



Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Ciencias Sociales
Departamento de Sociología



Universidad de Chile
Instituto de Asuntos Públicos
Corporación Centro de Análisis de
Políticas Públicas

Estado, Sociedad y Políticas Públicas: Estudio sobre la implementación de la reforma a la salud Chilena en la comuna de Puerto Montt

Tesis para optar al título profesional de Sociólogo

Alumno _____ : Luís Garrido Vergara.

Directora del Proyecto de Tesis _____ : Silvia Lamadrid Alvarez.

Profesor patrocinante de la Corporación
"Centro de Análisis de Políticas Públicas" _____ : Raúl Urzúa Frademann.

Profesor Asesor _____ : Eolo Díaz-Tendero Espinoza.

Santiago, Marzo de 2008

Si alguna vez

*Si alguna vez
mi voz deja de escucharse
piensen que el bosque habla por mí
con su lenguaje de raíces.*

Jorge Teillier

El autor agradece profundamente a la Corporación “Centro de Análisis de Políticas Públicas” del Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile y a la Fundación Ford, por el apoyo intelectual y de financiamiento otorgado para la realización de este proyecto de Tesis conducente a la obtención del Título Profesional de Sociólogo por la Universidad de Chile a través del programa “fondo de tesis” 2008.

Presentación

La necesidad de encontrar nuevas reflexiones en torno al estudio de las Políticas Públicas es relevante al momento de describir y analizar los procesos de desarrollo de las sociedades modernas. Para efectos de esta investigación he considerado pertinente retomar la perspectiva sociopolítica en el estudio de las Políticas Públicas, dada la necesidad de racionalizar analíticamente un proceso resultante a raíz de la implementación de una determinada Política en un espacio local (siendo esta la Reforma a la Salud chilena en la comuna de Puerto Montt) en torno a las dinámicas en que se ven insertos los actores sociales participantes en dicho proceso. Todo esto con la pretensión de lograr realizar un aporte relevante al entendimiento –desde nuevas e innovadoras perspectivas teórico-analíticas y de observación empírica- de las relaciones que se van estructurando entre el Estado y la Sociedad Civil a través de estas estrategias de acción que constituyen las Políticas Públicas. Los resultados que en este trabajo se presentan, corresponden a la experiencia local de una comuna en relación a la puesta en marcha de una reforma al sector de la Salud en Chile.

El Autor
Santiago, 2008.

Índice de Contenidos

<u>Tema</u>	<u>Página</u>
<u>CAPITULO I: INTRODUCCIÓN Y FUNDAMENTOS DEL ESTUDIO</u>	12
I. <u>Fundamentos del estudio:</u> <u>Estado, Sociedad y Políticas Públicas:</u> <u>Algunas notas introductorias</u>	12
II. <u>Tema de Estudio</u>	17
III. <u>Planteamiento de objetivos</u>	18
1. <u>Objetivo General</u>	18
2. <u>Objetivos Específicos</u>	18
IV. <u>Fundamentos sobre la</u> <u>Política Pública escogida:</u> <u>La reforma a la Salud en Chile</u>	19
V. <u>¿Qué es una Política Pública?</u> <u>Perspectiva teórica del estudio</u>	23
1) <u>Definición de las Políticas Públicas</u> <u>como ámbito de acción y a partir</u> <u>de su relevancia como objeto de investigación</u>	23
i. <u>Las Políticas Públicas como “ámbito de acción”</u> <u>y diálogo entre el Estado y la Ciudadanía</u>	23
ii. <u>Políticas Públicas: Un proceso</u> <u>de construcción socio-política</u>	28
iii. <u>Las Políticas Públicas como objeto de investigación</u> <u>y análisis a partir de las relaciones</u> <u>entre el Estado y la Sociedad Civil</u>	29

iv.	<u>La Reforma a la Salud chilena como Política Pública</u>	<u>32</u>
2)	<u>Principales Características del sistema de Salud en Chile a nivel local: organización territorial y de funciones previo al desarrollo de la reforma</u>	<u>35</u>
3)	<u>Características generales de Puerto Montt</u>	<u>37</u>
VI.	<u>El “Estudio de Caso” y su importancia para el Estudio de las Políticas Públicas: Fundamentos de la metodología adoptada en el proyecto</u>	<u>38</u>
1.	<u>Sobre la relevancia metodológica del uso de “entrevistas semi-estructuradas” en esta investigación: construyendo “relatos” sobre las Políticas Públicas</u>	<u>40</u>
2.	<u>Uso de la Teoría Fundamentada o “Grounded Theory”</u>	<u>44</u>
3.	<u>Construcción de un Mapa Cognitivo</u>	<u>46</u>
VII.	<u>Fuentes de información</u>	<u>47</u>
1.	<u>Información Secundaria</u>	<u>47</u>
2.	<u>Información Primaria</u>	<u>47</u>
VIII.	<u>Análisis de información</u>	<u>49</u>
IX.	<u>Relevancia de la Investigación</u>	<u>50</u>
 <u>CAPITULO II: LA REFORMA A LA SALUD CHILENA EN LA COMUNA DE PUERTO MONTT</u>		 <u>51</u>

I. <u>Implementación de la reforma al sistema de salud en la Comuna de Puerto Montt</u>	51
a) <u>Principales características de la Red de Salud en Puerto Montt</u>	51
b) <u>Modernización del Sistema de Salud: Nueva organización Institucional a nivel comunal en Puerto Montt</u>	52
c) <u>Dimensión Social de la Reforma: Percepción de la ciudadanía sobre el Sistema de Salud y la participación en organizaciones socio-comunitarias</u>	59
I. <u>Preocupación de las autoridades comunales en torno a la Salud</u>	60
II. <u>Percepción del acceso a una mejor salud para ud. y familia</u>	61
III. <u>Participación en organizaciones comunitarias</u>	62
IV. <u>Participación en Juntas de Vecinos y/o Uniones Comunales</u>	64
d) <u>Aspectos Políticos de la Reforma a la Salud en Puerto Montt: Revisión sobre los principales hitos políticos y de Gestión a lo largo del proceso</u>	65
i. <u>Indicadores relevantes sobre la Gestión Local en Salud</u>	72
 <u>CAPITULO III: ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN PRIMARIA</u>	 74
i. <u>Matriz conceptual según las entrevistas semiestructuradas realizadas: Desarrollo de la “Grounded Theory”</u>	74

ii. <u>Mapa Cognitivo de la Implementación de la Reforma a la Salud en Puerto Montt</u>	<u>87</u>
a) <u>La Perspectiva cognitiva en el análisis de una Política Pública: La Reforma a la Salud en Puerto Montt</u>	<u>87</u>
b) <u>Perspectivas en torno a los resultados obtenidos</u>	<u>89</u>
<u>CAPITULO IV: CONCLUSIONES DEL ESTUDIO: HACIA UNA GESTIÓN PARTICIPATIVA DE LOS ASUNTOS LOCALES: DOS PROPUESTAS DE DISCUSIÓN A PARTIR DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA REFORMA A LA SALUD EN PUERTO MONTT</u>	<u>90</u>
I. <u>Construyendo nuevas relaciones entre la gente y las instituciones</u>	<u>90</u>
II. <u>La necesidad de comprender las Políticas Públicas como aquellas estrategias de acción básicas para generar mayores grados de correlación entre la Gobernabilidad y el Desarrollo Sustentable local</u>	<u>91</u>
V. <u>BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>92</u>
VI. <u>ANEXOS</u>	<u>97</u>

Índice de Esquemas

Página

Esquema 1	
Esquema descriptivo de los enfoques “top down” y “bottom up” (Fuente: elaboración propia)	15
Esquema 2	
Características en la elaboración de las Políticas Públicas (Fuente: Huenchuman; 2005)	16
Esquema 3	
Representación básica del sistema de salud chileno (Fuente: MINSAL; 2007)	20
Esquema 4	
Representación de la relación básica de la creación y desarrollo de las Políticas Públicas (Fuente: elaboración propia)	26
Esquema 5	
Secuencia analítica de las ideas a las Políticas Públicas (Fuente: E. Lahera; 2002; p.85)	29
Esquema 6	
Concepto de Políticas Públicas (Fuente: Lahera; 2002; p.16)	31
Esquema 7	
Organización territorial y Funcional de los Servicios Públicos (Fuente: Gogna; 2004; p. 191)	36
Esquema 8	
Principios lógicos del diseño y estrategias metodológicas (Fuente: Canales; 2006; p. 214)	43
Esquema 9	
Metodología aplicada (Fuente: Elaboración Propia)	45
Esquema 10	
Separación de Funciones y Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria (Fuente: MINSAL; 2004)	55

Esquema 11 Hitos más significativos en el proceso político de la reforma a la Salud Chilena (Fuente: Lenz; 2007; p.25)	67
Esquema 12 Clasificación de actores según sector y participación en la reforma. Además se clasifican según dimensión cognitiva de análisis. (Fuente: Elaboración propia)	83
Esquema 13 Escenarios Políticos posibles en torno a la Reforma a la Salud chilena en Puerto Montt (Fuente: De la Maza & Fernández & Navarro; 2003; p.80)	84
Esquema 14 Campos de referencia de la acción del Estado (Fuente: Elaboración propia)	86
Esquema 15 Mapa Cognitivo sobre el desarrollo de la Reforma a la Salud en P. Montt (Fuente: elaboración propia)	88

Índice de Gráficos

Página

Gráfico 1 Desempeño del sistema de salud chileno (Fuente: OMS; 2000)	19
Gráfico 2 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a nivel de la Región de Los Lagos (Fuente: MINSAL, 2000. Elaboración propia)	51
Gráfico 3 ¿Cuáles cree usted que deben ser las dos principales preocupaciones de las autoridades en la comuna de Puerto Montt? (Fuente: Encuesta CAPP. Universidad de Chile. Elaboración Propia)	61

Gráfico 4	
Percepción del acceso a una mejor salud para ud. y familia (Fuente: Encuesta CAPP. Universidad de Chile. Elaboración Propia)	62
Gráfico 5	
Principal motivación para participar en organizaciones comunitarias (Fuente: Encuesta CAPP. Universidad de Chile. Elaboración Propia)	63
Gráfico 6	
Participación en Junta de Vecinos y/o Unión Comunal (Fuente: Encuesta CAPP. Universidad de Chile. Elaboración Propia)	64

Índice de Tablas

	<u>Página</u>
Tabla 1	
Estado Resultados Financieros Hospital de Puerto Montt para el año 2006 (Fuente: Hospital de Puerto Montt)	71
Tabla 2	
Estado Indicadores de Hospitalización para el año 2006 (Fuente: Hospital de Puerto Montt)	72
Tabla 3	
Evaluación productiva para el año 2006 (Fuente: Hospital de Puerto Montt)	73

CAPITULO I: INTRODUCCIÓN Y FUNDAMENTOS DEL ESTUDIO

I. Fundamentos del estudio: Estado, Sociedad y Políticas Públicas: Algunas notas introductorias

*“Los procesos que dicen relación con las nuevas formas de relacionarse entre el Estado y la sociedad merecen una atención prioritaria dentro de las Ciencias Sociales”
(Aedo; 2004; p.11)*

Una de las principales formas de acción del Estado sobre la Sociedad se define en las Políticas Públicas. Desde las múltiples orientaciones que dan cuenta sobre el estudio de las Políticas Públicas, el enfoque administrativo ha sido uno de los que más amplitud ha tenido en su estudio. Desde esta perspectiva el Estado es concebido como un sistema autónomo que cumple un rol de administrador o de árbitro sobre la sociedad que lo constituye. Esta manera de abordar el estudio de las Políticas Públicas, se ha caracterizado por tener un énfasis tecnocrático, lo que Bruno Jobert ha denominado como “ingeniería social”: *“las corrientes dominantes de la Ciencia Política han privilegiado siempre el problema de la conquista de las posiciones centrales de poder en el mecanismo del Estado, más que el de la acción del Estado sobre la sociedad”* (Jobert; 2004; p.13). Por lo tanto, desde esta visión, aquellos temas referidos a la función política y su relación con las transformaciones referidas en torno a la cohesión y desarrollo social quedan relegados, a partir del interés por explicar los criterios de formulación y desarrollo de una Política Pública desde dimensiones funcionales y de evaluación de impacto basadas en indicadores de su desempeño empírico-instrumental (resultados operativos). El enfoque que se propone –en el marco de este estudio- se sustenta en retomar la relevancia sociológica-política en el estudio de las Políticas Públicas, desde donde es posible entender a estas últimas como aquellos mecanismos de acción del Estado sobre la sociedad, en donde la importancia del análisis se sustenta en dar cuenta de las relaciones de poder que determinan los marcos de acción del Estado, así como los aspectos simbólicos (“imágenes de mundo”) que se desprenden en dicha acción.

