentes comunas. Ese año la ENOP se aplicó a 1.331 personas, de diferentes comunas del país.

El 2011 se incorporaron dos nuevos temas, a saber: la representatividad política de los gobernantes comunales, es decir, si la comunidad se sentía o no representada por sus autoridades. El segundo tema fue el tipo de liderazgo que las personas preferían para sus comunas. Estas nuevas incorporaciones se entendieron como elementos de percepción local y no como variables provenientes desde el marco jurídico administrativo. Ese año la encuesta se aplicó a una muestra de 1.242 personas de distintas comunas del país.

Finalmente, el 2012 se incorporó un cuarto tema nuevo, la gestión del riesgo. Desde este tema se pudo visualizar cómo las personas evaluaban a sus gobernantes en su capacidad de respuesta ante catástrofes o desastres naturales. Lógicamente, la incorporación de esta nueva variable obedeció a los acontecimientos que experimentó Chile desde el terremoto y maremoto el 27 de febrero de 2010 en materia de desastres naturales. Este año la encuesta se aplicó a 1.349 personas, de distintas partes del país, con muestras que han sido representativas de las 15 regiones de Chile. La encuesta se ha aplicado siempre bajo la modalidad cara a cara y ha tenido un error muestral que nunca ha superado el 3%.

3.1 Temas Considerados para este artículo

Para la redacción de este artículo, se decidió trabajar con aquellos temas que tuvieran mayor continuidad a lo largo de la historia de aplicación de la encuesta, es decir, que fueran susceptibles de ser considerados como utilizables en un análisis longitudinal. Así, los temas considerados para la entrega de sus resultados fueron el conocimiento y evaluación de la institucionalidad municipal, los problemas de la comuna y los temas que debieran tratar las autoridades municipales.

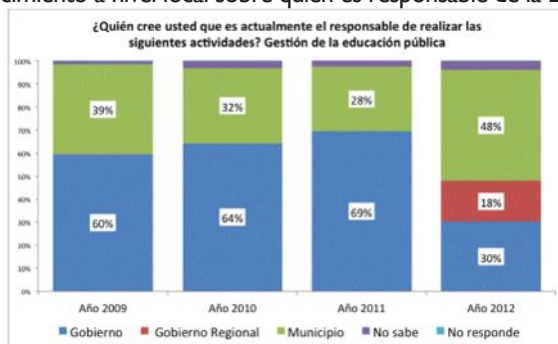
Resultados

Los siguientes resultados están divididos de acuerdo a los temas considerados como relevantes para este artículo. En cada presentación de resultados se hace un breve análisis descriptivo respecto de las variaciones experimentadas a lo largo de los años.

Conocimiento y Evaluación sobre la Institucionalidad Municipal: ¿Quién administra qué? ¿Quién debería administrar qué?

El siguiente gráfico da cuenta del resultado obtenido acerca de la educación pública:

Gráfico N° 1. Conocimiento a nivel local sobre quién es responsable de la Educación pública

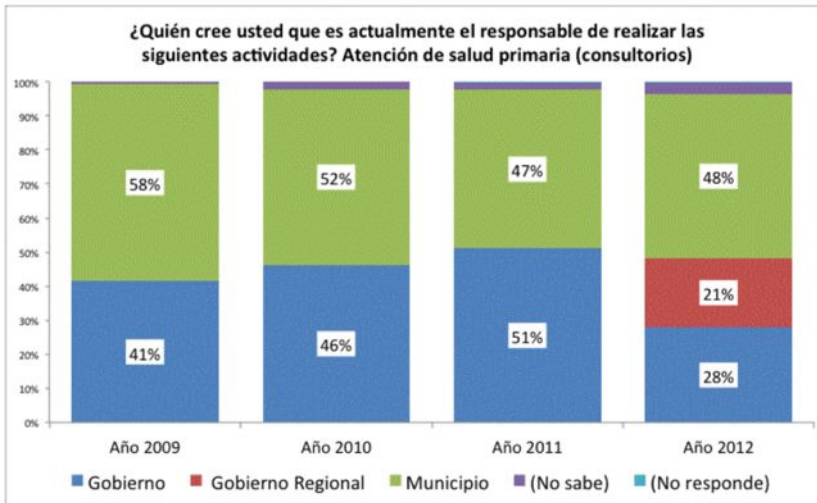


Fuente: Encuesta Nacional de Opinión Pública, ICHEM. Años 2009 – 2012.

La serie de datos 2009 – 2012 de la ENOP incluye preguntas con respecto al conocimiento que la población tiene sobre el ejercicio de ciertas responsabilidades. En este sentido, un primer aspecto importante a destacar dice relación con la Educación pública. Entre los años 2009 y 2011 la opinión de la población señala en forma creciente que es el Gobierno el responsable de dicho tema, pasando de un 60 por ciento a un 69 por ciento. Otra forma de mirar esta serie, e interesante de resaltar, es que decrece la opinión de los chilenos y chilenas de que son los municipios los responsables de la educación pública, pasando de un 39 por ciento a un 28 por ciento. Sin embargo, observando los datos para la encuesta 2012, la tendencia se revierte drásticamente: los municipios son los encargados actuales de la educación pública, según el 48 por ciento de la opinión pública. En contraposición, sólo un 30 por ciento señala que ésta es de responsabilidad del Gobierno central.

El siguiente gráfico da cuenta de los resultados sobre la salud primaria:

Gráfico N° 2. Conocimiento a nivel local sobre quién es responsable de la Atención de Salud Primaria

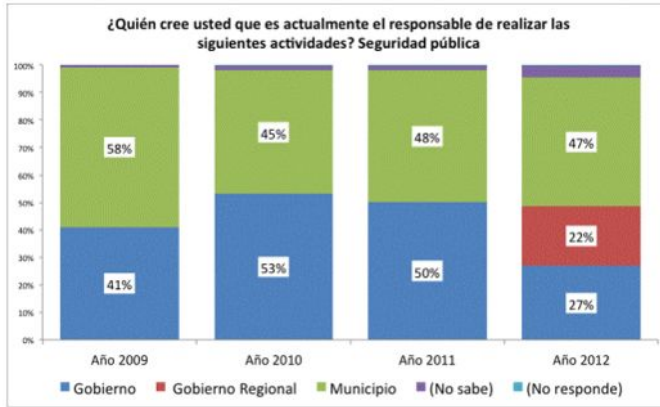


Fuente: Encuesta Nacional de Opinión Pública, ICHEM. Años 2009 – 2012.

Con respecto a la Atención de Salud Primaria, la tendencia indica que una parte importante de la población opina que son los municipios los encargados de administrarla y gestionarla. Para la encuesta de 2009 se encuentra el peak, donde un 58 por ciento de la población adhiere a esta opción, mientras que un 41 por ciento indica que la Atención de Salud Primaria es de responsabilidad del Gobierno. Aunque es posible observar que para los años posteriores hay una disminución en la proporción de opiniones que entregan la responsabilidad a los municipios, llegando al 48 por ciento el 2012, la tendencia de los últimos tres años indica que la población adjudica esta responsabilidad en forma similar tanto a los municipios como al Gobierno.

El gráfico siguiente muestra la variación acerca de la seguridad pública:

Gráfico N° 3. Conocimiento a nivel local sobre quién es responsable de la Seguridad pública



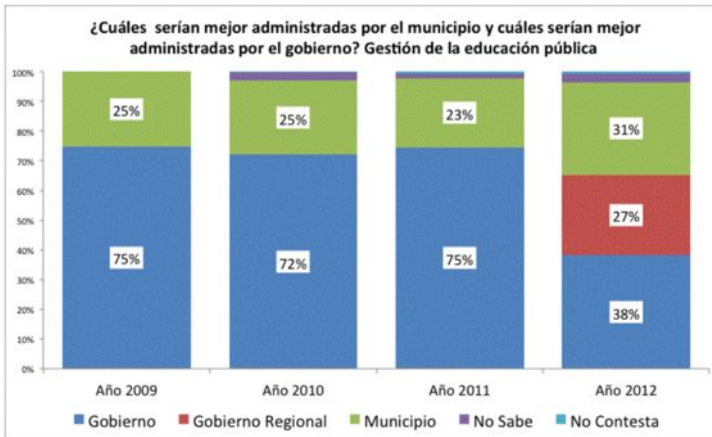
Fuente: Encuesta Nacional de Opinión Pública, ICHEM. Años 2009 – 2012.

En materia de Seguridad Pública, los datos de la serie 2009 – 2012 indican que la opinión pública asigna responsabilidades tanto a los municipios como al Gobierno. Si bien es cierto que la encuesta de 2009 da cuenta de una mayor proporcionalidad en los municipios, los años siguientes manifiestan una tendencia a la baja, siendo el último dato, 47 por ciento, el que refleja la encuesta del presente año.

A manera de contrapunto, los gráficos siguientes muestran la opinión de la población acerca de qué organismo administraría mejor ciertos ámbitos. Se trata, pues, de preferencias por una administración centralizada o descentralizada.

El gráfico siguiente muestra quién debería administrar la Educación pública, percepciones recogidas durante el período 2009 – 2012:

Gráfico N° 4. Preferencias acerca de la gestión de la Educación pública



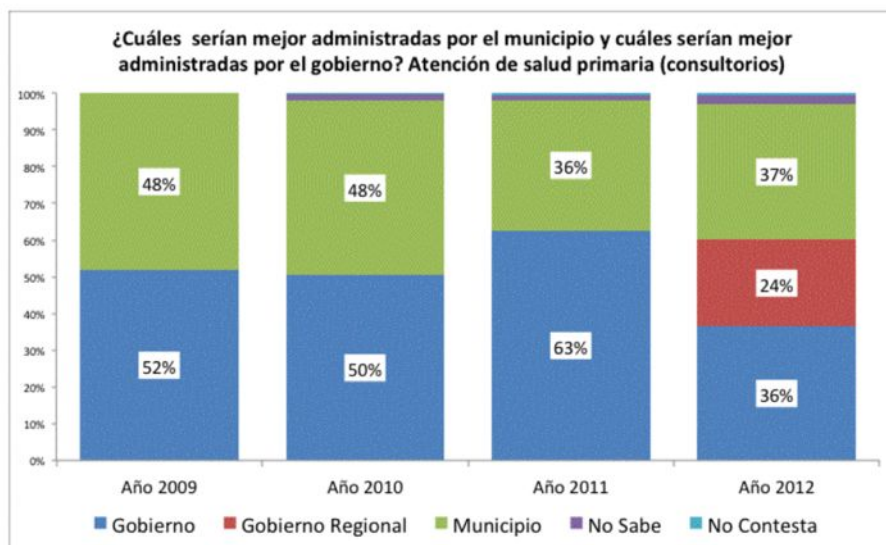
Fuente: Encuesta Nacional de Opinión Pública, ICHEM. Años 2009 – 2012.

En este ámbito puede observarse que la mayor parte de la población es partidaria de una administración centralizada de la Educación pública, vale decir, por parte del Gobierno.

Si bien entre 2009 y 2011 los datos permanecen estables, en 2012 destaca que existe una mayor proporción de opiniones partidarias de una educación pública administrada y gestionada desde los gobiernos locales.

El gráfico siguiente muestra la percepción respecto de quién debería administrar la Atención de Salud Primaria:

Gráfico N° 5. Preferencias acerca de la Gestión de Atención de Salud Primaria

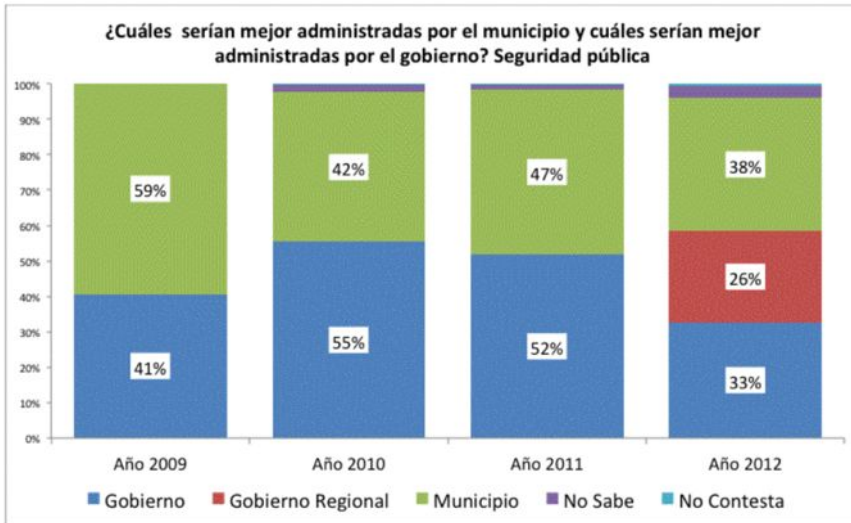


Fuente: Encuesta Nacional de Opinión Pública, ICHEM. Años 2009 – 2012.

Con respecto a la Atención de Salud Primaria –que corresponde a la figura de los consultorios– los datos de la serie 2009 – 2012 presentan cambios mucho más marcados que los de Educación. En este sentido, los años 2009 y 2010 muestran que las opiniones sobre una mejor administración se encuentran similarmente divididas entre Gobierno y Municipio. Sin embargo, en la recolección de datos de los años 2011 y 2012 se puede apreciar una baja significativa del porcentaje de población que opina que es en los gobiernos locales donde se puede administrar de mejor forma la Salud primaria: mientras que durante el 2009 y 2010 un 48 por ciento de la opinión pública se pronunciaba por esta alternativa, el 2011 y 2012 esta proporción disminuye a un 36 y 37 por ciento, respectivamente.

El gráfico siguiente muestra la percepción respecto de quién debería administrar la Seguridad Pública:

Gráfico N° 6. Preferencias acerca de la gestión de la Seguridad Pública



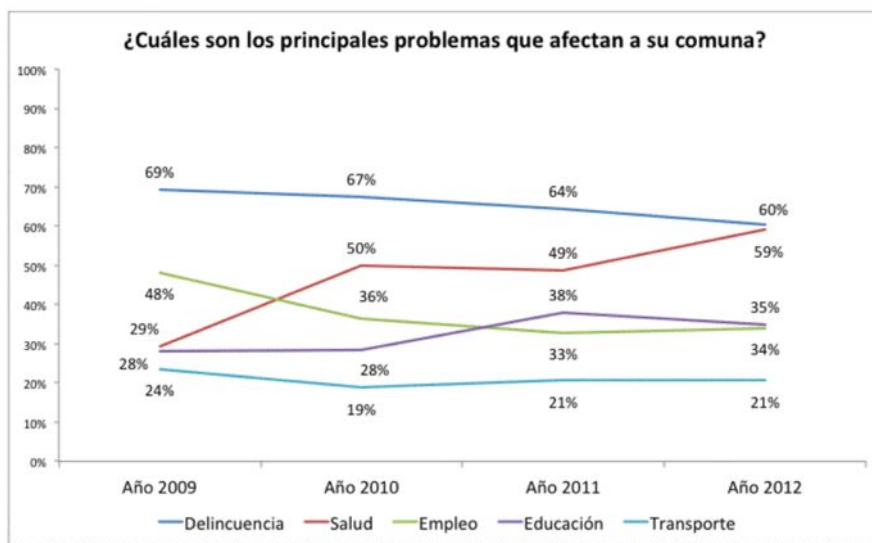
Fuente: Encuesta Nacional de Opinión Pública, ICHEM. Años 2009 – 2012.

En el ámbito de la Seguridad Pública, los datos de la serie 2009 – 2012 muestran una tendencia que progresa hacia un deseo centralizador, aunque no del todo muy claro. En los cuatro años de la serie, tan sólo uno, el inicial, indica que la población cree que es el Municipio el organismo que mejor administraría la Seguridad Pública. Sin embargo, en las aplicaciones posteriores de la encuesta, los datos revelan que esta proporcionalidad se revierte, teniendo para el 2012 a poco más de un tercio de la población (38 por ciento) que sigue manteniendo dicha opinión. Como se puede apreciar en el gráfico, los últimos tres años evidencian que el grueso de las opiniones adhiere a que sería el Gobierno quien pudiese administrar mejor la Seguridad Pública.

Conocimiento y Evaluación de los Problemas de la Comuna

El gráfico correspondiente a este tema es el siguiente:

Gráfico N°7. Percepciones acerca de los principales problemas que afectan a la comuna



Fuente: Encuesta Nacional de Opinión Pública, ICHEM. Años 2009 – 2012.

La serie de datos 2009 – 2012 permite evidenciar que el problema más destacado en el período dice relación con la Delincuencia. En este sentido, los cuatro años de aplicación de la encuesta permiten observar que éste corresponde al tema con mayor preponderancia, aun cuando también se observa una baja sistemática desde un 69 a un 60 por ciento, a lo largo de los años.

Un segundo elemento importante de destacar en relación a los principales problemas que afectan a la comuna, corresponde al tema Salud. Como se puede observar, el tema emerge sistemáticamente en la percepción de la población: si para 2009 sólo un 29 por ciento de los encuestados lo asumía como relevante, los datos del 2012 lo posicionan como el segundo problema más importante, con un 59 por ciento y sólo 1 punto porcentual por debajo que la Delincuencia.

Con respecto a la opinión sobre Empleo, en cuanto problema que afecta a la comuna, se observa una baja no despreciable. Tomando la serie 2009 – 2012, se puede apreciar que inicia como el segundo mayor problema percibido por la población, pero que sufre una caída hasta ubicarse en el tercer lugar: baja de un 48 a un 34 por ciento. Esta situación contrasta, aunque no en magnitud, con lo ocurrido en el caso de la Educación: mientras que en 2009 se presenta como el cuarto problema que afecta a la comuna, en el transcurso del período de evaluación logra posicionarse como el tercero, alcanzando un 35

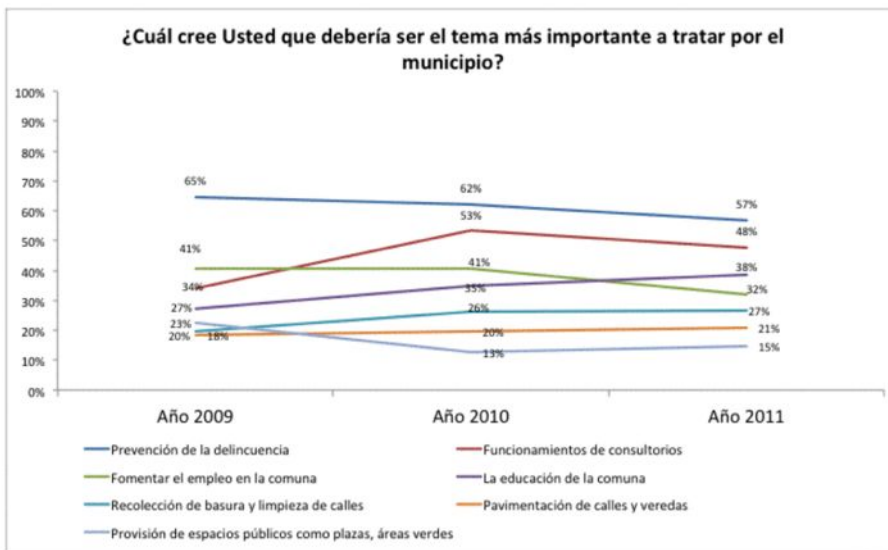
por ciento de adhesión en la población.

Finalmente, es preciso señalar que el problema de Transporte mantiene su lugar como el menos priorizado por la población: de 2009 a 2012 pasa de un 24 a un 21 por ciento, significativamente por debajo de los recientemente descritos.

Conocimiento y Evaluación de los Temas que Debieran Tratar las Autoridades Municipales

El gráfico que corresponde a este tema es el siguiente:

Gráfico N° 8. Percepciones acerca de los temas más importantes a tratar por el municipio



Fuente: Encuesta Nacional de Opinión Pública, ICHEM. Años 2009 – 2011.

La serie de datos 2009 – 2011 muestra información importante sobre los temas que, según la población, debiesen ser tratados por el municipio. En este sentido, lo más significativo y concordante con los datos anteriores corresponde a la Prevención de la Delincuencia: si bien es cierto que muestra una baja importante, del 65 por ciento en 2009 al 57 por ciento en 2011, debe señalarse que continúa siendo un ámbito que se indica como el tópico de mayor relevancia a tratar por la administración comunal.

El segundo aspecto que la población prioriza para ser tratado por los municipios corresponde al funcionamiento de los consultorios de Atención de Salud Primaria. Es necesario destacar que en el período 2009 – 2011 este tema ha sufrido una evolución en su posicionamiento, dado que para 2009 representaba el 34 por ciento de las preferencias de la población y ocupaba el tercer lugar; sin embargo, para el año 2011 alcanza un 48 por ciento de adhesión y se ubica como el segundo tema más importante del cual los municipios se debieran ocupar.

La Educación de la comuna corresponde a un tema que cobra relevancia en el período de datos 2009 – 2011. Como se puede apreciar en el gráfico que sigue a continuación, éste inicialmente obtiene un 27 por ciento de las preferencias, pero, para el último año de evaluación alcanza un 38 por ciento y se posiciona como el tercer problema más importante del cual los municipios se debieran ocupar.

En términos de relevancia, se puede indicar que el tema más afectado por las alzas de Funcionamiento de Consultorios y Educación de la comuna corresponde al tema de Fomento al Empleo. Esto porque si bien en 2009 emergía como el segundo tema más importante de la agenda municipal según la población, con un 41 por ciento de adhesión, en 2011 descendió al cuarto puesto, bajando 9 puntos porcentuales y obteniendo un 32 por ciento de las preferencias.

Conclusión

Los resultados muestran tres fenómenos preponderantes que pueden vincularse con diferentes temas que han estado en la agenda pública en los últimos dos años, a saber: Educación, Salud y Delincuencia.

Educación

Como es conocido, los movimientos estudiantiles de los últimos dos años han influido a la ciudadanía en lo que a opiniones y propuestas se refiere. Es quizás por eso que la población visualiza el problema como una de las principales áreas en las que el municipio debe tomar cartas y como uno de los principales problemas de la comuna. También se entiende que es la influencia del movimiento estudiantil la que ha provocado que las personas creen que el Gobierno (a nivel nacional) es quien debe hacerse cargo de la educación pública, considerando que esta ha sido una de las más bulladas y difundidas propuestas de los estudiantes y de las ONG que trabajan en torno al tema. Lo curioso es que esto se contradice con la visión que tienen las mismas personas cuando señalan que el municipio sería el que mejor administraría los establecimientos educacionales públicos

Salud

Aparentemente, la Salud Primaria, vista como en crisis permanente, es otro de los temas que se ha perfilado como relevante en la opinión de las personas. Esto podría deberse a la constante aparición en medios de comunicación de las autoridades de salud nacional (especialmente el ministro) y los constantes reportajes y denuncias que se difunden tanto a través de medios como de redes sociales virtuales. Por eso, resulta lógico que las personas argumenten que la responsabilidad de la Atención de Salud Primaria ya no es sólo municipal, sino que se enmarca como un problema del Estado en su conjunto y que es el Gobierno el que debe participar en la solución de este problema, no solamente los municipios.

Seguridad Pública y Delincuencia

Uno de los temas centrales de la Derecha para ganar las elecciones presidenciales de

2009 fue la “lucha contra la delincuencia”. La falta de resultados que exhibir en ese ámbito, ampliamente difundida a través de medios de comunicación y redes sociales, sumada al reconocimiento de haber realizado una mala labor, le jugó en contra al actual Gobierno. Este puede ser un motivo posible de por qué las personas de distintas comunas estiman que el Gobierno nacional debiera tener mayor injerencia en el asunto. Ahora bien, este dato no tiene ningún tipo de relación con el hecho de que haya disminuido la percepción de la Delincuencia como uno de los principales problemas de la comuna; pero sí mantiene relación con la disminución de la percepción sobre la responsabilidad que le cabía al municipio sobre este tema.

De esta forma, se puede apreciar que los cambios en las percepciones recogidas se pueden vincular con fenómenos del acontecer nacional. Con el paso de los años se podrá incorporar nuevos temas al estudio longitudinal con base en la ENOP, cuando exista una cantidad suficiente de aplicaciones para poder establecer rangos comparativos adecuados.

Bibliografía

Delamaza & Flores. (2009). Estado actual y desafíos para la institucionalización de la Participación ciudadana en Chile. En *Gestión Municipal Participativa: construyendo democracia cotidiana*. Santiago de Chile: Lom Ediciones.

Durston, J. (1999). Construyendo Capital Social Comunitario. *Revista de la CEPAL*, N°6, pp 103-118. Santiago de Chile: Cepal.

Flores, D., Pagliai, C., Lagarrigue, A. & Leyton E. (2011). Juegos en el poder municipal: una aproximación etnográfica. *Revista Iberoamericana de Estudios Municipales*, II (4), septiembre de 2011.

Los Municipios Chilenos y la Inversión Pública

Autor:
Cristian Loyola Díaz ²⁹

Fecha de Recepción: 10/07/2012

Fecha de Aceptación: 15/08/2012

Resumen

Este artículo analiza la inversión pública que se realiza en Chile, poniendo el foco de atención en cuál es el rol que juegan los municipios en dicho ámbito. En este sentido, se realiza una revisión de los datos proporcionados por el Sistema Nacional de Inversiones (SNI) y el Banco Integrado de Proyectos (BIP), administrados por el Ministerio de Desarrollo Social y el Ministerio de Hacienda, para el período 2009 -2011, con la finalidad de recabar cuál es el escenario en la actualidad. La principal conclusión es que los municipios en Chile tienen escaso poder en materia de inversión pública porque la formulación de proyectos que realizan es de baja calidad y tamaño; de esta manera, no obtienen una recomendación favorable para su financiamiento. A partir de esta premisa, la pregunta que emerge como desafío es acaso los gobiernos locales están dotados de competencias adecuadas para cumplir estas labores y si el Estado Central tiene los incentivos necesarios para generar nuevas competencias y permitir, de esta manera, que los municipios se transformen en actores importantes en el ciclo de la inversión pública.

Palabras claves: Inversión pública – Municipios – Capital humano – Gestión de proyectos de inversión

Abstract

This article analyzes public investment in Chile focusing on the role played by municipalities in this field. To do so, it made a review of the data provided by the National Investment System (NIS) and the Integrated Bank of Projects (BIP), administrated by the Ministry of Social Development and Ministry of Treasury for the period 2009 -2011 with the purpose of presenting today's scenario. The main conclusion is that the Chilean municipalities have little power in public investment because projects they formulate and perform are of low quality and amount; thus, they do not get a favorable recommendation for funding. From this premise, the question that arises as a challenge is whether or not local governments are provided with appropriate skills to fulfill these tasks and if the Central Government has stimulates to build new competencies that could allow municipalities to become major players in the cycle of public investment.

Keywords: Public Investment – Municipalities – Human Capital - Management of Investment Projects

29.- Antropólogo de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Correo: cloyola@ichem.cl

Resumo

Este artigo analisa a inversão pública que realiza em Chile, colocando o foco da atenção no qual é o rol que jogam os municípios em este âmbito. Em este sentido, se realiza uma revisão dos dados proporcionados pelo Sistema Nacional de Inversões (SNI) y o Banco Integrado de Projetos (BIP), administrados pelo Ministério de Desenvolvimento Social e o Ministério da Fazenda, para o período 2009 -2011, com a finalidade solicitar qual é a situação na atualidade. A principal conclusão é que os municípios em Chile tem pouco poder em matéria de inversão pública porque a formulação de projetos que realizam é de baixa qualidade e tamanho; de esta maneira, não obtém uma recomendação favorável para seu financiamento. A partir de esta premissa, a pergunta que emerge como desafio é acaso os governos locais estão dotados de competências adequadas para cumprir estas funções se o Estado Central tem os incentivos necessários para gerar novas competências e permitir, de esta maneira, que os municípios se transformem em atores importantes no ciclo da inversão pública.

Palavras-Chave: Inversão pública – Municípios – Capital humano – Gestão de projetos de inversão

Introducción

El presente artículo tiene como objetivo analizar la inversión pública que se realiza en el país, poniendo el foco de atención en cuál es el rol que juegan los municipios en dicho ámbito. Con tal propósito, se realiza una revisión de los datos proporcionados por el Sistema Nacional de Inversiones (SNI) y el Banco Integrado de Proyectos (BIP), ambos administrados por el Ministerio de Desarrollo Social, para el periodo 2009 -2011, con la finalidad de presentar cuál es el escenario de inversión pública en que se desenvuelven los municipios en la actualidad.

Indudablemente, la Inversión Pública y la participación de los municipios en ésta, es sólo una excusa para hablar de un nuevo foco de exclusión en la que operan los gobiernos locales. Porque la cantidad de proyectos ejecutados y el financiamiento involucrado por las municipalidades invita inmediatamente a revisar temas como recursos humanos, remuneraciones, especialización, entre otros. El objetivo de este documento es, entonces, diagnosticar, desde el punto de vista de la Inversión Pública, los síntomas del centralismo bajo el cual históricamente se ha configurado el país. En este sentido, más que responder preguntas, la intención del artículo es abrir preguntas al debate, especialmente en miras a las discusiones que actualmente se están desarrollando en función de la Reforma Municipal.