Un giro importante que se sustenta en esta propuesta de investigación, está basado en retomar –más allá de un uso instrumental (como ocurre en el enfoque administrativo)- una perspectiva conceptual del análisis sobre Políticas Públicas, en donde el reconocimiento del aporte del uso de las Ciencias Sociales en este ámbito de estudio está en *“la constatación de*

que, explícita o implícitamente, la decisión de formular una política y el contenido de la misma, están condicionados por un marco conceptual, o como dice Jobert, un referencial” (Urzúa; 2006).

Las Políticas Públicas, en una de sus múltiples acepciones, se pueden definir como: *“un conjunto de acciones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación a una cuestión que concita atención, interés y movilización de otros actores de la sociedad” (Oszlak & O’Donnell; 1990; p.101).* El desarrollo de una Política Pública tiene, en consecuencia, dos características fundamentales:

- Como es una política de Estado, presenta un componente legal- formal que la determina a nivel de formulación, implementación y evaluación.
- Tiene efectos sociales (“lo público”), ya que la implementación y desarrollo de una Política Pública afecta la calidad de vida de las personas.

Para efectos de este trabajo, la perspectiva analítico-conceptual que se propone, se sustenta a raíz de los aportes particulares sostenidos desde la Escuela cognitivista de Políticas Públicas, en donde se plantea que en el proceso de formulación y desarrollo de éstas, no sólo se “resuelven problemas” sino que además, se reconstruyen las relaciones de poder en una sociedad determinada. Por tanto, además de las dos características nombradas anteriormente, es necesario sumar una tercera, que tiene que ver con la dimensión socio-política que reside en una Política Pública, cuya importancia va estar referida a identificar características que se desprenden en tanto hay un replanteamiento de las relaciones de aquellos actores sociales participantes en la puesta en marcha y desarrollo de una Política Pública como ámbito de acción del Estado sobre la sociedad.

El estudio de las Políticas Públicas, tiene un carácter multidimensional y complejo, por recurrir tanto a la investigación empírica como a la reflexión teórica. En la articulación de dichos aspectos reside el status científico y la especificidad propia de esta forma de análisis: *“Creada como disciplina científica a mediados del siglo pasado por Harold Lasswell y sus colaboradores y discípulos, el que ella esté centrada en el estudio de los procesos de formulación, implementación y consecuencias de las políticas públicas lleva a que no pueda sino tener una perspectiva multidimensional en su campo de estudio” (Urzúa; 2004; p.8).*

El desarrollo de una Política Pública está influenciado por un conjunto de actores que se encuentran determinados por su aplicación en términos de sus relaciones de poder. Esta dimensión de la relación Estado-Sociedad, permite distinguir aquellos componentes políticos en la acción del Estado sobre la sociedad desde las Políticas Públicas: *“Esto significa que la “relación estado-sociedad” se concreta a través de sucesivas “tomas de posición” (o políticas) de*

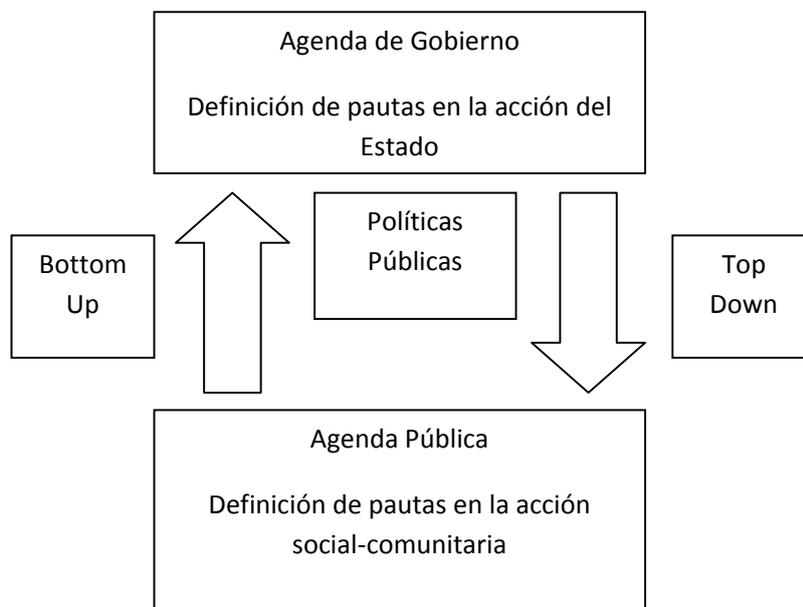
diferentes actores sociales y estatales, frente a cuestiones problemáticas que plantea el propio desarrollo de la sociedad. Luego, no sólo interesa el encadenamiento de comportamientos intraburocráticos que traducen la política en acción, sino también la dinámica social generada por este proceso y sus efectos de retroalimentación sobre el comportamiento de los actores estatales” (Oszlak; 2000; p.10).

En el desarrollo de una Política Pública, es posible referirse en torno a dos espacios básicos estructuradores de la acción estatal sobre la sociedad:

- a) **La Agenda Pública:** Corresponde a las demandas emanadas desde los sectores sociales –es decir, de lo público- en temas de interés globales y de alto impacto en la comunidad (impacto a nivel nacional, regional y comunal). Debido a la amplitud de actores sociales en la sociedad civil, esta agenda tiende a ser más heterogénea y abstracta en su desarrollo. En este sentido, cobra relevancia el concepto de “grupos de interés”, que se refiere a la amplia gama de agentes o actores sociales que se relacionan con el desarrollo de una Política Pública específica, desde empresarios, representantes de organizaciones comunitarias, grupos de intereses, instituciones, etc. Para el caso de las Políticas Públicas, es necesario tomar como referencia fundamental, la representación comunitaria en los procesos de desarrollo y evaluación.

- b) **La Agenda de Gobierno:** Esta agenda se sustenta en el plan de desarrollo a nivel nacional del gobierno de turno. Está determinada por el proyecto político de la coalición o partido gobernante, y es más específica y homogénea que la anterior, debido a que para definir ámbitos de acción a aplicar desde el ente gubernamental, los problemas deben ser acotados y específicos.

En diversas magnitudes y con diferentes expresiones, la relación entre ambas agendas va a ser determinante en la creación, desarrollo e impacto de una Política Pública. En este sentido, se distinguen dos conceptos fundamentales en la formulación e implementación de estas formas de acción del Estado: 1) El “bottom up”, que es cuando una Política Pública es formulada e implementada a partir de una demanda comunitaria organizada que influye en su creación y desarrollo mediante mecanismos o formas que posibilitan su participación en el proceso. La otra forma, es 2) el “top down”, que apunta al desarrollo de una Política Pública desde una acción propiamente estatal, de orden unilateral y jerárquica, en donde los grupos de interés se ven disminuidos en sus posibilidades de acción y participación.

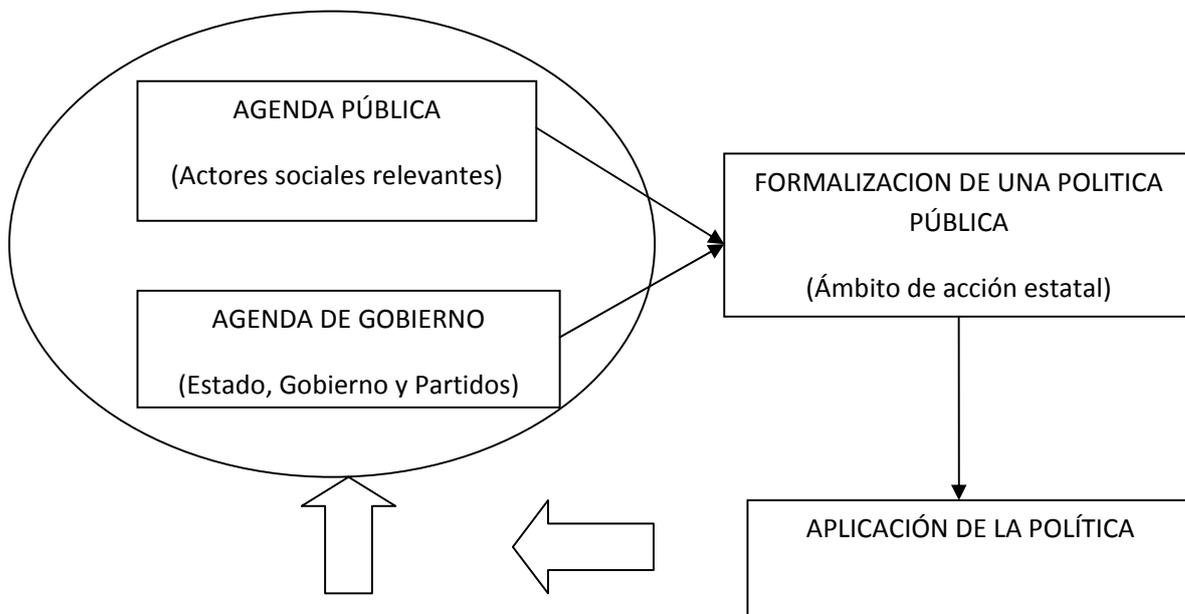
Esquema 1**Esquema descriptivo de los enfoques “top down” y “bottom up”****(Fuente: elaboración propia)**

Estos dos conceptos, constituyen los dos extremos que oscilan en la acción del Estado al desarrollar las Políticas Públicas como forma de acción sobre la sociedad que gobierna. Estos dos extremos de acción están mediados por la estructuración de estas dos agendas. En este sentido, es posible entender un rasgo sustantivo en el diseño y puesta en marcha de una Política Pública, a partir de esta relación entre ambas agendas; la cual, dada su naturaleza, en la mayoría de las ocasiones tiende a ser *conflictiva* (March & Olsen; 1989), en cuanto a cómo la comunidad logra hacer traspasables al Estado demandas y líneas de acción sobre una determinada contingencia: *“El estudio de la agenda pública busca saber cómo determinados asuntos y problemas logran expandirse, obtener visibilidad y consenso general para alcanzar a constituirse como problema público.....El estudio de la agenda de gobierno busca saber cómo determinados asuntos y problemas....logran ser aceptados como objetos de intervención.....y un tercer ámbito se desprende a partir de la relación entre estas dos agendas”* (Huenchuman; 2005).