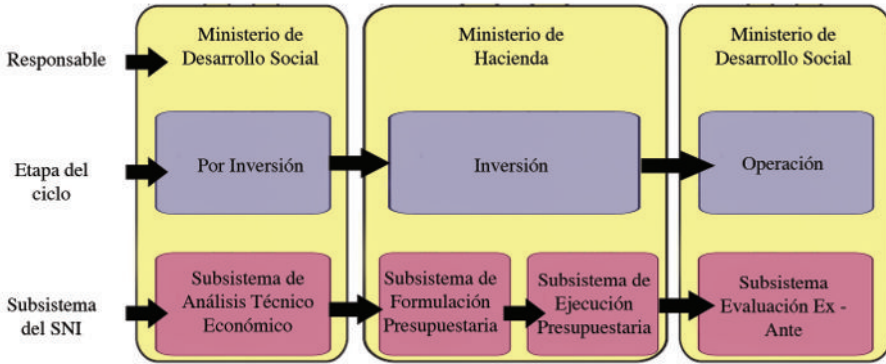
I. Descripción del Sistema Nacional de Inversiones

El Sistema Nacional de Inversiones (SNI, de ahora en adelante) corresponde a un cuerpo de normas técnicas, procesos y procedimientos configurados para establecer criterios de efectividad y eficiencia en la utilización de los recursos públicos que se destinan a inversión pública en Chile. La operación de este sistema es de responsabilidad del Ministerio de Desarrollo Social (ex Mideplan) y del Ministerio de Hacienda.

Para su operación, el SNI se compone de cuatro subsistemas, cada uno asociado a una etapa del proceso de inversión, cuales son:

- Subsistema de Análisis Técnico Económico
- Subsistema de Formulación Presupuestaria
- Subsistema de Ejecución Presupuestaria
- Subsistema de Evaluación Ex Post

Figura N° 1. Fases del proceso de inversión pública en Chile, regulado por el SNI



Fuente: Elaboración propia.

El subsistema Análisis Técnico Económico permite que las instituciones públicas dispongan de una cartera de iniciativas de inversión socialmente rentables y que, por tanto, estén en condiciones de recibir recursos públicos para su ejecución. La administración de este proceso recae íntegramente en el Ministerio de Desarrollo Social.

Por su parte, el subsistema Formulación Presupuestaria corresponde a la asignación de recursos financieros a los proyectos de interés sectorial, regional y de las empresas del Estado. Su función es homogeneizar, normar y coordinar la información relativa al proceso de asignación de fondos, así como también la aplicación del presupuesto aprobado para el sector público. Este subsistema es responsabilidad del Ministerio de Hacienda.

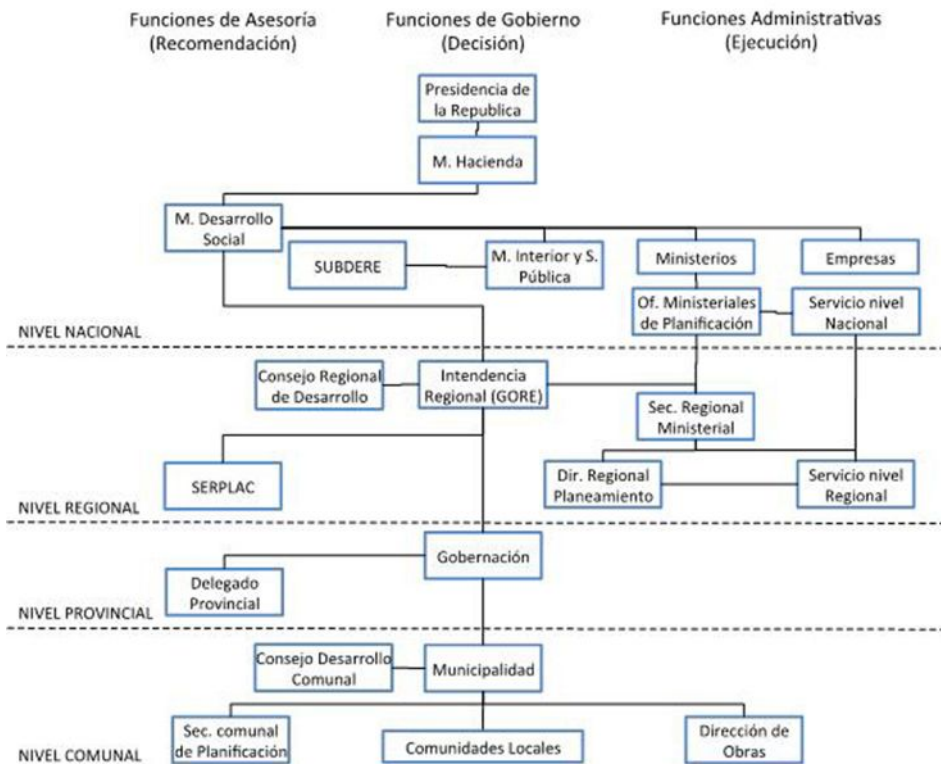
El subsistema Ejecución Presupuestaria corresponde a la regulación y supervisión de la ejecución del gasto público y su respectivo financiamiento, materializada a través de la Ley de Presupuestos del Sector Público, anual, y las instrucciones complementarias de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda (Dipres).

Finalmente, el subsistema de Evaluación Ex Post corresponde al análisis de los resultados logrados una vez que el proyecto entra en operación, para medir el grado de cumplimiento de los objetivos propuestos, retroalimentar y actualizar las metodologías, parámetros y supuestos del análisis técnico económico (evaluación ex ante), y así poder efectuar las correcciones tendientes a perfeccionar los procesos y los procedimientos de inversión vigentes. Este subsistema es también responsabilidad del Ministerio de Desarrollo Social, quien anualmente realiza una evaluación ex post simplificada de una muestra representativa de proyectos, programas y estudios básicos financiados por los gobiernos regionales.

II. Actores que Intervienen en el SNI

La figura que sigue a continuación presenta un esquema funcional y territorial de los distintos actores que participan en el Sistema Nacional de Inversiones (SNI). Como se puede apreciar, funcionalmente los roles de los actores se han clasificado en Asesoría, Gobierno y Administración; y desde el punto de vista territorial, se han clasificado en nacional, regional y municipal.

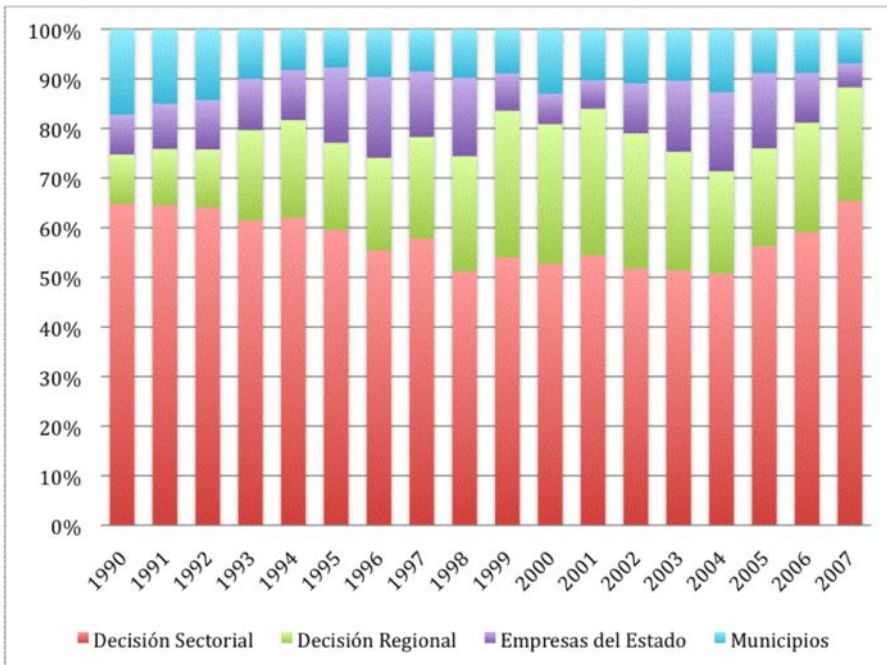
Figura N°2. Esquema Actores y Funciones del Sistema Nacional de Inversiones



III. Antecedentes de la Inversión Pública

Considerando el marco descriptivo de la institucionalidad bajo la cual opera la inversión pública en Chile, es interesante observar la magnitud de la participación de los distintos actores descritos. Esto es posible de visualizar teniendo en consideración el Presupuesto anual en Inversión Pública y cuál es el porcentaje de gasto que cada uno de ellos ejecuta. En este sentido, se puede distinguir claramente que la inversión pública en su mayor proporción es definida por el gobierno central a través de sus distintos ministerios. Como se puede observar en el Gráfico N° I, la participación, o más bien formulación, en la inversión pública desde las municipalidades es bastante restringida. Desde la década de los noventa, ésta correspondía a poco más del 17% del Presupuesto anual que el Estado dispone, bajando sistemáticamente hasta ubicarse en el 6,9% para el 2007.

Gráfico N° 1. Participación porcentual de los actores en la toma de decisiones del Presupuesto 2007 de Inversión Pública



Fuente: Libertad y Desarrollo.

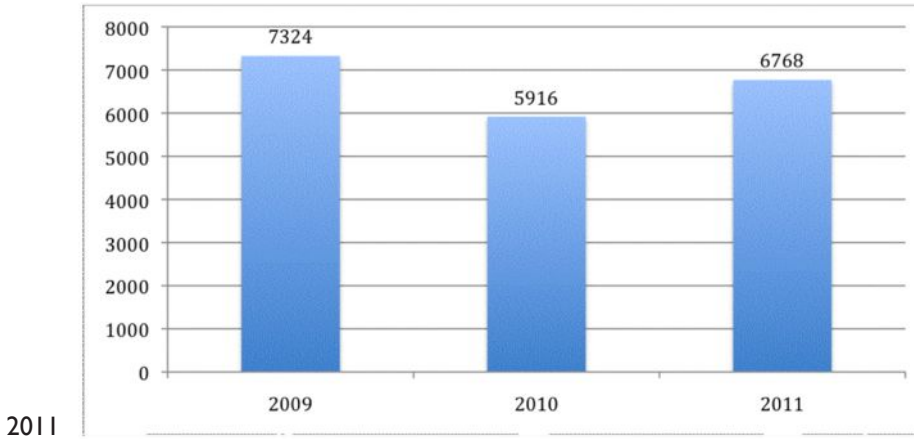
En este escenario, la pregunta central dice relación con el rol que juegan los Municipios del país en la contribución tanto de la generación como del análisis de las iniciativas de inversión. La primera hipótesis que surge es que, dado que las municipalidades no cuentan con capacidad para contribuir a la generación y evaluación de iniciativas de inversión pública, el principio de autonomía que las caracteriza corresponde a un concepto más bien relativo y no absoluto. Pudiendo comprobar esta primera afirmación, la segunda hipótesis es que el foco del Estado no está puesto en generar e instalar competencias adecuadas para que los distintos municipios sean capaces de participar en los distintos procesos de inversión pública. De esta forma, el problema de estudio que se pretende instalar desde el análisis propuesto permite sustentar juicios en relación a la promoción de la política local desde el Estado.

IV. Análisis de las Cifras de Inversión Pública

Como se ha señalado al inicio del artículo, el horizonte temporal bajo el cual se analiza la Inversión Pública en Chile corresponde al intervalo de años 2009 – 2011. Bajo dicho marco, lo primero que habría que señalar dice relación con la totalidad de iniciativas de inversión que obtienen una recomendación positiva (RS) para su ejecución; como se presenta en el Gráfico N° 2, si se toma el 2009 como año 0, los períodos posteriores muestran una baja en la cantidad de proyectos. Si para el año 0, vale decir 2009, el BIP

registra 7.324 iniciativas de inversión (IDI's), para el año 2011 se muestra una disminución del 8%, con un registro de 6.768 proyectos y programas en total.

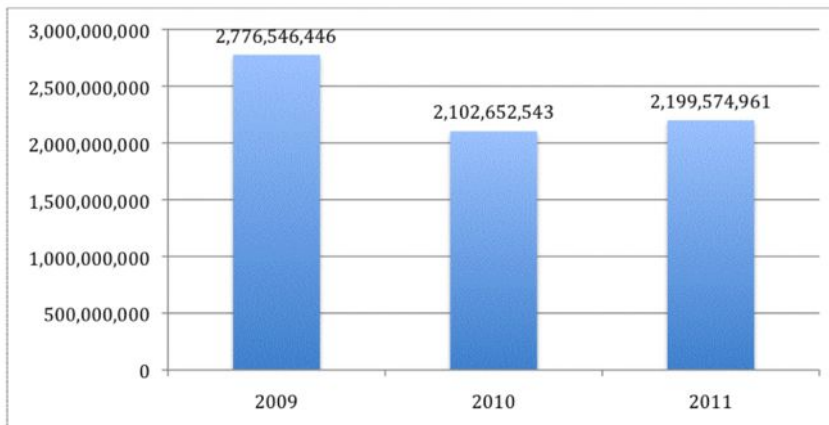
Gráfico N° 2. Número de Proyectos con recomendación positiva (RS) por año, del Banco Integrado de Proyectos, 2009



Fuente: Elaboración propia en base a información provista por el BIP.

Sin embargo, la cantidad de Iniciativas de Inversión (IDI's) ingresados por un actor al BIP no puede ser considerada una medida de evaluación absoluta de la Inversión Pública. Como se puede apreciar en el Gráfico N° 3, los montos destinados a la ejecución de programas y proyectos también sufre una baja de 2009 a 2011, siendo la más notable la que se observa en 2010.

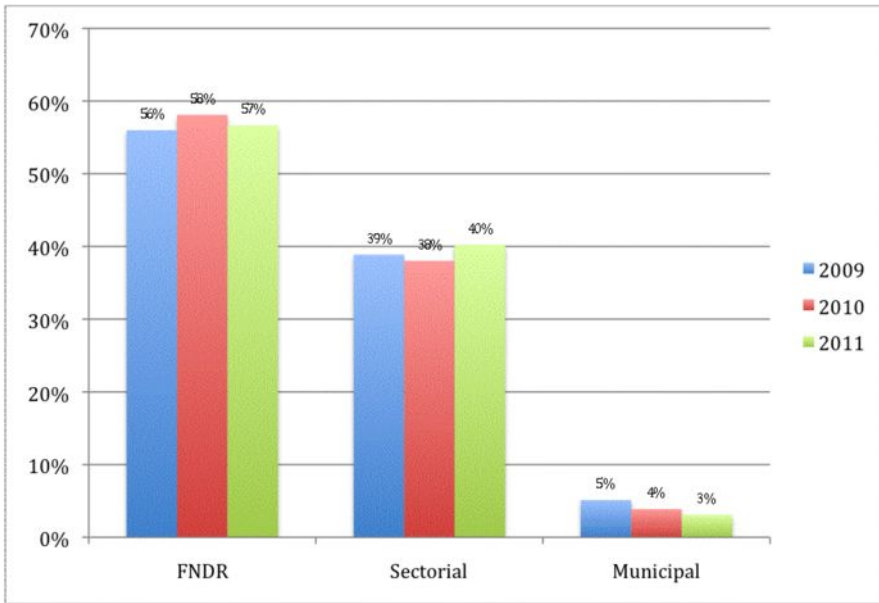
Gráfico N° 3. Monto Presupuesto anual de la Nación, disponible para Inversión Pública, 2009 – 2011 (M\$)



Fuente: Elaboración propia en base a información provista por el BIP.

De acuerdo a la información entregada por el BIP, las fuentes que financiaron las iniciativas de inversión para el periodo de análisis son tres: Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR), Sectorial y Municipal. Al desglosar la cantidad de iniciativas de inversión con recomendación favorable para su ejecución, es posible comprobar que aquellas con financiamiento del FNDR corresponden a la mayoría de la cartera de proyectos. A su vez, resulta interesante constatar que las fuentes municipales fluctúan entre el 5% y 3% del total de iniciativas de inversión pública. Ver Gráfico N° 4.

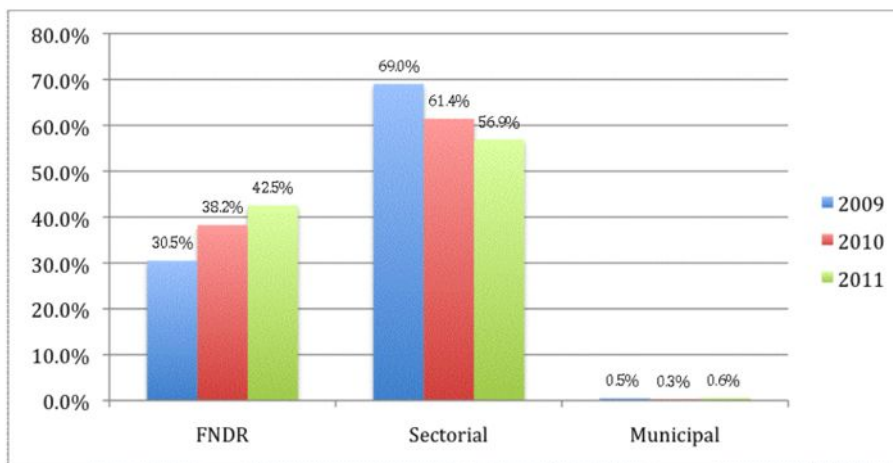
Gráfico N° 4. Porcentaje de iniciativas de inversión con recomendación favorable, por año y fuente de financiamiento, 2009 – 2011



Fuente: Elaboración propia en base a información provista por el BIP.

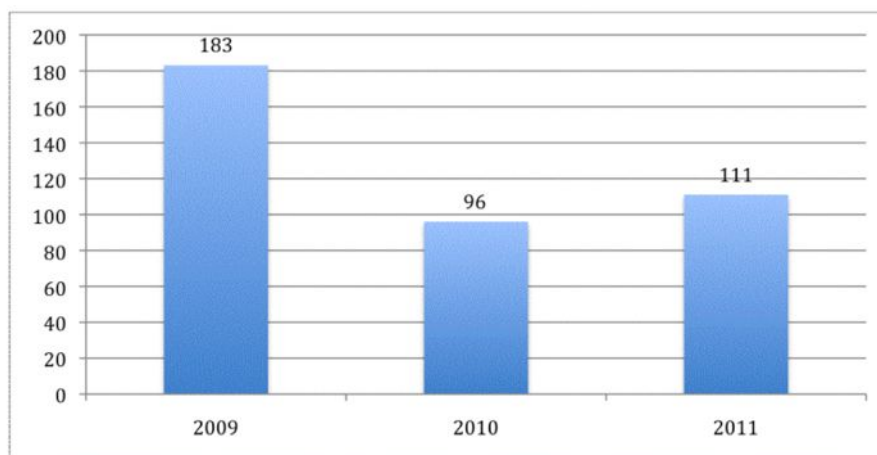
El Gráfico N° 5 muestra de mejor forma el lugar que ocupa el Municipio en la Inversión Pública. Se puede apreciar que desde el 2009 al año 2011 la inversión con financiamiento sectorial disminuye, pasando de un 69% a un 56,9%. Esto tiene como principal correlato el crecimiento del FNDR, que para la totalidad de proyectos aprobados en el periodo de análisis, pasa de un 30,5% de participación a un 42,5%. No obstante, como se observa, el financiamiento municipal de la inversión pública no tiene grandes cambios. A su vez, es posible señalar que la participación de estos fondos es absolutamente marginal en relación a las otras dos fuentes descritas anteriormente.

Gráfico N° 5. Porcentaje anual de Inversión Pública, según fuente de financiamiento, 2009 – 2011



A nivel municipal, es posible señalar que existe un bajo número de comunas que lograron al menos una iniciativa de inversión con recomendación favorable en el SNI. Como se puede apreciar en el Gráfico N° 6, el año 2009 se alcanza el máximo de participación de los municipios en la cartera de inversión del BIP: 183, es decir, un 53% de los municipios del país. Para los años siguientes, no obstante, esta presencia municipal en la inversión pública disminuye notablemente, alcanzando tan sólo un 32% de los municipios del país.

Gráfico N° 6. Número de municipalidades que logran al menos una iniciativa de inversión con recomendación favorable en el SNI, 2009 – 2011

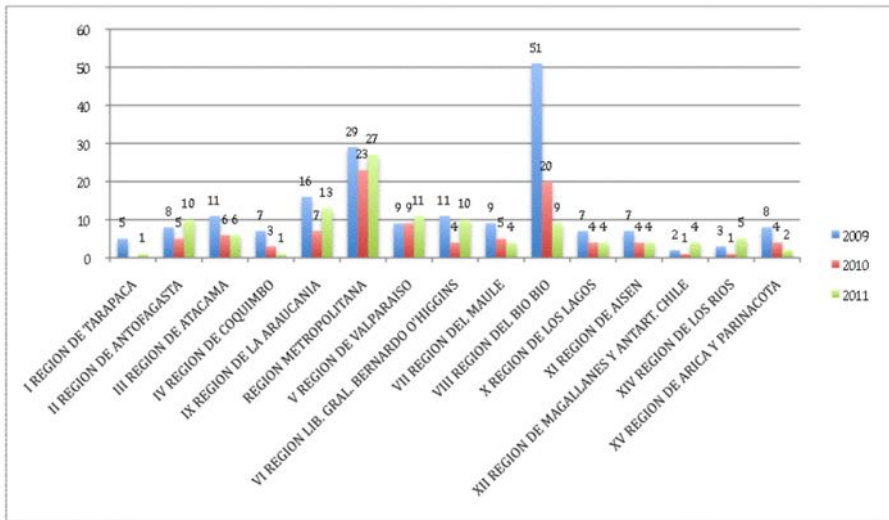


Fuente: Elaboración propia en base a información provista por el BIP.

Si se registra la distribución regional de los municipios participantes en la cartera de inversión pública durante el periodo de evaluación 2009 – 2011, se observa que tanto

la Región Metropolitana como la Región del Biobío son por lejos las que concentran la mayoría de los programas o proyectos recomendados favorablemente: 80 y 79, respectivamente. Por otro lado, las regiones con la menor participación corresponden a Tarapacá y Magallanes, con 6 y 7 respectivamente.

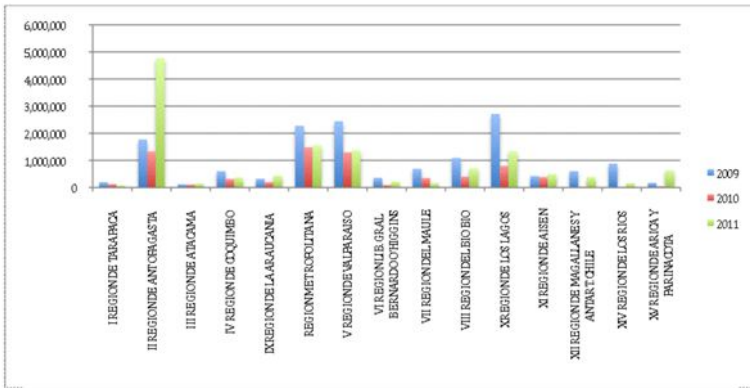
Gráfico N° 7. Número de programas o proyectos recomendados favorablemente por región en el SNI, periodo 2009 – 2011



Fuente: Elaboración propia en base a información provista por el BIP.

Desde el punto de vista financiero, se puede señalar que la Región de Antofagasta es la que mayor financiamiento ha obtenido por iniciativas de inversión recomendadas favorablemente, sumando en el periodo 2009 – 2011 casi M\$8.000.000. Esto puede explicarse por los resultados del año 2011, en donde notoriamente los municipios de la Región pudieron aprobar proyectos de gran envergadura, como por ejemplo, la normalización del Estadio Regional, por un monto de M\$2.000.000. Distinto es el caso de la Región de Atacama, que es la que menos recursos pudo obtener, alcanzando poco más de M\$380.000.

Gráfico N° 8. Monto de financiamiento comprometido en iniciativas de inversión recomendadas favorablemente en el SNI, por región, en M\$, 2009 – 2011



Fuente: Elaboración propia en base a información provista por el BIP.

Una visión sobre el costo de los proyectos también es interesante de revisar. Un primer punto que llama la atención dice relación con que los proyectos de menor financiamiento, vale decir, aquellos con un costo de hasta M\$100.000, que son los que dominan la cartera de Iniciativas de Inversión municipal, representando el 93%. A su vez, el promedio de costo en esta categoría es bastante bajo y corresponde a M\$19.425. En este sentido, se puede evaluar que los proyectos de tipo municipal que forman parte de la Inversión Pública corresponden a los de menor envergadura y costo. Así mismo, la totalidad de proyectos presentados por los municipios tienen un costo promedio de M\$42.343, muy menor el promedio de M\$227.349 de los FNDR y los M\$570.170 correspondiente a los sectoriales.

Tabla N° 1. Cantidad de proyectos municipales con recomendación favorable en el SNI, por rango de monto de financiamiento, porcentaje y promedio 2009 - 2011

Rango en M\$	N° de proyectos recomendados	Porcentaje	Monto promedio
0 - 100.000	762	93,38%	\$19.425
100.001 - 200.000	29	3,55%	\$147.158
200.001 - 300.000	3	0,37%	\$250.110
300.001 - 400.000	6	0,74%	\$355.728
400.001 - 500.000	4	0,49%	\$469.245
500.001 - 600.000	5	0,61%	\$537.067
600.001 - 700.000	1	0,12%	\$691.180
700.001 - 800.000	2	0,25%	\$769.965
800.001 - 900.000	0	0,00%	\$0
900.001 - 1.000.000	1	0,12%	\$910.001
1.000.001 y más	3	0,37%	\$1.631.347
Total	816	100,00%	\$42.343

Fuente: Elaboración propia en base a información provista por el BIP.

V. Causas

Los últimos años de desarrollo del país han sido exitosos en materia de crecimiento económico para Chile. Sin embargo, los frutos de este proceso no han sido acompañados de logros en materia de descentralización, tal como se ha presentado en los datos anteriores. Específicamente, para el contexto del presente estudio sobre la Inversión Pública, los municipios siguen siendo un actor excluido.

Tal como señala Contreras (2009), los municipios – en el contexto de la Inversión Pública – presentan carencias y limitaciones que no les permiten planificar su actuar en el mediano y largo plazo. En este sentido, se identifican dos grandes problemas que afectan directamente a la baja incidencia de los gobiernos locales en dicha inversión.

En primer término, existiría una baja pertinencia de iniciativas de inversión respecto de las necesidades u oportunidades de los espacios locales. En términos formales, las necesidades que demanda la ciudadanía respecto de sus municipios deben ser recogidas a través del Plan de Desarrollo Comunal (Pladeco). Sin embargo, según la Encuesta Nacional de Opinión Pública del ICHEM - 2010, el 95,% señala que no conoce el Pladeco de su comuna³⁰. Más aún, según la misma encuesta, el 99% de la población indica que no ha participado en la elaboración de dicho Plan comunal.

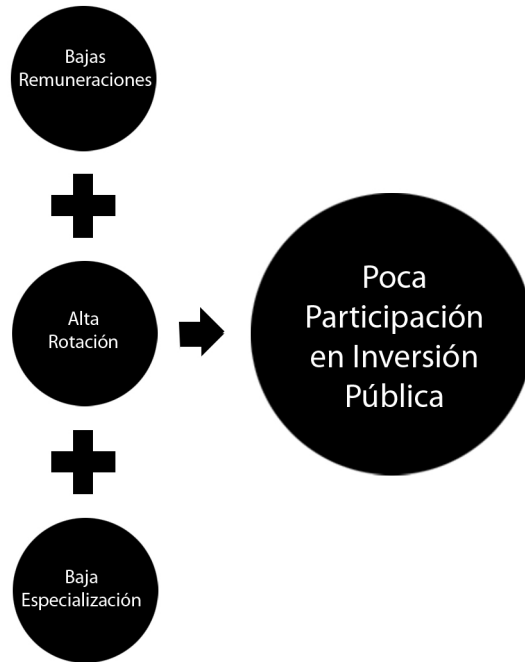
En segundo lugar, los municipios del país que presentan Iniciativas de Inversión al SNI para su evaluación requieren de gran cantidad de tiempo para obtener una recomendación favorable. Como indica Contreras (2009), en promedio un municipio demora 174 días en obtener la recomendación favorable. A su vez, el 50% de los municipios demora entre 157 y 596 días. En otras palabras, estos datos hablan de una muy baja eficiencia en la presentación y evaluación ex ante de programas y proyectos de inversión.