Esquema 2

Características en la elaboración de las Políticas Públicas

(Fuente: Huenchuman; 2005)



Como ya se ha señalado, el ejercicio del Estado en materia de Políticas Públicas constituye una forma de acción fundamental sobre la sociedad.

Para efectos de este estudio, se tomará como referencia la descripción y análisis de la formulación de una Política Pública a nivel nacional y su implementación en una comuna chilena a nivel local, de manera de poder identificar, describir y analizar las principales características de las dimensiones Institucional, Social y Política como referenciales de la relación entre el Estado y la Sociedad.

II. Tema de Estudio

El tema central a abordar en el desarrollo de esta investigación, es el tipo de relación que se constituye entre el Estado y la sociedad en sus dimensiones Institucional, Social y Política, a partir de la implementación de una Política Pública a nivel nacional específica en un espacio local determinado. En esta dirección, se ha escogido la Reforma a la Salud Chilena, por constituir una Política Pública a nivel nacional; y asimismo, se ha escogido la comuna de Puerto Montt, debido a la relevancia que ésta ha alcanzado como la localidad eje en el proceso de transformación económica que ha vivido la zona con el auge de la industria del Salmón. Este auge de la industria salmonera en el último tiempo, ha determinado un sostenido progreso en la zona comprendida por las provincias de Chiloé, Palena y el litoral sur de la Provincia de Llanquihue. Incluso, el éxito de la industria salmonera ha llevado a posicionar a Chile a nivel internacional. Todo este auge ha producido interesantes transformaciones sociales en la zona. Además, cabe recalcar que Puerto Montt es la capital de la Provincia de Llanquihue, y es la capital de la Región de Los Lagos.

III. Planteamiento de objetivos

En síntesis, los objetivos –general y específicos- de esta investigación corresponden a los siguientes:

1. Objetivo General:

- Identificar, describir y analizar las principales características Institucionales, Sociales y Políticas en el proceso de implementación de la Reforma a la Salud en la Comuna de Puerto Montt.

2. Objetivos Específicos:

- Definir y clasificar a los principales actores sociales relevantes en el proceso de implementación de la reforma a la salud chilena en la comuna de Pto. Montt.
- Determinar -conceptualmente- el grado de participación ciudadana en el proceso de formulación e implementación de la reforma a la salud chilena en la comuna de Puerto Montt.
- Analizar y describir los efectos de la implementación de la reforma a la salud en Puerto Montt, a partir de una perspectiva integrada desde los ámbitos de acción -resultantes en el proceso de reforma- del Estado y la sociedad civil, como entes fundamentales en el proceso del desarrollo de la reforma a nivel local.

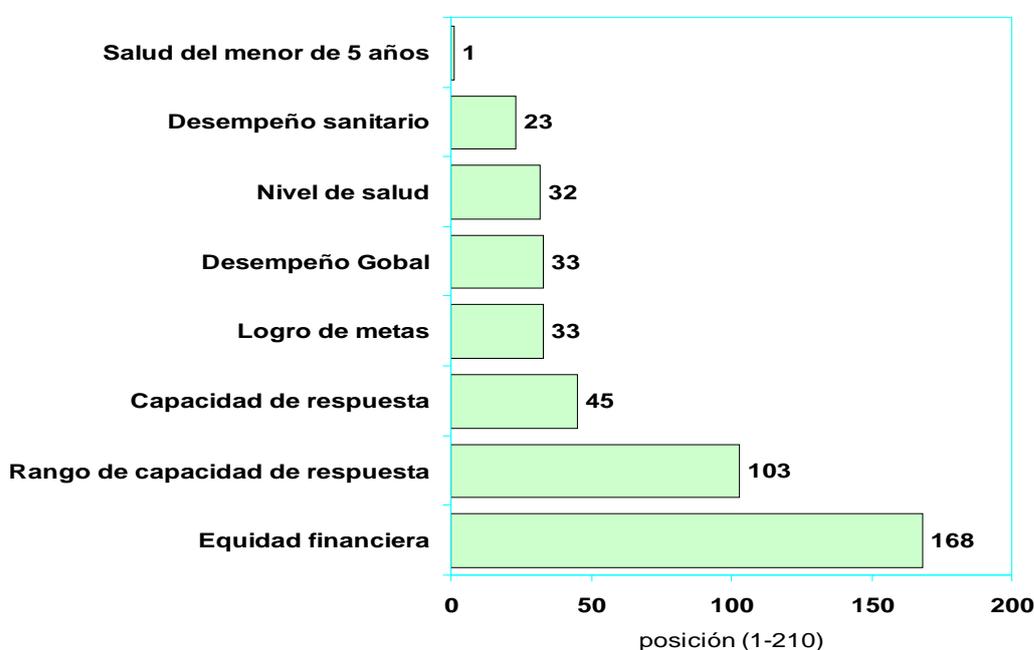
IV. Fundamentos sobre la Política Pública escogida: La reforma a la Salud en Chile

La Reforma del Sistema de Salud chileno, fue impulsada en el gobierno de Ricardo Lagos, a partir de la necesidad de reformar las deficiencias del sistema de salud antiguo. Fue desde este ámbito desde donde se establecieron seis principios básicos de la reforma en Chile. Sin embargo, un antecedente que fue determinante para dar curso a esta iniciativa, era la evidente desigualdad social que reproducía el sistema anterior (OMS; 2000):

Gráfico 1

Desempeño del sistema de salud chileno

(Fuente: OMS; 2000)



Desde su origen, es posible distinguir seis principios fundamentales en la Reforma a la Salud en Chile. Es desde estos seis principios, desde donde se establecieron las razones técnicas específicas que dieron la justificación básica -a nivel de diseño y puesta en marcha- al proceso de reforma(MINSAL; 2000):

- Equidad en el acceso, oportunidad y calidad de la atención
- Solidaridad Financiera
- Efectividad y eficiencia
- Participación social
- Salud como responsabilidad social
- Promover una transformación cultural

A nivel instrumental, algunos de los objetivos más importantes planteados para la reforma corresponden a los siguientes:

1. Favorecer la integración de los subsistemas público y privado bajo una lógica común, a partir de las necesidades específicas de los usuarios, contenidas en el plan. En este ámbito es importante contextualizar la constitución actual del sistema de salud:

Esquema 3

Representación básica del sistema de salud chileno

(Fuente: MINSAL; 2007)



2. Favorecer un acceso más equitativo para la población con menos recursos económicos y para aquella parte de la población históricamente discriminada por el sistema antiguo (ancianos, mujeres, etc).
3. Adecuar el modelo de atención y los servicios de salud ofrecidos al perfil biodemográfico de la población (más envejecida y afecta a enfermedades crónicas y degenerativas), las tecnologías disponibles y la evidencia científica.
4. Desarrollar canales de participación más activos a los usuarios del sistema, de manera de desarrollar una población usuaria más conciente e informada de los temas referentes al cuidado y protección sanitaria.

5. Introducir mecanismos que mejoren la gestión pública en materia de salud. Asimismo, se establecen dos objetivos sanitarios relevantes, que vienen a complementar la gestión en salud chilena:
 - Mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad.
 - Reducir las desigualdades en salud, mejorando la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad.

Para materializar estos objetivos, el Ejecutivo envió al Congreso un total de cinco proyectos de ley: a) Financiamiento, b) Autoridad Sanitaria y Gestión, c) Régimen de Garantías en Salud (ley AUGE), d) Modificaciones a la Ley de Isapres y e) Derechos y Deberes de las Personas. De estos proyectos, sólo el último no ha sido aprobado, por lo que aún no está vigente. Pese a ello, de los cuatro proyectos de ley aprobados, el más representativo de esta sustantiva reforma corresponde a la ley AUGE o régimen de garantías en salud, puesto que representa un cambio fundamental en la manera en que los individuos acceden al sistema de salud: el régimen de acceso universal con garantías explícitas, se basa en que el Estado asume la protección de determinadas patologías (incorporadas en el plan) en desmedro de las otras no incorporadas (en las cuales el no interviene de manera directa, es decir a nivel de financiamiento). Es por esto, que desde su inicio en Julio de 2005, hay un compromiso sostenido por parte del ejecutivo por ir incorporando más patologías al plan. Es así como a la fecha 30 de Junio, ya se han logrado incorporar 40 patologías en dicho plan (SEGPRES; 2007).

Se ha tomado la reforma a la Salud porque si bien, es una Política Pública a nivel nacional, tiene un carácter local dada su aplicación en las distintas regiones del país, determinadas por sus propias condiciones sociales, políticas y económicas; y problemas en materia de salud. Por tanto, es posible suponer que dadas las condiciones propias de cada espacio local, los marcos de acción por parte del Estado serán determinados a partir de dichas especificidades.

Para el caso de Puerto Montt, los resultados de la investigación desarrollada por el programa “Ciudadanía, Participación y Políticas Públicas” del Departamento de Políticas Públicas del Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile, con el apoyo de la Fundación Ford titulado “Estado, Participación ciudadana y Políticas Públicas”, aplicado en la comuna, muestran –en materia de salud y previsión social- que el 84,2% de los encuestados está inscrito en algún sistema de salud, el 1,3% se atiende particularmente y el 14,5% no está afiliado. Entre los afiliados, el mayor porcentaje es el de afiliados a FONASA sin tarjeta de gratuidad (43,5%). El segundo más alto porcentaje es el de los afiliados a FONASA con tarjeta de gratuidad (19%),

ocupando ISAPRE el tercer lugar, con sólo el 13,4% del total. La distribución de las preferencias por sistemas de salud en las clases sociales muestra que más del 55 por ciento de los jefes de hogar de la clase de servicio están afiliados a ISAPRE, siendo su segunda preferencia FONASA no gratuita (Urzúa; 2006; p.16). Esto ya constituye una especificidad propia de la comunidad al momento de aplicar una reforma al sistema de salud sobre este espacio local.

V. ¿Qué es una Política Pública? Perspectiva teórica del estudio

“Hay muy pocos que sean tan necios que no prefieren gobernarse a sí mismos antes que ser gobernados por otros”

Thomas Hobbes. “El Leviatán”.