Ahora bien, la pregunta que debiese ser respondida es ¿Por qué los municipios, especialmente, presentan estos problemas en el contexto de la Inversión Pública? En este sentido, uno de los principales factores que contribuye a fijar esta situación dice relación con la dotación de Recursos Humanos de las unidades municipales encargadas de formular programas y proyectos de inversión.

Según datos de la Subsecretaría de Desarrollo Regional (Subdere), de 2008, citados por Contreras (2009), las bajas remuneraciones contribuyen a este escenario: un 62,4% de quienes trabajan en las áreas de planificación de los municipios tienen ingresos hasta \$336.447. El porcentaje aumenta al 95% si la cota máxima de ingresos es aumentada a \$818.823. Esta situación es relevante, dado que genera un efecto en cadena: bajos sueldos implican una alta rotación y, a su vez, un bajo nivel de especialización.

30.- El dato no debe llamar a asombro, dada la lejanía de la ciudadanía con sus gobiernos locales. Por ejemplo, si se toma como fuente de información la misma Encuesta Nacional de Opinión Pública del ICHEM - 2010, el 89% de la población no conoce el Plan Regulador, el 91% no sabe acerca del Presupuesto Municipal y el 94% no tiene información sobre el Plan Anual de Educación Municipal (Padem).

Figura N°3. Esquema de comportamiento dotación de Recursos Humanos en áreas de planificación municipal



Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

Los datos presentados hacen necesaria la pregunta sobre cuál es el lugar y la importancia que tienen los municipios en la elaboración y decisión de la inversión pública en Chile. Como se ha podido desprender de la descripción de los organismos que intervienen en el proceso de inversión, el ciclo tiene una característica centralista muy marcada. No obstante, se reconocen esfuerzos de descentralización de la inversión pública, especialmente al analizar la evolución de la participación del FNDR en el total del presupuesto que se gasta en programas y proyectos de inversión. Sin embargo y tal como se ha constatado, este proceso corresponde a una descentralización que alcanza sólo hasta el nivel regional.

Como se ha evidenciado a través de la información proporcionada por los organismos públicos respecto del comportamiento de la Inversión Pública en Chile durante los últimos años, el municipio parece no estar presente en el foco de la discusión sobre la creación de programas y proyectos donde se invierten recursos públicos. La cantidad marginal de iniciativas con recomendación favorable, y los montos en dinero involucrados, así lo demuestran.

A su vez, como se ha descrito anteriormente, la recomendación favorable de las

iniciativas de inversión en el SNIC cumplen un largo y complejo ciclo, comenzando en su formulación y terminando en la evaluación ex post. De esa manera, uno de los factores que pudiese estar influyendo en la baja participación municipal dice relación con la falta de capital humano adecuado para realizar las tareas vinculadas al ciclo de un proyecto. Varios estudios confirman este ámbito como uno de los más críticos, como lo sostienen Arriagada³¹ y Bernstein e Inostroza³². Esto se debe a varias razones, entre las cuales coinciden bajas remuneraciones y una alta rotación en el cuerpo profesional de los municipios.

Finalmente, el enfoque municipal acerca de la Inversión Pública debería cambiar. Además de ser modificados aspectos del funcionamiento mismo de los gobiernos locales para la formulación de programas y proyectos, es necesario que las Iniciativas de Inversión aspiren a tener un mayor impacto. Desde este punto de vista, cada uno de los Pladeco debe estar vinculado con esta tarea, porque es precisamente el instrumento pensado para detectar cuáles son las necesidades de la población en las comunas. Un cambio de este tipo, por ejemplo, permitiría la realización de inversiones con mucho mayor impacto que pavimentaciones de calles, las cuales alcanzan hoy en día al 50% de las Iniciativas de Inversión municipales recomendadas favorablemente.

Las preguntas que emergen ante este escenario son dos. En primer lugar, ¿El Estado considera importante que los municipios del país participen más y mejor en la Inversión Pública? Y, segundo, ¿Qué pueden hacer los municipios para mejorar su participación en la Inversión Pública?

Bibliografía

Contreras, E., Barros, A., González, N. & Fuenzalida, J. (2009). Gestión del Conocimiento y Transparencia: Desafíos para la Inversión Pública a Nivel Local. Centro de Sistemas Públicos, Universidad de Chile.

Horst, B. (2009). Fuentes de Financiamiento para Gobiernos Subnacionales y descentralización Fiscal. Consorcio para la Reforma del Estado. Santiago de Chile.

Instituto Chileno de Estudios Municipales (ICHEM). (2010). Encuesta Nacional de Opinión Pública - 2010. Universidad Autónoma de Chile. Santiago de Chile.

Ministerio de Planificación. (2011). Definiciones estratégicas 2011. Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda de Chile.

31.- Ricardo Arriagada. "Diseño de un Sistema de Medición de Desempeño para Evaluar la Gestión Municipal: una propuesta Metodológica". CEPAL. 2002.

32.- Felipe Bernstein y José Inostroza. "Modernización municipal y un sistema de evaluación de su gestión. Propuesta de una arquitectura". En: Un Mejor Estado Para Chile. 2010.

Páginas web

Banco Integrado de Proyectos (BIP). <http://bip.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/bip-trabajo/index.html>

Instituto Chileno de Estudios Municipales. www.ichem.cl

Sistema Nacional de Inversiones (SNI). <http://sni.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/>

Educación Municipal en Chile: Acciones, Resultados y Debates

Carlos R. Sandoval Ambiado³³

Fecha de Recepción: 15/07/2012

Fecha de Aceptación: 20/08/2012

Resumen

Este trabajo tiene como intención investigativa establecer las principales acciones de las políticas públicas en educación escolar, cuáles han sido sus resultados pedagógicos y las reacciones que han provocado desde el 2006 ante las insuficiencias y debilidades incoadas con dichas directrices políticas.

La pregunta-problema que motiva esta tarea es la ausencia de un correlato entre los resultados de aprendizaje del alumnado y los ingentes esfuerzos estatales, en todos sus niveles, por mejorar el sistema educativo.

Esta inecuación ha generado fuerte disconformidades, especialmente entre el alumnado de enseñanza media y universitaria, que se han visibilizado en paralizaciones, manifestaciones callejeras, tomas de establecimientos e incluso graves alteraciones del orden público.

Sin perjuicio de lo controversial que pudiese ser la forma de manifestarse este movimiento social, existe acuerdo más o menos amplio que el sistema educativo público está fuertemente deteriorado, situación que obliga a introducir fuertes cambios. A esto está destinado el presente trabajo: detectar, conocer y analizar el estado actual de la Educación pública escolar chilena, tratando de incluir las propuestas estudiantiles.

Palabras claves: Educación pública, municipalización o gestión municipal, educación de calidad, participación deterioro de la educación pública.

Abstract

This work has the investigative intention to establish the main actions of public politics in school education, the results of learning and reactions caused since 2006 by the insufficiency and weakness produced with those politics guidelines. The question-problem that motivates this work is the absence of a correlate between the results of the students' learning and the State's enormous efforts in all levels to improve the educative system. This inequation has generated a strong nonconformity, especially among high school and university students that could be seen in stoppages, street manifestations, illegal occupation of establishments and even alterations in public order. No matter how controversial this social movement may be there is consensus in how strongly deteriorated the public education system is. The situation

33.- Profesor de Historia y Geografía, Magister en Educación y Doctor en Historia. Fue director de una Escuela Básica y de un Centro Educacional Técnico-Profesional, ambas de administración particular subvencionada, en Chile. Es docente de las universidades Los Lagos y Viña del Mar. Es, además, investigador asociado del Instituto Chileno de Estudios Municipales. Correo: carlossandoval@vtr.net

forces us to make big changes. This is the goal of this work: to detect, identify and analyze the present state of public school education of Chile, trying to include students' proposals.

Key Words: Public Education, council administration, quality education, participation, deterioration of public education

Resumo

Este trabalho tem como intenção investigativa estabelecer as principais ações das políticas públicas em educação escolar; os quais seus resultados pedagógicos e as reações que tem provocado desde 2006 frente as insuficiências e debilidades encontradas com estas diretrizes políticas.

A pergunta-problema que motiva esta tarefa é a falta de uma relação entre os resultados do aprendizado dos alunos e os enormes esforços do governo, em todos os seus níveis, para melhorar o sistema educativo.

Esta inequação tem gerado fortes desconformidades, especialmente entre um aluno do ensino médio e universitário, que estava visível em paralisações, manifestações de rua, tomas de estabelecimentos e inclusive graves alterações de ordem pública.

Sem preconceito da controvérsia que pudesse ser a forma de manifestar este movimento social, existe acordo mais o menos amplo que o sistema educativo público está fortemente deteriorado, situação que obriga a introduzir fortes mudanças. A isto está destinado o presente trabalho: detectar, conhecer e analisar o estado atual da Educação pública escolar chilena, tratando de incluir as propostas estudiantis.

Palavras-Chave: Educação pública, municipalização, gestão municipal, educação de qualidade, participação, deterioração na educação pública.

Introducción

La Educación no es una isla en la sociedad. Lo que ocurra en el aula, el devenir del establecimiento escolar, las debilidades y fortalezas del sistema educativo en el cual está inserto, no son sino reflejos de cómo está funcionando la sociedad y las instituciones que ella misma se ha dado.

A su vez, las instituciones son mejor o peor evaluadas por la sociedad a partir del trabajo de quienes se responsabilizan de dirigir las. Y en democracia, los responsables son de origen electivo, constituyéndose de esta forma una poliarquía que se somete periódicamente a escrutinio, sea éste a través de los canales previamente establecidos (evaluaciones institucionales) o por medio de consultas a la opinión pública. A través de estas últimas es posible detectar, de manera dinámica, el grado de armonía existente entre el discurso de la autoridad política y la ciudadanía y/u opinión pública.

Por otra parte, desde mediados de la primera década de este siglo, la Educación como institución y el servicio educativo como herramienta de progreso y movilidad social, están siendo persistentemente cuestionados, especialmente por quienes son considerados los beneficiarios del sistema: los estudiantes.

En esta controversia han convergido los estudiantes, sus padres y/o apoderados, estudiosos del tema y los políticos, fruto de lo cual surgió un potente movimiento social, el cual ha demandado

transformaciones significativas al sistema educacional chileno. Estas exigencias han sido respaldadas tanto por acuciosos estudios como por diagnósticos periódicos de los aprendizajes aplicados a los estudiantes y estudiantas.

Dichos análisis han sido efectuados tanto por organismos no gubernamentales como por el propio Ministerio de Educación y a las conclusiones a que se llegan, no difieren sustantivamente. En la mayor parte de estos trabajos, las conclusiones son que el resultado del proceso aprendizaje-enseñanza está muy por debajo del deseado (o esperado), a pesar de los esfuerzos realizados por el sector público en los últimos decenios.

Dicho esto, aparentemente existe amplio consenso en la necesidad de generar políticas públicas dirigidas a mejorar sustancialmente la Educación chilena. Sin embargo, y a pesar de ello, el conflicto político-social estudiantil se mantiene ya por años, se intensifica y amplía crecientemente.

A partir de esta situación de conflicto, el presente artículo buscará detectar las diferencias y/o coincidencias en las propuestas de solución de dos actores de esta pugna: los alcaldes, en tanto sostenedores, y los estudiantes, en su condición de beneficiarios/as.

Este artículo es parte de una investigación más amplia, en la que se busca construir un balance crítico de la gestión pública en el área educativa durante los cuatro primeros gobiernos democráticos.³⁴

Por consiguiente, en esta ocasión se expone sucintamente el estado actual de la educación pública, sus problemas más acuciantes y la percepción que la comunidad escolar tiene de esta.

I. Diagnóstico de la Educación Municipal: Tres Casos

Uno de los argumentos más recurrentes para explicar la baja calidad de la educación municipal es la disminución sostenida de la matrícula. La merma de matrícula se enlaza con otras dos variables: la deserción e inasistencia escolar. Estos fenómenos impactan negativamente en los ingresos económicos disponibles para la educación municipal, porque la subvención escolar que proporciona el Estado se cancela en función del promedio de asistencia mensual de estudiantes. El detrimento sostenido de recursos financieros a los establecimientos golpea, a su vez, el aseguramiento de los medios humanos y materiales indispensables para alcanzar aprendizajes de calidad.

Por lo mismo y para el efecto de contribuir a esclarecer algunas de las razones que ayudan al deterioro del sistema educativo, se considera necesario acudir a datos que sean más o menos confiables. Y éstos, en opinión del autor, se hallan presentes en la base misma del sistema; es decir, en los insumos que entregan los equipos técnico-pedagógicos, responsables de la administración educativa comunal. Una de estas elaboraciones es el Plan Anual de Desarrollo de la Educación Municipal (Padem), que ha sido definido como herramienta de planificación estratégica y, a su vez, un referente para precisar procedimientos de trabajo que permiten administrar de mejor

34.- Es una investigación auto-gestionada y en desarrollo, que busca establecer si efectivamente hubo correspondencia entre las políticas públicas en educación, elaboradas y aplicadas por los gobiernos concertacionistas, y los resultados de aprendizajes. En este trabajo se tocan aspectos como la Reforma Curricular (tanto en Enseñanza Básica como en Enseñanza Media) la aplicación de la JEC (Jornada Escolar Completa) y el denominado "financiamiento compartido".

forma los establecimientos educacionales bajo dependencia municipal.

El Padem es elaborado de acuerdo a las exigencias establecidas en la Ley 19410 de Educación, de 1995, la cual considera incluir, año a año, los siguientes elementos: (a) Diagnóstico de la situación del establecimiento dependiente de la administración municipal; (b) Evaluación del movimiento de la matrícula y asistencia media en relación con las deseadas y esperadas; (c) Fijar las metas que la Corporación de Educación y/o Departamento de Administración de Educación Municipal (DAEM), más cada establecimiento involucrado, pretendan alcanzar; (d) Estudio de la dotación docente y personal no docente requeridos, fundados en razones técnico pedagógicas; (e) Establecimiento de los programas de acción a desarrollar; y (f) Información presupuestaria. Entre los múltiples antecedentes que contiene un Padem están los resultados de las pruebas Simce y PSU³⁵, así como los resultados finales del proceso de aprendizaje, por consiguiente esgrimidos como avales de la eficacia (o fallas) de la administración de la educación municipalizada. Dicho de otra forma (y quizás tosca), estos resultados cuantitativos serían el producto conclusivo del trabajo educativo asumido por cada sostenedor de liceos y escuelas. Para recoger estas referencias, se recurrió a los Padem de tres comunas de la Región Metropolitana escogidas según los siguientes tres criterios: Primero, la condición de comuna pudiente (Providencia), segundo, la existencia de una condición de administración mixta de los establecimientos educacionales (Las Condes) y, tercero, la concentración de población escolar vulnerable creciente (Puente Alto). Las variables establecidas para relacionarlas y luego analizarlas fueron:

- a) Los resultados de las mediciones Simce y PSU,
- b) Desempeño de la matrícula.

En términos generales, se ha planteado con insistencia que la matrícula ha descendido en los establecimientos de dependencia municipal, sean estos de administración municipal directa a través del DAEM o por medio de una Corporación. Al revisar los resultados en cada una de las comunas seleccionadas, nos encontramos con la siguiente realidad:

I.I Providencia

Es una comuna autocalificada de exportadora de educación porque un porcentaje significativo de la matrícula proviene de otras comunas. En el caso de la enseñanza Pre básica y Básica “sólo un 58% proviene de Providencia. El resto de los alumnos proviene de 42 comunas, siendo las de mayor procedencia Ñuñoa, Santiago, La Florida, Macul, Puente Alto y Peñalolén, lo que se fundamenta, probablemente, en los logros académicos, educación de excelencia, buena infraestructura y fácil accesibilidad.” (Padem 2012, p. 11, Municipalidad de Providencia) A su vez, en Enseñanza Media la situación de matrícula no nativa es aún más intensa, toda vez que los alumnos oriundos de la comuna alcanzan apenas al 10% (Ibíd.)

Esta Municipalidad, considerada como una de las de mejores ingresos económicos y cuyo ideario pedagógico es centrar la educación “en la persona entendida como ser individual” (Ibíd.: 18) y no social, también mostró un descenso sostenido de la matrícula. Así, se observa que a pesar

35.- Simce = Sistema de Medición de la Calidad de la Educación, utilizado por el Ministerio de Educación de Chile para evaluar resultados de aprendizaje. PSU = Prueba de Selección Universitaria, utilizada por las universidades públicas agrupadas en el Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas (CRUCH) y algunas otras, privadas, que adhirieron a su utilización a partir del año 2012, para medir conocimientos de los estudiantes que egresan de la enseñanza media.

que muchos de sus establecimientos resultan ser focos de atracción para escolares de otras comunas, la variación de la matrícula ha sido negativa. Al menos así se colige de los siguientes datos estadísticos:

Tabla N° 1. Número de estudiantes matriculados en el sistema educacional de Providencia, según nivel de enseñanza y año

NIVEL DE ENSEÑANZA	AÑOS					Diferencia
	2007	2008	2009	2010	2011	Año 2012
Pre Básica	333	323	553	564	378	45
Ed. Básica	4.551	4.493	4.417	4.596	4.681	130
Ed. Media HC	6.973	7.033	6.797	6.834	6.501	-472
Ed. Media TP	67	59	53	57	60	-7
Ed. Adultos	344	354	297	287	122	-222
Ed. Especial	120	120	120	120	119	-1
Total	12.388	12.382	12.237	12.458	11.861	-527

TP = Técnico Profesional

Fuente: PADEM 2012. Municipalidad de Providencia.

Queda en evidencia que, en términos globales, la educación municipalizada de Providencia ha perdido un significativo número de estudiantes, especialmente en Educación Media Humanista Científica y en la destinada a Adultos. Se hace necesario establecer las causas de esta merma estudiantil, principalmente en lo referido a la primera modalidad.

En torno a la segunda, se puede sostener como hipótesis que dada la lógica de negocio con que se presta el servicio educativo, la Educación de Adultos sería poco rentable y por tanto menos atractiva. Cabe suponer que se produce este fenómeno debido a tres factores: (a) el valor de la Unidad de Subvención Escolar (USE), (b) la forma de pagar la subvención y (c) el escaso mercado o demanda. En relación a este último aspecto, se debe tener en cuenta que el valor de la USE para Educación de Adultos oscila entre los \$27.200 mensuales (para Básica 1er nivel sin oficio) y los \$ 42.959 (para adultos en el área de Educación Comercial Técnico-Profesional). Además, el Ministerio cancela según la asistencia promedio mensual, resultando un criterio inconveniente porque el tipo de alumno (normalmente trabajador o trabajadora) no presenta regularidad en su asistencia a clases. Y, por último, el universo de adultos que demanda este tipo de servicio ha disminuido.³⁶

En cuanto a las mediciones Simce y PSU, los resultados han sido bastante halagüeños. Resumidamente se puede decir que los estándares alcanzados por los estudiantes son de alto rendimiento escolar. En SIMCE del año 2010, “el 4° Básico tiene un puntaje de 292, siendo el más alto en los últimos 11 años; en 2° medio se alcanza un puntaje de 320, siendo el más alto de los últimos 16 años.” (Ibíd.: 11) A su vez, en la PSU rendida en 2010, el promedio municipal obtenido a escala nacional fue de 457,9 puntos; en cambio, en los colegios municipales de esta comuna la media alcanzada fue “de 613 puntos, marcando una diferencia de 155,1 puntos sobre la media municipal nacional.” (Ibíd.: 11)

36.- Ver <http://www.comunidadescolar.cl/documentacion/Subvencion/informes/valor-subvenciones-DICIEM-BRE-2010.pdf>

1.2 Las Condes

Esta es una comuna también evaluada como pudiente, pero tiene una situación especial en relación con la administración de sus colegios, porque existe una mixtura entre colegios directamente administrados por la Municipalidad y otros en calidad de concesionados. No obstante esta última y nueva figura de administración, tanto los unos como los otros muestran, en términos globales, un descenso del número de estudiantes matriculados. En el Padem de 2009 de la Municipalidad de Las Condes (p. 26) se registra un total de 8.390 matrículas a nivel de la comuna; en cambio, en el Padem del año siguiente, 2010, la cifra de matriculados había descendido a 8.285 (p. 54). Se perdieron 125 estudiantes en un año, representando casi un 1,5% del universo de escolares de la comuna. Al alejarse un poco más en el tiempo, situándose en 2008, la matrícula total alcanzaba los 8.473 alumnos y alumnas, la que comparada con 2010, da evidencia de una pérdida aún mayor de matriculados.

En cuanto a las mediciones Simce, Las Condes no es una exportadora educativa. Por el contrario, “el 83,41% de los alumnos atendidos el año 2010 en los colegios municipales y concesionados de Las Condes” habitaba en la comuna (Padem 2012, p. 28, Municipalidad de Las Condes).

Este guarismo sube a cerca del 86% cuando se trata de colegios estrictamente municipalizados, siendo notoria la importancia de este tipo de establecimientos cuando se trata de población escolar de mayor vulnerabilidad. Así, “en el Liceo Juan Pablo II y Santa María de Las Condes, (la matrícula nativa se da) con 92,4 y 91,5%, respectivamente”. Por consiguiente, los resultados obtenidos no sólo son productos de la administración educativa sino también del tipo de familia nativa de esta comuna.

Dicho lo cual y a la luz de los resultados obtenidos, se puede colegir que ha habido una adecuada gestión educacional por parte de dicha entidad municipal. A continuación, en la Tabla N° 2 se exponen los elementos cuantitativos que permiten sostener esta deducción.

Tabla N° 2. Resultados Simce, en lenguaje y matemáticas, comuna de Las Condes, promedio por tipo de colegio municipal y año

	PROMEDIO LENGUAJE/MATEMÁTICA			
	2007	2008	2009	2010
Colegios Municipales	256,76	268,30	271,29	281
Colegios Concesionados	288,78	286,64	289,47	287
Comunal	264,69	273,90	277,38	283

Fuente: PADEM 2012, p. 34. Municipalidad Las Condes

En la tabla, claramente se observa un alza sostenida en los aprendizajes logrados por los alumnos de 4° Año Básico, tanto para los establecimientos municipalizados como los municipalizados - concesionados. La diferencia registrada a nivel comunal entre 2007 y 2010 supera los 18 puntos, lo que implica un sostenido progreso en la calidad educativa. La razón de este alza mantenida tendría su explicación en los planes de mejoramiento,

“dentro de los cuales se destaca la implementación gradual de la duplicidad de profesores en 4° básico en Lenguaje y Matemáticas” (Ibíd., p. 39) y del apoyo externo proveniente del Centro de Aprendizaje de Las Condes, cuyas acciones estuvieron preferentemente focalizadas en los subsectores de Lenguaje, Matemáticas y Psicología (Ibíd.).

Pero al observar los resultados de los colegios concesionados por la Municipalidad, uno se topa con la sorpresa de que éstos no lograron los mismos resultados; por el contrario, mostraron bajas y alzas que en términos generales significaron un detrimento próximo a los -0,5 puntos promedio; en cambio, los establecimientos municipales tuvieron un alza promedio de 6,06 puntos.

En relación a los puntajes alcanzados en la PSU (en el tramo temporal 2007-2010), vistos en la Tabla N° 3, éstos reflejan una realidad más o menos preocupante y, a su vez, aparentemente contradictoria. Las Condes es considerada una comuna con una Municipalidad mejor provista de recursos económicos y financieros que muchas otras. Por consiguiente, en rápida conclusión se podría afirmar que los resultados de su administración educacional estarían en correlato con la condición de ser una comuna pudiente. No obstante, a la luz de los resultados PSU, el logro se ubica a buena distancia de ser satisfactorio.

De hecho, entre los años 2007 y 2010 se registra un descenso en la mayor parte de los sectores de aprendizaje medidos por la PSU. Este fenómeno debiera llevar a pensar en otros factores que pudieran estar incidiendo en los aprendizajes. Uno de estos elementos sería el grado de vulnerabilidad de la población escolar, es decir, la condición socio-económica de la familia y su entorno. Precisamente, lo ocurrido en los establecimientos educacionales de enseñanza media de la Municipalidad de Las Condes tiene que ver con este factor. “La mayor vulnerabilidad (del alumnado) se encuentra en los colegios Santa María de las Condes, Juan Pablo II y ex Politécnico Los Dominicos, actual San Francisco de Los Dominicos” (Ibíd., p. 26).

Este ejemplo práctico nos ayuda a comprender que la Educación y sus procesos no actúan en isla respecto de la dinámica total del resto de la sociedad y sus instituciones. Una influye a las otras y recíprocamente.

Tabla N° 3. Resultados de la PSU, alumnos colegios municipales, comuna de Las Condes, según promedio de lenguaje y matemáticas, por año

	Colegios Municipales de Las Condes (PSU)		
	2007	2008	2010
Promedio Lenguaje	536,39	501,3	511,61
Promedio Matemática	522,55	497,5	496,18
Promedio Historia y Cs. Soc.	531,50	499,5	528,99
Promedio Ciencias	518,95	516,0	480,03

Fuente: Departamento de Evaluación, Medición y Registro Educacional de la Universidad de Chile (DEMRE), Compendio Estadístico. <http://www.demre.cl/estadisticas.htm>

I.3 Puente Alto

Por su parte, la situación de pérdida de matrícula es aguda en los colegios municipales de la comuna de Puente Alto. En 2009 la educación municipal, desde Enseñanza Básica a Educación Media, tenía un total de 23.344 matriculas, las que para el año siguiente se convirtieron en solo 22.892, significando una pérdida neta de 452 estudiantes. En términos porcentuales, esta merma representó alrededor un 2% del universo de estudiantes matriculados (Padem 2011, p. 8, Municipalidad de Puente Alto).

A su vez, durante 2011 la pérdida de matrículas fue aún más aguda, toda vez que llegó a 22.142, lo que implicó un descenso de 750 estudiantes y, en términos porcentuales, representa un 3,3% de caída (Ibid.),.

De manera paradójica, en relación con los resultados de la medición Simce, especialmente en Educación Básica, los colegios municipales de esta comuna han experimentado un alza notable, la que se debería, en opinión de uno de los responsables de la administración de estos establecimientos a ser “parte de un proceso que se comenzó a gestar cuando, a nivel institucional, se propusieron mejorar la calidad de la educación, para lo cual se efectuaron fuertes inversiones en infraestructura, tecnología y capacitación de docentes.” Espinosa V., J. M. (2011).

Vistos con detención los datos en Tabla N° 4, se detecta un relativo progreso en cinco años, al menos en lo referido a los aprendizajes de Enseñanza Básica. Así, en lenguaje el incremento de los alumnos fue de 24 puntos y en matemática de 8.

Estas diferencias representan aproximadamente un 10,3 y un 3,5% de aumento respecto de la medición anterior, respectivamente. Según el análisis de la ya citada autoridad educativa comunal, la diferencia entre 2006 y 2011 permite afirmar que la comuna fue la que más subió en toda la Región Metropolitana y que terminó “superando entre otras, a La Florida, Maipú, La Pintana, San José de Maipo, La Cisterna, La Granja y Pedro Aguirre Cerda.” (Ibid.)

No obstante y para los efectos de tener un diagnóstico más preciso que sirva efectivamente para elaborar políticas públicas más certeras, es necesario relacionar estos resultados con el volumen de inversiones efectuadas. Pero también es imprescindible comparar estos logros con los obtenidos a nivel nacional.

Así, según datos registrados por la cartera del ramo³⁷, el puntaje máximo alcanzado por los alumnos de 4° Año Básico el año 2011 fue de 347 puntos promedio. Esta cifra permite concluir que si bien se ha progresado en la calidad educacional, estos resultados están muy distantes de ser satisfactorios.

37.- <http://www.simce.cl/mapas/?rbd=25936&init=1>

Tabla N° 4. Resultados Simce, comuna de Puente Alto, promedio por tipo de colegio municipal y año

Colegios Municipalizados Puente Alto (4to. Básico)			
	2006	2009	2011
Promedio Lenguaje	231	236	255
Promedio Matemática	229	223	237

Fuentes: Padem 2008, Municipalidad de Puente Alto. Concejo Municipal de Puente Alto, Acta n° 11, año 2011.

Sin embargo, es necesario valorar el criterio para iniciar un proceso de mejoramiento de la calidad educacional: invertir en infraestructura, tecnología y (especialmente) capacitación docente.

Respecto de la PSU, los puntajes alcanzados en los colegios municipales de Puente Alto son indiscutiblemente bajos. Y en descenso, si se considera el período quinquenal 2006-2011. El promedio no supera el mínimo para postular a la Universidad y esto contradiría los éxitos de gestión señalados con anterioridad. No obstante, se debe indicar que en los resultados educacionales no sólo influye el tipo de gestión o los montos de inversión. Estos factores son importantes, pero no son los únicos. Tal como se indicara para el caso de Las Condes, en este proceso incide fuertemente el grado de vulnerabilidad que tienen los escolares de Puente Alto, comuna que, se sabe, concentra no sólo intensos niveles de pobreza y cesantía, sino además altos niveles de delincuencia.