1) Definición de las Políticas Públicas como ámbito de acción y a partir de su relevancia como objeto de investigación

Para poder establecer un orden en la explicación de este marco conceptual para entender las Políticas Públicas como fenómeno de estudio, es necesario realizar la distinción entre dos dimensiones teórico-analíticas fundamentales del concepto: a) las Políticas Públicas como ámbito de acción y diálogo entre la ciudadanía¹ y el Estado; y b) las Políticas Públicas como objeto de investigación y análisis a partir de las relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil.

i. Las Políticas Públicas como “ámbito de acción” y diálogo entre el Estado y la Ciudadanía

Antes de contextualizar la dimensión de las Políticas Públicas como “ámbito de acción”, es necesario explicar qué se entenderá como “ámbito de acción”. Para desarrollar este aspecto, es relevante definir este concepto ligándolo irrestrictamente al componente social, ya que lo Estado, así como sus márgenes de acción, son constituidos a través de la Sociedad Civil², mediante un pacto que constituye e institucionaliza al poder estatal como tal, así como sus ámbitos de acción: *“cada hombre es enemigo de cada hombre; los hombres viven sin otra seguridad que sus propias fuerzas y su propio ingenio debe proveerlos de lo necesario. En tal condición no hay lugar para la industria, pues sus productos son inciertos; y, por tanto, no se cultiva la tierra, ni se navega, ni se usan las mercancías que puedan importarse por mar, ni hay cómodos edificios, ni instrumentos para mover aquellas cosas que requieran gran fuerza o conocimiento de la faz de la tierra ni medida del tiempo, ni artes, ni letras, ni sociedad; y lo que es peor que nada, hay un constante temor y peligro de muerte violenta, y la vida del hombre es*

¹ En términos conceptuales, para este trabajo se entenderá aquella acepción del concepto ciudadanía, solamente enfocada a la sociedad civil, originaria del poder estatal.

² Para este ámbito se sigue la línea de la Filosofía contractualista de los siglos XVII-XVIII; fundamentalmente a Locke y Rosseau.

solitaria, pobre, grosera, brutal y mezquina" (Hobbes; 2003; p.93). En este sentido el Estado se origina en una acción social y desarrolla formas de acción sociales, dado su origen y su impacto en la ciudadanía. Por lo tanto, será necesario tomar como referencia el concepto de "acción social" en el marco de un contexto político, ya que el Estado se define a partir de la distribución del poder en un grupo social determinado, para el cual se tomará como referencia a la Sociología de Max Weber.

La acción social corresponde a *"aquella conducta humana que su propio agente o agentes entienden como subjetivamente significativa, y en la medida en que lo es. Tal conducta puede ser interna o externa y puede consistir en que el agente haga algo, se abstenga de hacerlo o permita que se lo hagan. Por acción social se entiende aquella conducta en la que el significado que a ella atribuye el agente o agentes entraña una relación con respecto a la conducta de otra u otras personas y en las que tal relación determina el modo en que procede dicha relación"* (Weber; 1921, p.283). Siguiendo en el marco de la Sociología Weberiana, es posible observar cuatro tipos de acción³ social:

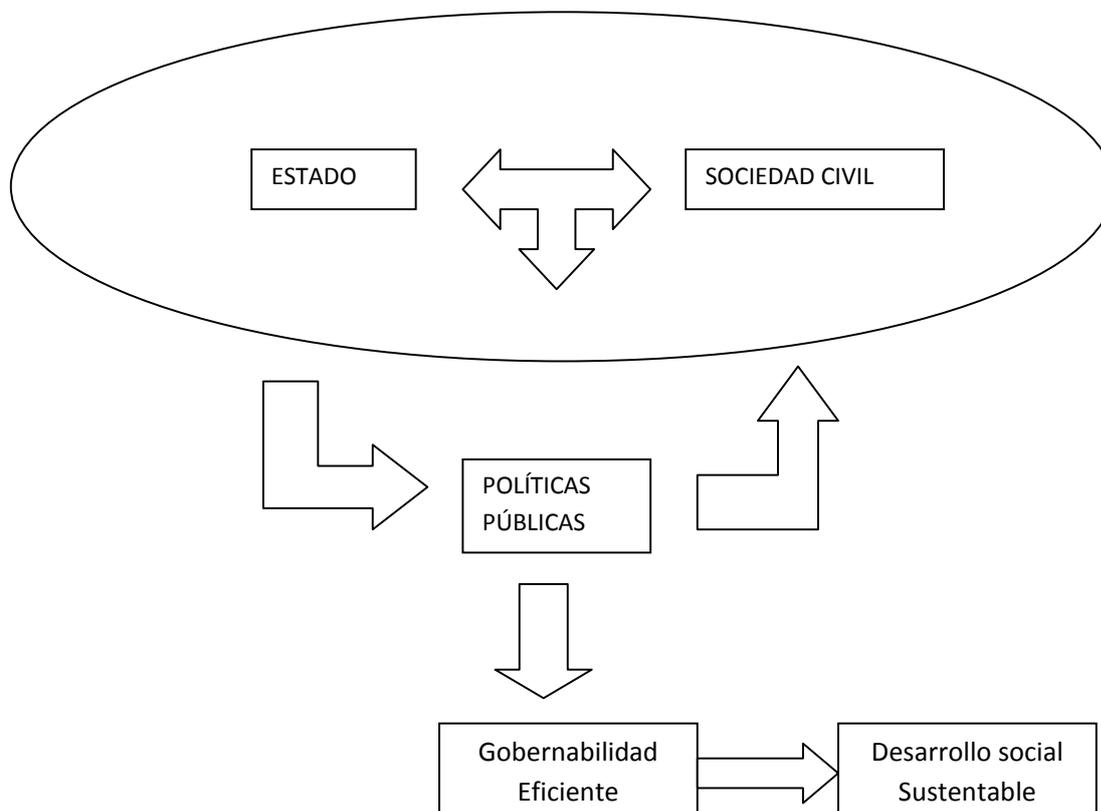
- ***Tradicional (costumbre)***; Son acciones conducidas por principios, normas, etc. en las cuales el componente racional es prácticamente insignificante.
- ***Afectiva (emocional)***; De carácter principalmente irracional guiada por emociones como el amor, odio, etc.
- ***racional con arreglo a valores***; Es decir, además de perseguir un fin racional están guiadas por principios o normas morales
- ***Acciones destinadas a conseguir un fin racional***

De todos estos tipos, la acción del Estado sin lugar a dudas estaría más representada en el tipo de acción orientado a conseguir un fin racional, dado su carácter institucional y su origen a nivel de un pacto civil; en este sentido, el Estado representa la institucionalización de la acción política en tanto resuelve el anarquismo en un grupo social determinado. Incluso Weber señaló que el Estado es la única institución social capaz de atribuirse el *"derecho legítimo a la violencia"* (Weber; 2001; p.83-84). El derecho legítimo de la violencia en términos weberianos, está referido a las potestades coactivas establecidas a través de la normativa orgánica-legal-formal que permiten y resguardan el ejercicio del Estado sobre la sociedad civil.

³ Para esta tipologización de la acción social, Weber toma como referencia el concepto de los "tipos ideales". Es decir, estas cuatro conceptualizaciones reflejan situaciones ideales de acción.

En este contexto, un primer acercamiento necesario para entender a las Políticas Públicas, surge a partir de la gestión del Estado en torno a los temas convocantes a lo público. Ya desde las postrimerías del término de la segunda guerra mundial, es posible encontrar algunas experiencias -como EE.UU. y Francia, por ejemplo- asociadas al desarrollo de Políticas propias del Estado: esto es, asociadas al desarrollo de mecanismos (o estructuras) de acción por parte del Estado, que permitieran a éste, ejercer una influencia más directa en la sociedad y en su desarrollo sustentable: se trata fundamentalmente de encontrar una asociación favorable entre la gobernabilidad y el desarrollo de la sociedad civil: el origen de la acción pública por parte del Estado, es a partir de la existencia de una sociedad que lo conforma y legitima en su creación y desarrollo a través de una ley orgánica formal. Así, se define un aspecto central en el Estado Moderno: el manejo y la protección de los asuntos públicos. Siguiendo a uno de los autores precursores del estudio de las Políticas Públicas como disciplina, Robert Dewey, las Políticas Públicas se vuelven necesarias para desarrollar un vínculo entre la *“resolución experta de problemas con una sociedad democrática activa”* (Dewey; 1972; citado por Lahera; 2002; p.14).

Como ya se ha señalado, un aspecto determinante en el desarrollo del Estado Moderno tiene que ver con el manejo de los asuntos públicos, marcados por las necesidades, demandas y derechos de la sociedad originaria de la institucionalidad pública, y por tanto depositaria del poder civil. En este sentido, una Política Pública -en términos generales- dice relación con una forma de acción fundamental que desarrolla el Estado sobre la sociedad civil: *“en el concepto tradicional, las políticas públicas corresponden al programa de acción de una autoridad pública o al resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental”* (Lahera; 2002; p. 13). En base a esta definición básica de lo que constituye una Política Pública, es posible constatar la base teórica en que se fundamenta esta investigación: las Políticas Públicas, constituyen una forma de acción por parte del poder estatal hacia la sociedad que lo origina, por lo que su estudio permite observar las formas en que se va estructurando la relación entre la gobernabilidad eficiente y el desarrollo social sustentable.

Esquema 4**Representación de la relación básica de la creación y desarrollo de las Políticas Públicas****(Fuente: elaboración propia)**

Según este esquema se entiende la relación básica entre el Estado y la Sociedad Civil, marcada por dos aspectos centrales: a) El origen del Estado a partir de su constitución como poder civil de un grupo social organizado; y b) La relación entre ambos mediada por las acciones por parte del Estado hacia la sociedad a partir del desarrollo de Políticas Públicas. Es relevante observar además, cómo a partir de esta relación está en juego el desarrollo de una gobernabilidad eficiente y el desarrollo social sustentable.

Es evidente que uno de los aspectos básicos en el desarrollo de las Políticas Públicas, es que éstas suelen ser bastante heterogéneas, dado que las necesidades, demandas y derechos emanados de la Sociedad Civil son múltiples y complejos. Incluso, hay ocasiones en que los asuntos públicos van clasificándose por grupos específicos de esa sociedad, según las carencias que esos grupos tengan. Así, el desarrollo de Políticas Públicas está sujeto a múltiples

contingencias que emanan desde la ciudadanía⁴. En este sentido, es importante preguntarse sobre los rasgos en común que son identificables en el desarrollo de Políticas Públicas como mecanismo de acción social (o en “lo social” en términos weberianos). En este sentido, tomando los criterios racional-exhaustivos planteados por Charles Lindblom (Aguilar; 1996; p.206), es posible plantear cinco principios transversales expresados a nivel de formulación y desarrollo de una Política Pública:

- Clarificación de valores u objetivos, distintos de -y usualmente previos- al análisis empírico de Políticas alternativas. La definición de objetivos contextualizados en torno a la realidad del grupo social, y a las características que definen los lineamientos de la Política a formular.
- La formulación de Políticas se basa en el análisis de medios-fines, después se buscan los medios para lograrlos. Los objetivos definen finalidades de la Política, los cuales deben estar enmarcados en un proyecto; el cual cuenta con determinados recursos (físicos, tecnológicos y financieros).
- La prueba de una “buena” Política es que se puede comprobar que es el medio más adecuado para los fines deseados.
- El análisis es exhaustivo; se toma en cuenta cada factor pertinente importante. El procedimiento de análisis, debe ser estructurado en términos de diseño e implementación de la Política estipulada.
- Usualmente se basa en teoría. Es decir, toda Política Pública tiene su origen en uno o un conjunto de estructuras sistematizadas conceptualmente, que da o dan cuenta de un fenómeno determinado. Esto permite dar un status científico a la validez y veracidad de la Política.