Tabla N° 5. Resultados de la PSU, alumnos colegios municipales, comuna de Puente Alto, según promedio de lenguaje, matemáticas, historia y ciencias, por año

Colegios Municipalizados Puente Alto (PSU)			
	2006	2009	2011
Promedio Lenguaje	451	423,08	422,90
Promedio Matemática	443	412,51	427,69
Promedio Historia y Cs. Soc.	453	436,08	440,99
Promedio Ciencias	430	442,8	428,06

Fuente: Departamento de Evaluación, Medición y Registro Educacional de la Universidad de Chile (DEMRE), Compendio Estadístico. <http://www.demre.cl/estadisticas.htm>

2. Actores y Apreciaciones

Un estudio reciente de opinión pública, realizado en 2011 por el Instituto Chileno de Estudios Municipales de la Universidad Autónoma de Chile (ICHEM), detectó tres problemas en el sistema educacional del país: (a) la desigualdad de oportunidades, (b) la

baja calidad y (c) la escasa inversión. Por otra parte, el alcalde de la comuna de Colina y Vicepresidente de la Asociación Chilena de Municipalidades, Mario Olavarría, aseveró que para “los alcaldes de Chile lo importante es el financiamiento de la educación municipal. El tema ha sido la piedra en el zapato todos estos años. Cabe destacar, que los municipios colocan más de 160 mil millones de pesos todos los años en educación.”³⁸

Esta opinión resulta transversal entre los alcaldes y alcaldesas del país y quedó de manifiesto al conformarse, en abril del 2012, una mesa técnica entre el Mineduc y la Asociación Chilena de Municipalidades (ACHM) representada esta última por su Vicepresidente y el Presidente de la Comisión de Educación. En la ocasión, quedó claramente establecida la prioridad de las autoridades edilicias al plantear el requerimiento de modificar tanto la Ley de Subvención Escolar Preferencial (SEP) como la de Subvenciones, con el propósito de incrementar sustantivamente ambas subvenciones estatales.³⁹

Dicho esto, se podría entender que una de las razones del descontento con la educación o con el sistema educacional chileno estaría en la ausencia de un adecuado financiamiento al gasto educacional. De manera que resuelto este tema, estaría respondiendo de buena forma la reclamación ciudadana, que se arrastra desde hace algunos años.

Pero hay otras opiniones y algunas que tienen un sentido autocrítico. Por ejemplo, se ha planteado que hubo autocomplacencia en los gobiernos de la Concertación en el plano educacional. Así lo reconoce uno de los responsables de la última administración de esta coalición, Gonzalo Martner (2012), al dar cuenta que la ex Presidenta Bachelet no había definido la educación como una de sus prioridades para el gobierno que ella conduciría. Y que, continúa Martner, no fueron sino las movilizaciones estudiantiles las que obligaron al gobierno bacheletista a buscar soluciones a las exigencias escolares.

Parece ser cierto que no hubo ánimo del gobierno de Bachelet de satisfacer plenamente los requerimientos del estudiantado; por el contrario, la solución (real o aparente) se construiría conversando con la oposición de esos tiempos. El objetivo de esta tarea fue redefinir la institucionalidad educacional, aplicando un criterio que el mismo Martner llama “particular combinación de mecanismos de Estado y Mercado” (Ibíd.: 52) Esta peculiar mezcla Estado / Mercado quedó plasmada en la Ley General de Educación (LGE) que vino a remplazar la anterior Ley Orgánica Constitución de Enseñanza (LOCE).

Por consiguiente, resulta del todo simple concluir que fueron las movilizaciones estudiantiles de 2006, aún no tan masificadas como las de 2011, las que presionaron a las autoridades políticas de la época para que se introdujeran los cambios requeridos por el sistema educacional. Interpretando de otra forma este hecho, sólo son autocomplacientes los responsables de gobernar, sino que su visión está a la zaga de la iniciativa de los estudiantes, lo que viene a constituirse en una fuerte debilidad de las capacidades políticas que la modernidad exige, cual es conducir una sociedad que está en constante cambio. Esta forma de hacer la política pública, por arriba y lenta, tiene normalmente como

38.- http://www.corporacioncolina.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=266%3Aencuesta-de-opinion-publica-sobre-educacion&catid=46%3Anoticias&Itemid=1

39.- <http://www.elmorrocotudo.cl/noticia/sociedad/alcaldes-y-mineduc-inauguraron-mesa-tecnica-para-abordar-educacion-municipal>

consecuencia postergar las soluciones y dejar instaladas bombas de tiempo o motores de arranque que, tarde o temprano, sirven para detonar fuertes convulsiones sociales. El resultado del proceso de negociación fue una legislación que contempló la creación de dos nuevas agencias: Agencia de Aseguramiento de la Calidad de la Educación - destinada a evaluar los logros de aprendizajes y el desempeño de los establecimientos y de los sostenedores (propietarios) de las escuelas - y la Superintendencia de Educación, cuyo objetivo sería la de fiscalizar, sancionar e incluso cerrar escuelas cuando éstas no satisfagan los requerimientos educativos.

Con estas dos nuevas instituciones se dio por cerrado el ciclo (o al menos así se creyó) de las protestas estudiantiles. No obstante, la historia reciente está señalando algo muy distinto. Los estudiantes universitarios, que no son otros que los secundarios del año 2006, entraron en fuerte conflicto en 2011, ya no sólo con una legislación específica, sino con el sistema político chileno, responsabilizando a toda la clase política del enorme deterioro en que se encuentra el sistema educacional chileno. A esta protesta universitaria se unieron más tarde los estudiantes secundarios, cuya impronta ha sido la movilización permanente, la ocupación de lo que consideran sus espacios, la asamblea como forma de organización, su claro rechazo al modelo económico vigente, el desdén a los partidos políticos vigentes y, la aspiración de sustituir el sistema político de representación por el de poder popular.⁴⁰

Bajo el gobierno del Presidente Sebastián Piñera se crearon los llamados liceos de excelencia,⁴¹ que --- desde nuestra perspectiva --- actuarán como promotores de un nuevo tipo de discriminación, cuyo rasgo sustantivo será constituir bolsones de segregación en los sectores desposeídos de la sociedad chilena. Pero, en lo inmediato se arriesga con ellos generar una ficticia figura de mejoramiento en los aprendizajes, porque el universo escolar de estos centros educativos se constituyó con alumnos y alumnas de mejores logros de aprendizajes en otros establecimientos municipales y particular subvencionados.

3. Entre los Esfuerzos del Estado y la Demanda Social por la Educación

En forma resumida, uno de los informes de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) explica que el sistema educacional chileno, a partir de la última década del siglo XX, se vio afectado por un radical cambio en cuatro aspectos: "...la cobertura de la educación, las condiciones materiales para enseñar y aprender, las remuneraciones de los docentes, el currículum y la evaluación" (Unesco, 2004: 16) Estos cambios implicaron que, para fines de los noventa, Chile gastara más del 7% de su PIB en Educación y que de este mayor gasto, dos tercios fueran destinados a mejoramiento remuneracional de los docentes; también trajeron consigo un aumento de 20,4% de la matrícula escolar, básica y media, y la duplicación de la matrícula de educación superior (Ibíd.). A su vez, la infraestructura de los establecimientos escolares mejoró

40.- <http://www.elciudadano.cl/2012/08/16/56102/entrevista-a-el-loisa-gonzalez-vocera-aces-esta-la-fuerza-para-hacer-todo-lo-que-nosotros-queramos/www>

41.- http://www.mineduc.cl/index2.php?id_contenido=11613&id_seccion=10&id_portal=1

sustantivamente para el efecto de implementar la Jornada Escolar Completa (JEC), sistema que tuvo como objetivo instalar una mayor permanencia de los estudiantes en los colegios, pretendiendo con ello mejorar los resultados de aprendizajes entre otros propósitos. Si bien se puede comprobar un mejoramiento de logros de aprendizaje al emplear una mayor cantidad de horas de estudios⁴², ello no se podría atribuir plenamente a la aplicación de la JEC. También resulta necesario considerar la masificación del uso de nuevas tecnología, la interacción virtual y los nichos mundiales del conocimiento (por ejemplo, Google y otros)

Además, la implementación de la JEC exigió un tipo de horario de clases ad hoc y que los técnicos de algunas Direcciones Provinciales de Educación (Deprov) llamaron mosaico. Esta forma de organización de los tiempos/aulas se caracterizó por la combinación de sectores y subsectores de aprendizajes (tradicionalmente conocidos como asignaturas o ramos) a lo largo de toda la jornada escolar diaria.

A lo anterior se sumó la renovación y ampliación del material didáctico, consistente en computadores, conectividad virtual, suscripciones a revistas y diarios locales, recepción de textos y muebles para la creación de los llamados Centros de Recursos de Aprendizajes.

En torno a la reforma curricular hubo una actualización de los contenidos y un cambio (o intento de) en el paradigma del proceso educativo, impulsando un modelo de carácter constructivista, con lo que se dejaba atrás (o se intentaba) el binomio educacional de enseñanza-aprendizaje, dando paso al de aprendizaje-enseñanza. Es decir, el profesor debería cambiar su papel protagónico en el aula, asumiendo el de facilitador del proceso educativo del alumnado. Este despliegue de preocupación por mejorar el sistema educacional chileno ha significado ingentes gastos por parte del Estado que, sólo para el año anterior a la evaluación hecha por la Unesco, el presupuesto de gastos centrales llegó a bordear los 2.800 millones de dólares (Marcel y Tokman, 2005: 23).

Por cierto que este ensanchamiento de energías e innovaciones tuvieron como destino el mejoramiento de los aprendizajes del estudiantado. Energías económicas y humanas que, en opinión de Unesco, implicaron en cuanto al aprendizaje que los promedios nacionales de logro medidos por pruebas nacionales e internacionales mostraran "...entre 1996 y 2003, alzas leves pero consistentes en lenguaje, historia y ciencias, y estabilidad en matemáticas; con mantención de diferencias sistemáticas entre grupos socio-económicos" (Unesco, 2004).

No obstante, para el invierno del año 2006 la sociedad chilena fue sorprendida con la visibilización y movilización de miles de chilenos y chilenas de muy corta edad, demandando cambios en el sistema educacional chileno. Causaron asombro, poco rechazo y, por cierto, mucha simpatía. Fueron los llamados pingüinos y pingüinas que salieron a las calles, ocuparon sus colegios, realizaron asambleas, se enfrentaron a la acción policial, increparon a las autoridades políticas y empresarios de la educación,

42.- http://www.simce.cl/fileadmin/publicaciones-BD-simce/garcia_alva2.pdf

pasaron hambre, resistieron el frío, se expusieron a sanciones administrativas e, incluso, no fueron pocos los que debieron comparecer a los Tribunales de Justicia requeridos por alteración al orden público y la convivencia social. Todos esos hechos los vivieron, soportaron y superaron en petición de una mejor educación.

Un lustro más tarde, nuevamente las calles y avenidas de Santiago y las principales ciudades del país son ocupadas por los estudiantes. Ahora son los universitarios quienes toman la iniciativa. Se ha dicho de este episodio que representaba la primavera de Chile, como forma de anunciar nuevos tiempos para el país. La síntesis de lo exigido por los jóvenes es una mejor educación, de la que se desprende una larga lista de peticiones que fueron desde la gratuidad en la educación hasta un cambio en el modelo político-económico vigente en el país. Esta protesta y exigencia de los estudiantes universitarios, a quienes se sumaron los estudiantes secundarios, despertó amplia simpatía en la población chilena (Diario La Tercera. 30 de diciembre del 2011).

Este cuadro de hechos lleva a formular varias preguntas: ¿Fueron insuficientes o mal orientados los esfuerzos económicos y técnico-profesionales realizados para resolver el problema de la educación? ¿Fue (y sigue siendo) la municipalización un adecuado camino de descentralización del sistema educativo escolar?

4. La Crítica y la Demanda desde lo Empírico

A la luz del Informe Unesco no se podría comprender ni aceptar las razones que motivaron la llamada Revolución Pingüina, ocurrida sólo dos años más tarde del referido documento y que precipitó - consenso político mediante - la caída de la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza (LOCE) para dar paso a la Ley General de Educación (LGE).

Por su parte, en la Unesco se dijo que la educación encerraba un tesoro y que son los estudiantes los encargados de descubrirlo (Delors, 1996). En la ocasión, los países del mundo representados en la Unesco expresaron sintéticamente su concepción de lo que debería ser la Educación. La comisión de expertos, conocida como Comisión Delors, expresó su convicción respecto del papel esencial que jugaba (juega) la educación en el “desarrollo de la persona y las sociedades” (Ibíd.: 9) entendido éste no como un arte milagroso, sino como un camino más que se suma a otras vías para alcanzar un “desarrollo humano más armonioso, más genuino, para hacer retroceder la pobreza, la exclusión, las incomprensiones, las opresiones, las guerras, etc.” (Ibíd.: 7)

Esta afirmación, por lo demás, no es menor. En primer lugar por la calidad profesional absolutamente incuestionable de los integrantes de la mentada Comisión, presidida por Jacques Delors. Segundo, por el alto grado de representatividad de los mismos. Y, tercero, probablemente lo más importante, sus contenidos reflejan una visión educativa distanciada del raciocinio mercantilista; por el contrario, es preferentemente humanista y de impacto social. Interpretando aún más finamente la aseveración de la Comisión Delors, la educación es concebida como un motor de integración y desarrollo social, proceso en el que no habría espacio para segregacionismo alguno.

Además, se definió a escala planetaria que “la educación constituye un instrumento

indispensable para que la humanidad pueda progresar hacia los ideales de paz, libertad y justicia social” (Ibíd.) Queda instalada en esta frase una clara concepción de Educación: herramienta para construir y lograr la felicidad humana. Este aserto aleja cualquier interpretación que lleve a justificar o explicar la presencia de inequidad, segregación social o carencia de calidad en la Educación.

Asimismo, las propuestas de los estudiantes secundarios incluyeron y definieron el concepto de calidad educacional. La Coordinadora Nacional de Estudiantes Secundarios (CONES), define en su compendio de demandas y propuestas como educación de calidad a aquella que sea diversa y que esté destinada a formar “personas íntegras” y, por consiguiente, reclaman un nuevo sistema de Educación Pública que llegue “a todos con calidad, que forme personas íntegras, y que sea diversa. La Educación debe ser realmente un derecho, un bien público, de todos, para que todos nos beneficiemos de ella, y no sea un privilegio, un negocio, un bien de consumo” (CONES, 2012: Introducción).

Esta organización estudiantil tiene especial cuidado en elaborar una fuerte crítica al sistema municipal de educación. Lo hace en torno a tres ejes: en lo financiero, lo administrativo y lo pedagógico. Respecto del primer aspecto indica que los municipios no tienen una clara fiscalización o control en relación a cómo gastan los recursos financieros que reciben por concepto de subvención escolar y que, en muchas ocasiones, las municipalidades no reciben los recursos financieros que permitirían solventar los gastos de los colegios, debiendo recurrir a dineros estrictamente municipales.

En lo administrativo, explican que los municipios no pueden intervenir en asuntos inherentes a la educación “a pesar que la comuna es el ente más local de organización, por tanto sabe de mejor manera la realidad educativa de cada zona” (Ibíd.: 8).

La crítica al último eje, el pedagógico, se aborda estableciendo que los municipios carecen de “equipos especializados en educación, como lo son equipos técnico-pedagógicos, debido a la falta de recursos” (Ibíd.). Por consiguiente, para “guiar la administración de sus colegios, los municipios dependen de la ayuda casual y esporádica del MINEDUC, a través de sus niveles administrativos, o dependen de la asistencia que pueda brindar una municipalidad vecina que sí cuente con orientación técnico-pedagógica.” (Ibíd.) No obstante, lo más relevante es que el planteamiento estudiantil reconozca las limitaciones que tiene el sistema municipal para “evaluar, como estime conveniente, a los profesores, ni tampoco puede cambiar las cargas horarias con el fin de equilibrar lo lectivo de lo no lectivo” (Ibíd.)

Para los estudiantes secundarios organizados en la CONES, esta situación se superaría a través de una reforma constitucional que permitiera resolver exigencias tales como considerar la educación como un bien público y atribuirle al Estado la obligación de ser el garante de una educación de calidad que deberá contar con infraestructura, enseñanza y contenidos adecuados para formar chilenos y chilenas íntegras “como miembro pensante, consciente y al servicio de la sociedad” y que establezca la libertad de enseñanza afín “al bien común y no al bien individual. Por tanto, la libertad de enseñanza será sin fines de lucro.” (Ibíd.: 15)

Estas reformas permitirían la total desmunicipalización de la Educación escolar, generando una nueva institucionalidad educacional que, según la CONES (:16), operaría bajo los siguientes criterios:

- “1. Responsabilidad del Estado en garantizar el derecho a la educación.
2. Inversión constante y bastante para atender a las necesidades educativas del país.
3. Especialización y profesionalización de la administración educativa.
4. Administración que atienda a las necesidades locales geográficas y socioeconómicas de cada zona del país.
5. Autonomía en la toma de decisiones.
6. Intervención de la comunidad educativa.”

Esta profunda reforma educacional se debería operativizar, siempre según los estudiantes de la CONES, mediante la creación de un ente estatal nuevo: La Agencia Nacional de Educación Pública, cuya responsabilidad sería “gestión financiera, pedagógica y administrativa de los establecimientos educacionales de propiedad del Estado” (Ibíd.: 18).

Es decir, se plantea la organización de un sistema educativo estatal y descentralizado que operaría a través de Agencias Regionales, que dependerán de otro ente denominado Agencias Zonales. Éstas podrán ser de representación “comunal como intercomunal, dependiendo de las condiciones propias de cada Zona” (Ibíd.)

Teniendo sólo en consideración estas ideas de la CONES se puede concluir con rapidez que las exigencias o planteamiento de los estudiantes son mucho más amplias que las que están pensando muchas autoridades centrales y comunales. Por consiguiente, se ve poco auspicioso un horizonte de acuerdos, al menos con este sector del estudiantado.

Por su parte, la Asamblea Coordinadora de Estudiantes Secundarios (ACES), que representa a otra parte del estudiantado secundario, cuestiona el concepto de calidad porque obedecería a una “concepción de la educación como un bien de consumo y/o bien de inversión.” (ACES, 2012: 10)

Es una crítica con fundamentos de carácter ideológico. Su cuestionamiento, entonces, radica en que la idea educativa vigente se enmarcaría en la lógica de mercado, por tanto, estaría a contrapelo de las definiciones educacionales elaboradas incluso en instancias internacionales. A la vista de estos detractores del actual modelo educativo, la educación dejaría de ser un derecho para convertirse en mercancía, susceptible de ser adquirida para su respectivo consumo y, por tanto, sometida a la capacidad de pago del consumidor, con lo que se avalaría la existencia del lucro, que es fuertemente rechazado por esta organización. Por consiguiente, ya no se trata solamente de asuntos de financiamiento ni del tipo de administración que tenga el sistema educacional chileno. Para la ACES, el problema es la noción que se tiene actualmente de educación (una mercancía) y la forma de distribuirla (a través del mercado).

Esta lógica sería la autora de hondas desigualdades porque no concurre a otorgar todos los chilenos igualdad de posibilidades para conseguir una mercancía de buena calidad.

La forma de superar esta situación, a juicio de la ACES, sería a través de cinco puntos. Se mencionan a continuación aquéllos que incidirían en un cambio del modelo educacional chileno⁴³:

a) Terminar con la lógica mercantil (esencialmente caótica), dar por finalizada la competencia entre escuelas para pasar a la colaboración y la articulación.

b) Instalar gratuidad del sistema educativo “en todos sus niveles porque es un derecho social y un bien público.”

c) No basta con elevar el gasto por alumno, sino que debe terminarse con “la lógica de mercado que se utiliza para financiar las escuelas (sistema de subvenciones por alumno).” Por tanto, la contribución estatal a las escuelas y liceos debería “ser por la vía de los aportes basales.”

d) Se cuestiona el concepto de calidad porque es afín a la idea de educación como un bien de consumo y/o bien de inversión. Se trata no sólo de medir los resultados de los aprendizajes, es decir, del Simce, “sino además controlar los procesos que ocurren al interior de las comunidades educativas.” Por consiguiente, se cuestiona los sistemas de mediciones (Simce y PSU) para evaluar la educación.

El Simce y la PSU (que sustituyó a la Prueba de Aptitud Académica como herramienta de selección para el ingreso a la universidad) están sometidos permanentemente a crítica. Un alumno entrevistado en esta investigación aseveró que el Simce es “una herramienta obsoleta para medir conocimientos...porque no mide los conocimientos reales de un estudiante, porque no incorpora una dimensión integral de éste.” (Andrés Gómez, 2012) En el mismo sentido, pero respecto de la PSU, se recoge la opinión pública de Rodrigo Rivera, vocero de la CONES, quien dijo que esta prueba estaba “orientada a una malla curricular científico- humanista, en cambio, las personas de los colegios técnicos profesionales que quieren acceder a la educación superior se enfrentan en una condición completamente desigual. Esa es una de las aristas de este sistema que sólo segrega, que con solamente saber la condición socioeconómica de un alumno se puede tener una proyección de cuál va a ser el puntaje que va a sacar y si no hay voluntad real de avanzar en un mecanismo más justo tampoco se van a poder solucionar las grandes demandas que tenemos.”⁴⁴

e) Se formula un sistema escolar gestionado descentralizadamente, bajo la guía de entes educativos estatales “con participación de la comunidad, como reemplazo al actual sistema de educación municipalizada”

f) Por último y quizás sea lo más novedoso, se plantea que los establecimientos educacionales estatales “deben estar bajo el control de las comunidades.” Es decir, de los estudiantes, docentes, asistentes de educación, apoderados y organizaciones sociales territoriales.

43.- <http://www.g80.cl/noticias/noticiacompleta.php?varbajada=15118>

44.- <http://radio.uchile.cl/noticias/133814/>

Queda de manifiesto el descarte de toda posibilidad de mejorar el sistema educativo. Lo único que cabe es la demolición de éste, para ser sustituido por otro de carácter estatal, nacional y descentralizado. La esencia de la crítica radicaría en un cambio de paradigma de Estado: salir del actual, sustancialmente subsidiario, para pasar a otro preferentemente gestor y responsable. Lo cual demanda, a su vez, un cambio radical en el sistema político.

Dicho esto, se ve aún más oscuro un horizonte de acuerdos de las autoridades con el movimiento estudiantil secundario, para resolver los actuales problemas de la educación escolar.

Conclusiones

A la luz de estos argumentos y a pesar de los esfuerzos desplegados, tanto a nivel central del Estado como en las municipalidades, resulta difícil aseverar que el sistema educacional de Chile esté cerca de compartir la concepción que en Unesco se estableció y que, a su vez, se esté en camino de convencer a los usuarios del sistema. Al parecer, a su vez, en Chile existe consenso entre todos los actores y responsables de la educación que ésta hay que mejorarla.

Pero las propuestas son fuertemente contradictorias y equidistantes. Por ejemplo, el sistema de educación municipalizado es ampliamente cuestionado. Existen estudios de opinión pública que así lo plantean. La encuesta aplicada por ICHEM da cuenta que el 67% de los consultados estima que es el Ministerio de Educación la institución más adecuada para administrar los colegios (ICHEM, septiembre 2011). Además de presentar las deficiencias ya conocidas, la Educación municipal es considerada por algunos estudiantes como un “feudo del alcalde” (Andrés Gómez, op. cit.) y, por lo mismo, la crítica trasunta al aspecto estrictamente técnico-administrativo, convirtiéndose en controversia de carácter político.

Otro elemento interesante que permitió este breve estudio fue la desmitificación respecto de que las comunas con más recursos son las más certeras en los logros educacionales como, por ejemplo, Las Condes. Ello no siempre se cumple, sino que se relaciona con el tipo de población escolar atendida. En la situación mencionada, se trata de liceos que acogen a estudiantes que presentan altos índices de vulnerabilidad en sus familias y entorno.

De esto se desprende que la educación no debiera tratarse aisladamente del resto de la problemática social. Todo el quehacer social, económico e institucional está estrechamente imbricado. Por tanto, uno interviene en los otros y viceversa.

Este último razonamiento lleva a entroncar esta reflexión con la cosa política. Los cuestionamientos al sistema educativo vigente provienen preferentemente desde los estudiantes, tanto de nivel superior como de Enseñanza Media. Este último sector es quizás el más agudo, porque sus organizaciones han colocado en entredicho el paradigma mismo del tipo de educación que se tiene y, lo que es aún más gravitante, el papel subsidiario del Estado respecto de la Educación.

Es decir, ya no se trata de reivindicar / otorgar más recursos para satisfacer la demanda en la Educación. Será necesario buscar anchos y profundos acuerdos reformistas para conseguir resolver la crisis en torno de las políticas educativas del país. Y en torno a estos acuerdos de reformas, sin duda que deberá estar activamente presente la comunidad, no solo escolar, sino toda aquella que contribuye a construir comuna. Esto porque a medida que aumente la participación en áreas tan sensibles como salud y educación, el compromiso de la ciudadanía se irá fortaleciendo crecientemente. Esta es una de las condiciones básicas para el éxito de un buen gobierno local o central, porque se reflejará en una gobernanza cada vez más enriquecida y, por ende, en un incremento de la legitimidad de la poliarquía.

Bibliografía

Entrevistas

Andrés Gómez. Alumno del Internado Nacional Barros Arana y dirigente estudiantil secundario. Julio del 2012. Santiago de Chile.

Eloísa González, vocera de la ACES. <http://www.elciudadano.cl/2012/08/16/56102/entrevista-a-eloisa-gonzalez-vocera-aces-esta-la-fuerza-para-hacer-todo-lo-que-nosotros-queramos/>

Estudios y documentos

Asamblea Coordinadora de Estudiantes Secundarios (ACES). (2012). Propuesta para la Educación que queremos. Sistema educativo de excelencia integral e igualitaria. Documento. Santiago de Chile.

Coordinadora Nacional de Estudiantes Secundarios (CONES). (2012). Compendio de Demandas y Propuestas Estudiantiles Coordinadora Nacional de Estudiantes Secundarios. Documento. Santiago de Chile.

Delors, Jacques (compendio). (1996). Informe a la Unesco de la Comisión Internacional sobre la Educación para el Siglo XXI. Ediciones Unesco - Santillana.

Espinosa V., J. M. (2011). Acta Concejo Municipal de Puente Alto, sesión ordinaria n° 11. Director de Administración. Puente Alto, Chile.

Instituto Chileno de Estudios Municipales (Ichem). (2011). Educación desde una mirada vecinal. Encuesta Nacional de Opinión, septiembre de 2011. Santiago de Chile.

Marcel, M. y Tokman, C. (2005). Estudios de Finanzas Públicas, diciembre de 2005. Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda de Chile. Santiago de Chile. Ministerio de Hacienda. Diciembre 2005).

Martner, G. (2012). Políticas Públicas. La Crisis de la Educación Chilena. Revista interdisciplinaria del Centro de Políticas Públicas para el Desarrollo, 5 (1), p. 52.

Departamento de Gestión y Políticas Públicas. Santiago de Chile.

Municipalidad de Las Condes. Plan Anual de Desarrollo Educativo Municipal, años 2009, 2010, 2011, 2012. Dirección de Educación Municipal. Santiago de Chile.

Municipalidad de Puente Alto. Plan Anual de Desarrollo Educativo Municipal, años 2009, 2010, 2011, 2012. Dirección de Educación Municipal. Comuna de Puente Alto.

Municipalidad de Providencia. Plan Anual de Desarrollo Educativo Municipal, años 2009, 2010, 2011, 2012. Dirección de Educación Municipal. Municipalidad de Providencia. Santiago de Chile.

Unesco – Oficina Internacional de Educación, Ministerio de Educación de Chile. (2004). La Educación Chilena en el cambio de siglo: políticas, resultados y desafíos. Informe Nacional de Chile, Sinopsis de Logros. Santiago de Chile.

Páginas web y periódicos

Corporación Colina.cl: http://www.corporacioncolina.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=266%3Aencuesta-de-opinion-publica-sobre-educacion&catid=46%3Anoticias&Itemid=1

Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda: <http://www.dipres.cl>

El Morrocotudo.cl: <http://www.elmorrocotudo.cl/noticia/sociedad/alcaldes-y-mineduc-inauguraron-mesa-tecnica-para-abordar-educacion-municipal>

G80.cl: <http://www.g80.cl/noticias>

La Tercera. Edición del 30 de diciembre de 2011.

Sistema Nacional de Evaluación de Resultados de Aprendizaje, del Ministerio de Educación. Portal web: http://www.simce.cl/fileadmin/publicaciones-BD-simce/garcia_alva2.pdf y <http://www.simce.cl/mapas/?rbd=25936&init=1>

Radio Universidad de Chile: <http://radio.uchile.cl/noticias/133814/>