Es evidente que una debilidad expresada en este ámbito, tiene que ver con lo abstracto de dichos principios. Sin embargo, esta definición transversal, permite sentar criterios que permiten validar analítica y teóricamente la utilidad de las Políticas Públicas como ámbitos de acción social por parte del Estado en relación a la Sociedad Civil.

⁴ Hasta ahora, sólo interesa nombrar ese aspecto de manera referencial, ya que es necesario adentrarse en temas relacionados a la formulación y desarrollo de Políticas Públicas; no a los tipos que pueden surgir según demanda social.

En síntesis, se puede señalar entonces, que las Políticas Públicas se constituyen en una acción social proveniente desde el Estado hacia la Sociedad que es depositaria del pacto civil que lo constituye; Además, las Políticas Públicas son el resultado de una forma de acción encausada un fin de manera racional, por lo que son el resultado de una estrategia de intervención social basada en articular el resultado de una gobernabilidad eficiente, expresada en el desarrollo social sustentable en el tiempo.

ii. **Políticas Públicas: Un proceso de construcción socio-política**

“La Política Social es un proceso complejo, que envuelve la discusión de propuestas diversas y hasta opuestas, conflictos entre grupos con perspectivas e intereses diferentes, la aplicación de resoluciones parciales a los conflictos, la aplicación heterogénea de los programas y un impacto variado sobre los distintos grupos sociales. Se espera que, finalmente, la Política Social produzca cambios positivos en el desarrollo humano” (Martinic; 2000; p.11). Las Políticas Públicas, como ámbito de acción del Estado sobre la Sociedad Civil, se originan y dan cuenta de múltiples complejidades sociales que se ven expresadas a partir de las relaciones que determinan su estructuración y puesta en marcha. Es posible entender a las Políticas Públicas, como un conjunto de procedimientos determinados por una dimensión sociopolítica a nivel de su creación, diseño, evaluación y discusión, dado que en su desarrollo van dando forma a nuevas estructuras de relaciones sociales en términos de la distribución de poder existente, en términos del impacto que ejercen sobre esta; así como en la generación de nuevas maneras de distribución del poder, como resultado de su aplicación. Es por ello que los actores sociales son indispensables en un proceso de tal envergadura, incluso llegando a ser ellos mismos los que pueden generar una demanda de Política Social cuando es necesario. De esta manera se distinguen los polos: a) “bottom up” (que es cuando la ciudadanía instala temas en la agenda pública), y b) “top down” (que es cuando el Estado actúa autoritariamente en el gestionamiento de la agenda pública). La Sociedad Civil responde a un concepto resultante a partir del origen de la Ciudadanía como espacio constructor de una identidad Política de los miembros de una sociedad determinada. En la modernidad actual, el desarrollo de Políticas Públicas se puede entender como un ámbito generador y regenerador de la Ciudadanía a niveles simbólico, material y normativo. Estas dimensiones juegan un rol determinante en la definición de las relaciones entre el Estado con la Sociedad Civil.

iii. **Las Políticas Públicas como objeto de investigación y análisis a partir de las relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil**

Otra dimensión conceptual de relevancia en el concepto de Política Pública, tiene que ver con ser concebido como un fenómeno objeto de estudio e investigación por parte de las ciencias sociales. En este sentido es importante identificar cuáles son los aspectos que hacen del estudio de las Políticas Públicas, objeto de investigación sociológica. Para ello, es necesario diferenciar cuándo se habla de un problema social y cuándo se habla de un problema sociológico⁵. En este sentido, referirse a un problema de carácter social, tiene que ver cuando se da cuenta de un fenómeno de la vida social que tiene consecuencias determinadas para un conjunto o la totalidad de los miembros de un grupo social determinado. Un fenómeno sociológico, en cambio, tiene que ver cuando un fenómeno social es abordado a partir del análisis de las transformaciones estructurales que adquieren los distintos tipos de relaciones que dan forma a ese grupo social o comunidad, dentro de las cuales destacan la Política, la Economía y la Sociedad como espacio en donde se articulan dichas relaciones. En este sentido, las Políticas Públicas, corresponden a mecanismos de acción social impulsados por el Estado, cuya finalidad es afectar la vida de la Sociedad que es receptora de dichas Políticas, a nivel de los distintos tipos de relaciones sociales que se estructuran en ese grupo social: es por eso que una Política Pública puede ir dirigida a un ámbito político, económico, tributario, educativo, etc. Esta forma de intervención va generando nuevas estructuras de relaciones sociales que van dando cuenta de la relación Estado-Sociedad Civil.

Esquema 5

Secuencia analítica de las ideas a las Políticas Públicas

(Fuente: E. Lahera; 2002; p.85)



Este esquema es muy ilustrativo del proceso de conformación de una Política Pública, el cual por cierto, está determinado por el gobierno de turno y las características propias que ha tenido el desarrollo de los asuntos públicos (mediados por el desarrollo de la Sociedad Civil). En este sentido, según Bruno Jobert, una de las mayores tensiones a las que se ve enfrentado el estado es a la hegemonía que este ejerce sobre la Sociedad, la cual está expresada a partir del

⁵ Si bien existe una disciplina de conocimiento que aborda el fenómeno de las Políticas Públicas (veáse Laswell, Harold: "The Policy Orientation", citado en la bibliografía de este trabajo), en este trabajo se pretenderá abordar este fenómeno desde una mirada de orden sociológico.

ejercicio gubernamental: *“la producción de normas y marcos de acción pública ha llegado a ser uno de los vectores de la lucha por la hegemonía entre los Estados: la competencia entre los Estados pasa así por una competencia sobre el o los modelos de Políticas Públicas que podrían ser adaptados a las circunstancias actuales”* (Jobert; 2004; p.241). Por lo tanto, ¿cómo es posible resolver entonces el problema de la hegemonía en el desarrollo de las Políticas Públicas? En este punto se basa un aporte fundamental en la investigación de las Políticas Públicas como objeto de estudio, ya que si se toma en cuenta sólo la dimensión práctica (diseño versus resultados) de la implementación de una Política Pública determinada, se vuelve difusa la posibilidad de comprender los procesos de desarrollo sociopolítico a partir del entendimiento de las relaciones entre el estado y la Sociedad Civil. Siguiendo palabras de Jobert, la incorporación de esta dimensión teórico-analítica para dar cuenta del estudio de las Políticas Públicas, pretende que el estudio de estas vaya más allá de una *“ingeniería social”, en donde el “estado no es más que una gigantesca máquina donde hay que ajustar el engranaje para facilitar el rendimiento y mejorar la coherencia”* (Jobert; 2004; p.13). En este sentido hay temas que pueden ser incorporados en el estudio de la implementación de Políticas Públicas como por ejemplo la mantención de la cohesión social.

En este sentido, el aporte más importante de desarrollar investigación en Políticas Públicas tiene que ver con la consideración del Estado de los aportes del desarrollo investigativo sobretodo en esta área aun incipiente, *“ya que para el diseño de Políticas es fundamental tener diversas alternativas. Esa es la razón principal. También porque en la evaluación (...) es fundamental tener una mirada externa, no solo de otro departamento distinto al servicio, sino que externa al gobierno”* (Lahera citado por Ansoleaga; 2005; p. 9). En este sentido, hay tres importantes aspectos que hacen imprescindible el desarrollo de la investigación sobre Políticas Públicas (Ansoleaga; 2005; p.34):

- El hecho de que la investigación genere información novedosa en temas emergentes de Políticas Públicas.
- La necesidad de que el mundo político se haga cargo de este tema.
- La necesidad de un stock de conocimiento que sirva de complemento al desarrollo de Políticas Públicas.

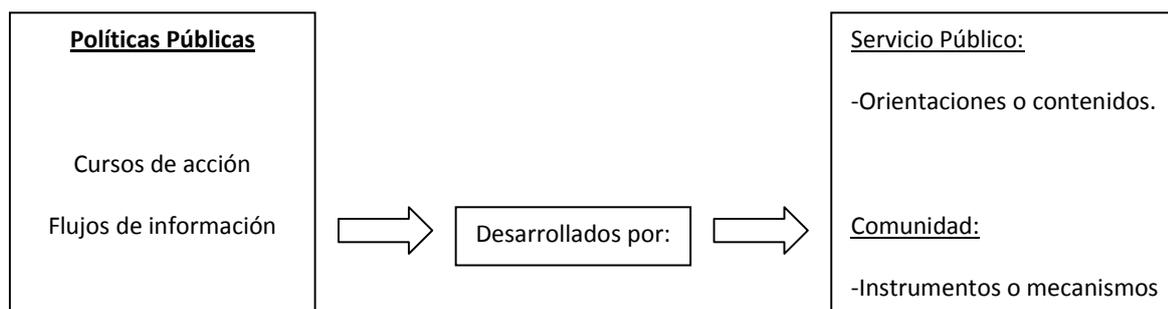
La interpretación de las Políticas Públicas como un objeto de investigación sociológica, representa como base, la identificación de los actores inmersos en el proceso de formulación y desarrollo de una determinada Política a nivel de análisis: según Lahera (2002) los principales

actores determinantes en el desarrollo contemporáneo de una Política Pública, corresponden a los siguientes:

Esquema 6

Concepto de Políticas Públicas

(Fuente: Lahera; 2002; p.16)



El desarrollo de una Política Pública como ámbito de acción del Estado sobre la Sociedad Civil, está determinado por la existencia de tres dimensiones (Urzúa; 2006):

- **Una dimensión cognitiva:** los referenciales dan los elementos de interpretación causal de los problemas a resolver;
- **Una dimensión normativa:** definen los valores cuyo respeto habrá que asegurar en el tratamiento de los problemas;
- **Una dimensión instrumental:** los referenciales definen los principios de acción que deben orientar la acción en función de ese saber y esos valores.

“A cuarenta años de distancia, pareciera que Laswell acertó a prever con claridad el desarrollo actual de las ciencias sociales que hoy, ya sin el encanto de las estructuras totalizadoras y de las leyes inexorables de la historia, buscan reconstruir sus conceptos y teoremas con base en la “elección racional” de los individuos o en la “elección pública”, para los problemas cercanos a nuestros intereses” (Aguilar; 1992; p.43). La importancia del uso de la reflexión sociológica se enmarca en la necesidad de ampliar el horizonte del estudio de las Políticas Públicas, hacia el entendimiento, descripción y explicaciones de las relaciones entre los distintos actores que son parte del desarrollo en la aplicación de Políticas: “La efectividad del análisis de la acción pública está en poner especial atención sobre la matriz de acción emergente de la nueva estatalidad nacional. Es decir, observando los cambios en el tipo de relación entre el

Estado y su entorno...como procesos que tienden a constituir espacios en el seno de los cuales los individuos o los grupos podrán ejercer, de manera fragmentada, una forma de ciudadanía sectorial, a condición de procurarse los medios para constituirse en actor en el marco de acción definido por la política en cuestión” (Díaz-Tendero; 2005; p.145). En este sentido, es posible sostener que las referencias utilizadas, pretenden dar a este estudio una base cognitiva de análisis de Políticas Públicas.

En síntesis, el entendimiento de los actores relevantes en el desarrollo de una Política Pública, está determinado por entender la acción pública, como una forma de acción del Estado sobre la Sociedad, y por tanto, por ser un tipo de acción generadora de cambios en la estructura de relaciones sociales constituidas en ese grupo social. A partir de esto, es necesario preguntarse sobre la conformación de los espacios de acción que ha ido constituyendo el Estado sobre la Sociedad a partir de dos actores fundamentales: la comunidad de origen y el sector privado. En este sentido, para efectos de esta investigación, se ha tomado el caso de la Reforma a la Salud chilena, como una macropolítica a nivel nacional, y su impacto en una comuna local, la cual será Puerto Montt. Será interesante observar, describir y analizar las principales características de los cambios producidos en la relación Estado-Sociedad a raíz de la implementación de la reforma a la salud chilena en la comuna de Puerto. Montt, a partir de las transformaciones estructurales de las relaciones sociales en el ámbito de la salud dadas en este espacio local, a partir de la influencia que ejercerá esta Política Pública.

iv. La Reforma a la Salud chilena como Política Pública

Como ya se ha señalado a lo largo de este trabajo, las Políticas Públicas constituyen la principal unidad de análisis para comprender la acción del Estado sobre la sociedad. Es bajo este supuesto donde se enmarca el análisis propuesto a la Reforma a la Salud en la comuna de Puerto Montt: la puesta en marcha de una Política Pública en una sociedad determinada, define y redefine los marcos de acción tanto del Estado, como del grupo social que es receptor de dicha Política. Las Políticas Públicas pueden ser clasificadas tanto a nivel de su naturaleza temática, como a partir del impacto que estas registran según su ejecución y finalidad en la comunidad (Boeninger; 2007; p.140)⁶:

⁶ Del trabajo de Boeninger, sólo se han tomado los títulos de las categorías que permiten clasificar a las P. Públicas según su naturaleza temática. Es necesario aclarar que las P. Públicas en muchas ocasiones se ven mezcladas en dichas categorías, como lo podría ser el caso de una Reforma Sectorial que incluya beneficios a los Funcionarios Públicos, por ejemplo.

1. **Beneficios a favor de Funcionarios Públicos:** Este tipo de Políticas tienen un carácter más específico y focalizado en los trabajadores del Estado. Pueden ser globales (como un reajuste salarial), así como focalizadas según el área que corresponda.
2. **Proyectos económicos y financieros:** El desarrollo de Políticas Públicas en términos económicos y/o financieros, tienen que ver con aquellas medidas que lleva a cabo un gobierno para potencializar el crecimiento y estabilidad económica. Así, se observan medidas económicas (que se pueden ver expresadas en el aumento o disminución del gasto público), así como de carácter financiero, las cuales también están contenidas en el campo económico (por ejemplo en una medida de modificación al sistema tributario).
3. **Proyectos a favor de sectores de la actividad nacional:** En algunas ocasiones, el Estado desarrolla planes enfocados a favorecer el desarrollo de sectores productivos que requieren apoyo para poder desarrollar su actividad, sobre todo cuando se ven imposibilitados por razones externas a su funcionamiento (por ejemplo, la sequía y cómo esta afecta a la industria de la agricultura).
4. **Reformas sectoriales:** Las Reformas Sectoriales, conllevan una gran envergadura, dado que abarcan campos de desarrollo social, político, económico y cultural en un país. Este tipo de reformas se expresan en ámbitos tales como la Educación, seguridad ciudadana, reforma al Estado, la Salud y el Trabajo. Corresponden a temáticas de importancia nacional en donde la mayoría de la población se ve afectada directamente. Esta categoría se subdivide en cinco subcategorías (Boeninger; 2007; p.141):
 - Reformas sectoriales mayores
 - Reformas sectoriales menores
 - Modernización del Estado
 - Cambios modernizadores del país
 - Delincuencia, seguridad pública y narcotráfico

Para el caso de la Reforma a la Salud, esta se define como una Reforma Sectorial mayor, ya que involucra un cambio al sistema global de Salud chileno, el cual va a ir teniendo distintas expresiones en los espacios locales (según sus propias realidades) en el país.

5. **Convenios internacionales:** Los convenios internacionales corresponden contratos, acuerdos o desarrollo de políticas en conjunto por parte del Estado chileno con otros

Estados: por ello, los convenios internacionales pueden ser de orden bilateral (2 Estados) o multilaterales (más de 2 Estados). La importancia de dichos acuerdos, corresponde al impacto que estos registran en el desarrollo nacional, por ello también constituyen Políticas Públicas.

6. **Acuerdos de libre comercio:** Similar al anterior, los acuerdos bilaterales o multilaterales de libre comercio están orientados a favorecer el intercambio productivo entre dos o más países, según corresponda.
7. **Cambios político-institucionales:** Frente a determinadas contingencias, el Estado puede desarrollar cambios legales o de gestión administrativa en las distintas áreas del sector público.
8. **Derechos humanos y asuntos militares:** Se pueden definir como Políticas Públicas en este ámbito, aquellas orientadas al financiamiento y ordenamiento de las Fuerzas Armadas, así como aquellas que comprometan los Derechos Humanos de los ciudadanos del país.
9. **Varios:** Aquellos asuntos de preocupación nacional que pueden surgir en determinadas contingencias (como por ejemplo el desarrollo de un indulto presidencial).
10. **Leyes de presupuestos:** La ley de presupuesto define el gasto público para un período determinado de un año. Es de gran relevancia como Política Pública en la Administración Financiera del Estado.

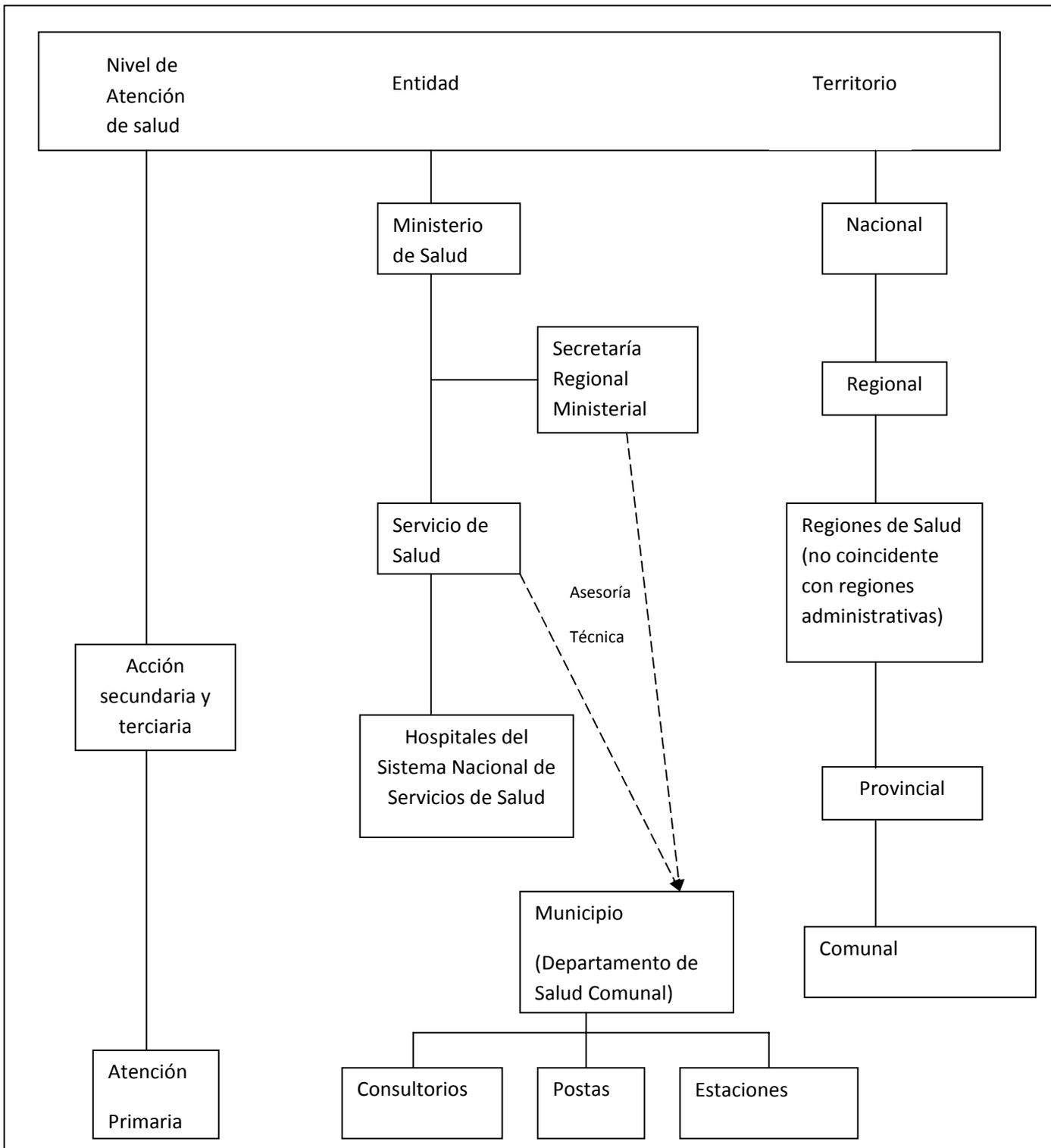
Pese a este ordenamiento categorial, el estudio de las Políticas Públicas debe orientarse más hacia la acción pública más que sobre la competencia política, porque en esa opción la actividad política se analiza principalmente desde el punto de vista de los resultados (“outcomes”) más que desde los insumos (“inputs”). Se trata en definitiva, de interrogarse sobre el funcionamiento de la Democracia a partir del momento donde la dimensión técnica (en el sentido amplio del término) de la acción pública crece fuertemente, al punto que termina por imponerse el problema de la reintegración del ciudadano en la cadena decisonal.

2) Principales Características del sistema de Salud en Chile a nivel local: organización territorial y de funciones previo al desarrollo de la reforma

Para analizar las principales características que esta reforma ha tenido en la comuna de Puerto Montt, es necesario observar cómo es la organización territorial y funcional de los servicios públicos en el sistema antiguo, de manera de poder observar cómo se estructura el impacto de la reforma a nivel local. Tal como se observa en el esquema siguiente, los Municipios –a través de los Departamentos de Salud Comunales- las Secretarías Regionales Ministeriales y el Servicio de Salud, corresponden a los principales actores participantes en torno a las prestaciones de Salud Pública en las comunas.

Esquema 7

Organización territorial y Funcional de los Servicios Públicos (Fuente: Gogna; 2004; p. 191)



3) Características generales de Puerto Montt

La comuna escogida para efectos de este estudio, representa el eje de la transformación socioeconómica en la región de Los Lagos, a través de la consolidación y progreso de la Industria del Salmón. Además de ello, resulta pertinente esbozar algunas características generales que presenta esta comuna a partir de su propia especificidad como espacio local de estudio:

- Además de ser capital provincial (es la capital de la provincia de Llanquihue) y regional (Puerto Montt es la capital de la X región de los Lagos). Puerto Montt es la ciudad que comunica Chile Continental con la Isla Grande de Chiloé y con Chile Austral.
- Puerto Montt, constituye una comuna caracterizada por una fuerte Municipalidad en términos políticos (el alcalde sr. Rabindranath Quinteros obtuvo la reelección el 2004 con un 69.11 % de los votos⁷), y en términos económicos, ya que se caracteriza por tener una importante cantidad de recursos.
- A través de la Unión de Juntas de Vecinos de Reloncaví, en Puerto Montt se ha alcanzado una evolución en la organización de la acción comunitaria, dada la representación a nivel de comunidades que alcanza este organismo.

⁷ Disponible en Documento web: <http://www.electoral.cl/muni2004/inicio.htm>

VI. El “Estudio de Caso” y su importancia para el Estudio de las Políticas Públicas: Fundamentos de la metodología adoptada en el proyecto

Un estudio de caso es: *“una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes. (...) Una investigación de estudio de caso trata exitosamente con una situación técnicamente distintiva en la cual hay muchas más variables de interés que datos observacionales; y, como resultado, se basa en múltiples fuentes de evidencia, con datos que deben converger en un estilo de triangulación; y, también como resultado, se beneficia del desarrollo previo de proposiciones teóricas que guían la recolección y el análisis de datos”* (Yin; 1994; p.14). Según Borges (1995; p.6), el “estudio de caso” ha representado dos importantes usos en la investigación moderna asociado a Políticas Públicas:

- El “Estudio de Caso” como instrumento pedagógico (“Teaching Cases”): Esta técnica, corresponde a la utilización del “estudio de caso” como un medio pedagógico para comprender, describir y analizar procesos vinculados a la aplicación de Políticas Públicas (Kennedy & Esther; 1985). Esta técnica se utiliza para vislumbrar escenarios de acción estratégica vinculados fundamentalmente a los actores involucrados en el desarrollo de una política pública determinada. El principal uso de esta técnica, es a partir de fines académicos en Escuelas de Administración y Empresas. Debido a esto es que los teaching cases tienen un importante alcance a nivel pedagógico, carecen de una profundidad mayor a nivel de información: *“la base investigativa de los teaching cases tiende a ser liviana y a nutrirse principalmente de fuentes bibliográficas secundarias disponibles en bibliotecas, reportes gubernamentales u oficiales de fácil acceso, recortes de periódicos y revistas de amplia circulación, y de algunas entrevistas”* (Bórges; 1995; p.7).
- El “Estudio de Caso” como instrumento Investigativo: El estudio de caso investigativo, representa cuatro importantes características, que le permiten combinar un *“carácter empírico profundo y multifacético”* (Bórges; 1995; p.9), distinguiéndolo del anterior:
 1. Investiga un fenómeno contemporáneo en su contexto real.
 2. Cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son evidentes o claramente diferenciables.
 3. Que utiliza múltiples fuentes de evidencia o datos.

4. Se utilizan primordialmente (pero no exclusivamente) métodos cualitativos de investigación.

El estudio de caso investigativo representa una perspectiva integradora, cuando se trata de estudiar fenómenos complejos y contemporáneos. El estudio de caso es una metodología cualitativa de carácter descriptivo, cuya finalidad radica en estudiar un ámbito específico de lo que se considera como un fenómeno complejo. En este sentido, el “caso” de estudio, se entiende como un sistema complejo integrado y en constante funcionamiento; por lo que la finalidad del análisis desde esta técnica, radica en lograr interpretar y reconstruir ese sistema. Aún cuando los estudios de caso permiten construir generalizaciones sobre las temáticas investigadas; su gran fortaleza reside en la capacidad de generar interpretaciones, las cuales son posibles de ser utilizadas en estudios comparativos posteriores. La metodología característica de un estudio de caso investigativo, está determinada por un proceso sucesivo de definiciones de temas relevantes para el “caso” estudiado, además de una sucesiva recolección de datos, así como una validación y formalización del “caso” según los objetivos definidos.

Una potencialidad que se desprende de la utilización de esta técnica, reside en la posibilidad de articular múltiples fuentes informativas, tanto a nivel primario como secundario; así como información de nivel cualitativo y cuantitativo. El estudio de caso tiene un carácter cualitativo-descriptivo, por su capacidad de poder establecer interpretaciones una vez materializada la investigación.

Para efectos del desarrollo de la investigación propuesta, una fortaleza importante que obtuvo con la aplicación del “estudio de caso investigativo” está basado con lo que Robert Yin (1994; p.22), ha planteado como cuatro importantes pruebas que permiten al investigador dar sustentabilidad al uso de esta técnica:

- **Validez de construcción:** Este ámbito está relacionado con el desarrollo de pautas o “medidas operacionales” que permitan al investigador mitigar aspectos subjetivos en el levantamiento de información. Para tal efecto, es necesario considerar dos aspectos fundamentales:
 1. Seleccionar los tipos específicos de cambios que van a ser estudiados.
 2. Desarrollar indicadores (cualitativos y/o cuantitativos) que permitan observar que los cambios observados correspondan a lo que se desea ilustrar.

- **Validez interna:** Esta etapa está relacionada con el desarrollo de inferencias respecto de la información utilizada y la fundamentación adecuada de estas mismas; para ello, es necesario construir hipótesis y explicaciones sobre los fenómenos a estudiar, y desarrollar patrones (o dimensiones analíticas) que permitan comparar y ordenar la información resultante en la investigación.
- **Validez externa:** La validez externa tiene que ver con volver extensibles los resultados obtenidos en la investigación hacia otras situaciones similares. Como esta investigación da cuenta del estudio de un ámbito local, esta validez podrá ser analizada en relación a las conclusiones referidas a la relación Estado-Sociedad, a partir de la implementación de la reforma a la salud en la comuna de Puerto Montt.
- **Confiablez:** Tiene que ver con la posibilidad de asegurar mayores facilidades para el investigador, en caso que querer reinvestigar el caso estudiado.

Para este trabajo, estas cuatro pruebas se han estructurado en base a dos etapas de la investigación: en la primera, la de levantamiento de información y datos, se procederá a realizar una revisión de bibliografía, datos y estudios sobre el tema, para luego sistematizar esta información de acuerdo a los temas planteados en los objetivos específicos. Este ordenamiento de la información obtenida según temas, ha servido de complemento para elaborar las pautas de las entrevistas, así como para analizar la información obtenida de las mismas. Por otra parte, la etapa de análisis y elaboración de resultados, la cual se inició con la recolección de la información primaria: el procesamiento y análisis de la información comienza en cuanto se inicia la primera entrevista y continúa paralela a la recolección de los datos. Cada entrevista fue transcrita una vez realizada, lo que permitió incluir, en las por realizar, temas que emergen en ella, los cuales pueden ser de utilidad para la investigación.

1. Sobre la relevancia metodológica del uso de “entrevistas semi-estructuradas” en esta investigación: construyendo “relatos” sobre las Políticas Públicas.

Esta investigación se caracteriza por ser un estudio de caso sobre un tema complejo, contemporáneo y poco explorado en los términos que en este estudio se sugieren. Debido a ello, la realización de entrevistas a actores sociales partícipes del proceso, así como la utilización de informantes claves, ha sido esencial para lograr concretar las metas que esta investigación persigue: *“en la entrevista cualitativa, el investigador intenta construir una situación que se asemeje a aquellas en que las personas hablan naturalmente entre sí sobre cosas importantes. La entrevista es relajada y su tono es el de la conversación, pues así es como las personas interactúan normalmente. El entrevistador se relaciona con los informantes en un nivel personal. Por cierto, las relaciones que se desarrollan a medida que transcurre el tiempo entre el*

entrevistador y los informantes son la clave de la recolección de datos” (Bogdan & Taylor, citados por Canales (editor); 2006; p. 230).

El desarrollo de entrevistas cumple una finalidad central para este trabajo, ya que tomando en cuenta que se investiga un proceso complejo en torno a un fenómeno social, es importante la generación de relatos por parte de aquellos actores relevantes para poder comprender la magnitud de dicho proceso: *“Para adentrarse en el conocimiento de los procesos sociales, los cientistas sociales dependen en gran medida de relatos verbales que son obtenidos mediante entrevistas. La palabra “entrevista” remite generalmente a estudios de tipo encuesta y la mayor parte de las personas piensan en un instrumento de investigación estructurado como cuestionarios de opiniones o de actitudes”* (Mella; 2003; p.148). Las entrevistas cualitativas se pueden clasificar en dos grandes grupos:

- Las **entrevistas en profundidad**, *“las que implican reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras”* (Mella; 2003; p.149). La aplicación de dichas entrevistas, se justifica en aquellas investigaciones en donde se requiere obtener una comprensión acabada respecto de las experiencias subjetivas de los entrevistados respecto del fenómeno investigado. Una característica importante de este tipo de entrevista, es que desde su aplicación hay una alta tendencia a ir generando nuevas categorías de análisis, según lo planteado por el entrevistado. Por ello, su uso es más frecuente en aquellas investigaciones en donde no existen muchas referencias sobre el fenómeno investigado. Por lo tanto, en este tipo de entrevista no se desarrollan esquemas con preguntas “pre-definidas”.
- Las **entrevistas focalizadas**, *“las que están centradas en los efectos de la experiencia sobre un fenómeno que tiene el entrevistado. El objetivo de la entrevista ha sido fijado de antemano e incluso se han planteado un conjunto de hipótesis relacionadas con el fenómeno de estudio, diseñándose una guía de entrevista en base a esas hipótesis”* (Mella; 2003; p.149). En este tipo de entrevista, a diferencia de la anterior, la relevancia de su aplicación reside en la posibilidad de rescatar perspectivas de los actores sobre una experiencia determinada, la cual ya ha sido observada y categorizada con el investigador a partir de la información disponible y sistematizada previamente. Si bien, este tipo de entrevista tiene un grado de flexibilidad en términos de la incorporación de nuevas categorías de análisis según las respuestas del entrevistado, la base de su aplicación reside en obtener perspectivas a partir de ciertas categorías analíticas ya definidas por el investigador. Este tipo de entrevista, es el que se ha utilizado en el desarrollo de esta investigación, dado que se ha realizado una

sistematización previa de la información disponible respecto de la Política Pública en cuestión (la reforma a la Salud en Chile) y del caso de estudio (la comuna de Puerto Montt), en torno a la definición de un enfoque cognitivo de análisis sociopolítico, según la forma que adquiere la relación entre el Estado y la Sociedad Civil observando la dimensión institucional, social y política de un proceso de implementación de una Política Pública en un espacio local.

La comprensión de procesos sociales y la necesidad de asumir una perspectiva de aporte en la evolución de las sociedades, es parte de una “vocación transformadora” que han seguido las Ciencias Sociales desde sus orígenes: *“Desde sus inicios las Ciencias Sociales han pretendido ir más allá del conocimiento en sí mismo, buscando ser guías para la acción transformadora de la sociedad, sea en su conjunto o en sus expresiones más parciales. Esa fue la intención de Comte al plantear como lema y objetivo de su recién bautizada Sociología el “conocer para prever, prever para actuar”* (Urzúa; 1999; p.2). La adopción de la entrevista en esta investigación, representa un potencial sustantivo a nivel de poder obtener referencias sobre un proceso social a través de los actores fundamentales en dicho proceso. Como se verá en el esquema siguiente, la realización de las entrevistas es sólo una parte de un complejo proceso (sujeto a una serie de consideraciones metodológicas, tanto a nivel de la generación de información, como de su análisis), en el cual se basa este trabajo.

Esquema 8

Principios lógicos del diseño y estrategias metodológicas (Fuente: Canales; 2006; p. 214)

Principios Lógicos del Diseño	ESTRATEGIAS METODOLÓGICAS		
	Investigación Social de Variables	Investigación Social Etnográfica	Investigación Social de Discursos
Construcción del objeto de investigación (sujeto/saber)	Relación-social: Función Población/actualización de mandatos	Relación social: Reconocimiento Comunidad/contexto	Relación social Discurso Colectivo/opinión
Generación de unidades de información (cuerpos/hablas)	Juegos de lenguaje: Estímulos/respuestas. Unidades de información generadas. Individuos/dichos referenciales	Juegos de lenguaje: Cuerpos situados en prácticas significantes/relatos testimoniales. Unidades de información generadas: Dichos propios a la significación de la experiencia	Juegos de lenguaje: Posiciones (en)/Microconversaciones. Unidades de información generadas. Dichos propios a la experiencia de la significación
Procesamiento de unidades de información generadas (lectura/escritura)	Reinscripción de respuestas según sintaxis distribucional	Reinscripción de relatos testimoniales según sintaxis escénica	Reinscripción de microconversaciones según sintaxis topológica

En la columna “Investigación social de Discursos”, es donde se ha situado esta investigación, ya que como se ha señalado, se ha realizado una acabada revisión tanto bibliográfica como de información clave obtenida en la zona. Junto con ello, se realizaron entrevistas cualitativas semi-estructuradas en el contexto de lo denominado como “relatos de Políticas Públicas”, en donde la principal tarea es lograr un relato por parte de la persona entrevistada, sobre su experiencia en el desarrollo de la Política Pública investigada. Una vez terminadas estas entrevistas en su totalidad, fueron sistematizadas en torno al ordenamiento de la información relevante en los términos de este trabajo, según los objetivos general y específicos. La sistematización de la información comenzó con el desarrollo de pautas a partir de dimensiones analíticas de acuerdo a los objetivos específicos planteados, para lo cual se

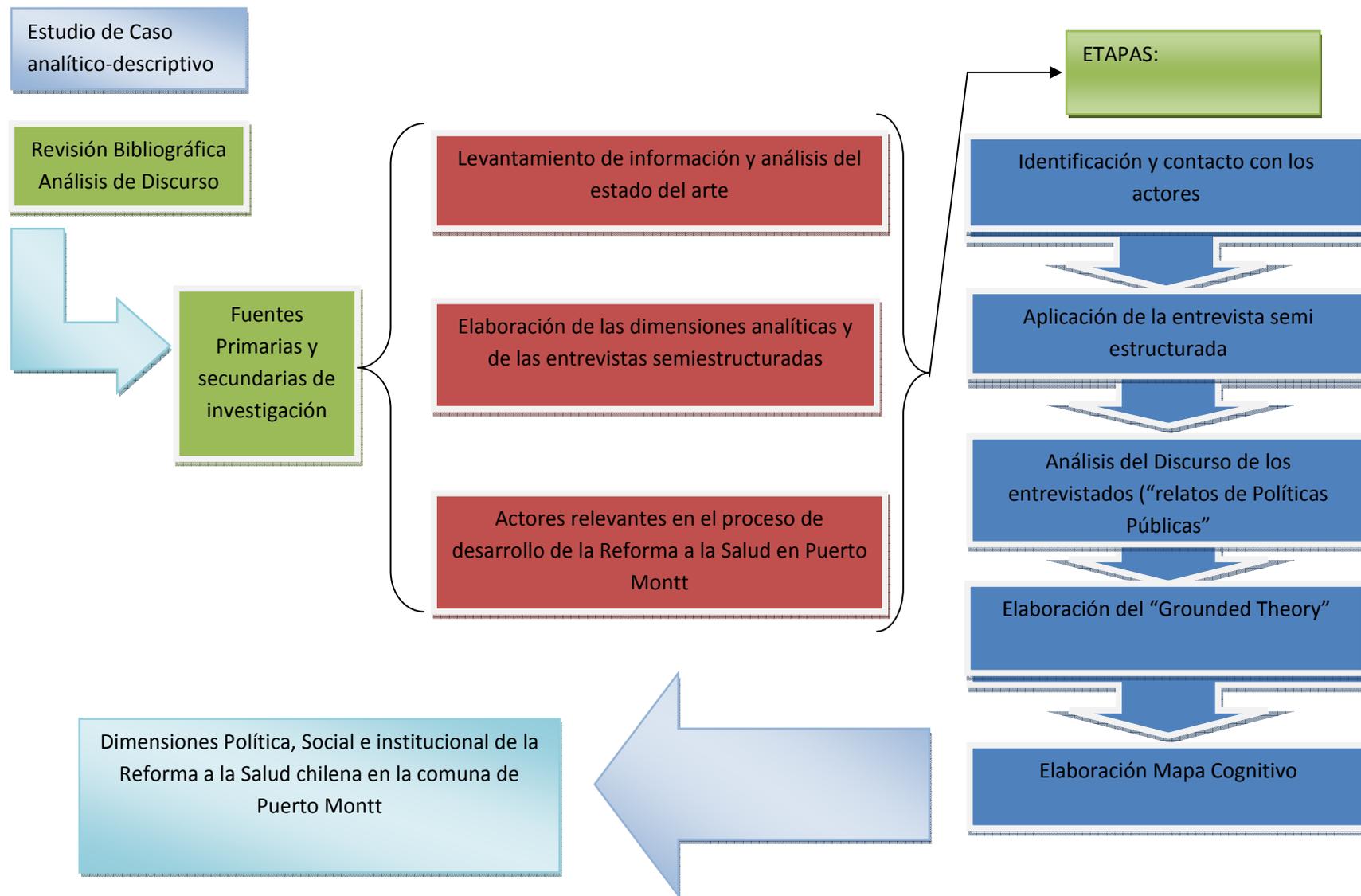
realizó una lista de todos los temas y conceptos identificados durante el análisis inicial. A cada una de estas dimensiones se les asignaron aquellas declaraciones relevantes realizadas por los entrevistados.

2. Uso de la Teoría Fundamentada o “Grounded Theory”

“La Teoría Fundamentada (“Grounded Theory”) tiene como objetivo generar una teoría a partir de la información obtenida en el trabajo de campo, vale decir relacionar esos datos respecto a fenómenos en observación, con un esquema analítico (Mella; 2003; p.230). La elaboración de la Teoría Fundamentada, ha permitido un desarrollo teórico paulatino a lo largo de la investigación, el cual llega a su punto culmine en la etapa final, debido a que las referencias teóricas y las categorías analíticas utilizadas se relacionan con las proposiciones obtenidas luego de las entrevistas y la sistematización de la información obtenida a través del trabajo de campo.

Para efectos del desarrollo de la Teoría Fundamentada, se reunieron todos los datos pertenecientes a cada dimensión en una matriz que permitió la sistematización de la información, lo que fue fundamental para poder concretar el enfoque cualitativo del “Grounded Theory” que dio la pauta –mediante el desarrollo de referenciales- para formular los antecedentes en la elaboración un mapa cognitivo sobre la implementación de la Reforma a la Salud en Puerto Montt de acuerdo a la situación de los actores en las dimensiones Institucional, Social y Política: *“la idea básica de la aproximación de la “grounded theory” es leer (y releer) una base de datos textual (por ejemplo, un corpus de notas de campo) y “descubrir” o etiquetar variables (llamadas categorías, conceptos y propiedades) y sus relaciones. La habilidad para percibir variables y relaciones se llama “sensibilidad teórica” y está afectada por un número de circunstancias y aspectos, incluyendo las lecturas de la literatura teórica y/o empírica, y el uso de técnicas diseñadas para intensificar la sensibilidad”* (Iñiguez & Muñoz; 2004; p.2). De esta manera se desarrolló una visión más integral en torno a lo especificado en el objetivo general, esto es identificar, describir y analizar las principales características de de las dimensiones Institucional, Política y Social en la implementación de la reforma a la salud chilena en la comuna de Puerto Montt.

Esquema 9
Metodología aplicada (Fuente: Elaboración Propia)



3. Construcción de un mapa Cognitivo

El ordenamiento metodológico en que se ha formulado esta investigación, tiene como objeto lograr desarrollar un estudio de caso basado en una metodología capaz de abordar las observaciones realizadas en los procedimientos de sistematización de la información obtenida (Blalock; 1971). En este sentido, el desarrollo de un mapa cognitivo dice relación con una etapa crucial de este trabajo, ya que es cuando se realiza una esquematización en donde se van ordenando los actores incluidos en el estudio, según su tipo de relación y su perspectiva sobre la experiencia que han tenido en el “caso” investigado (que corresponde a la Reforma a la Salud en Puerto Montt). Este procedimiento, pretende asegurar una representatividad de los resultados obtenido a partir de las entrevistas realizadas, buscando la descripción de un proceso con sus propias especificidades: *“En una investigación cualitativa el proceso de análisis de los datos está simultáneamente relacionado con su recogida, reducción y representación.....Para la construcción del mapa a través de la entrevista, se codifica cada frase que suponga una unidad de información”* (González & Bermejo & Mellado; 2004; p. 2). El Mapa Cognitivo representa la alternativa de representar estructuralmente, un proceso sociopolítico con sus propias especificidades a partir de las mismas observaciones de quienes participan en él, y en tanto existe un ordenamiento teórico inicial a partir de la elaboración de un Estado del Arte y del desarrollo de conceptualizaciones que permitan abordar rigurosamente el objeto de estudio propuesto en el marco de esta investigación.

VII. Fuentes de información

1. Información Secundaria:

La base de la aproximación teórico-conceptual de esta investigación se llevó a cabo a través de la revisión bibliográfica de investigaciones y estudios relevantes sobre el tema. Esta información se obtuvo principalmente de las siguientes instituciones y organizaciones:

- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile
- Ministerio de Salud
- Centro de Estudios para América Latina y El Caribe (CEPAL)
- Fundación Chile XXI
- Instituto Nacional de Estadísticas de Chile
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
- Organización de las Naciones Unidas
- Ilustre Municipalidad de Puerto Montt.
- Servicio de Salud de Llanquihue Chiloé y Palena (“Llanchipal”).
- Secretaría Regional Ministerial de Salud de Los Lagos.
- Corporación “Centro de Análisis de Políticas Públicas” de la Universidad de Chile.
- Información proporcionada por el proyecto “Estado, Sociedad y Políticas Públicas en espacios locales desarrollado por la Corporación “Centro de Análisis de Políticas Públicas” del Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile para el 2006. La información obtenida, se enmarcó en las siguientes áreas:

- Información secundaria: Encuesta CASEN 1990 - 2003, Censo de Población y Vivienda 1992 - 2002, Estadísticas INE, MIDEPLAN, MINEDUC, entre otras.
- Encuesta a Jefes de Hogar de la Comuna de Puerto Montt (ver ficha metodológica en el anexo).

2. Información Primaria:

Además de lo anterior, fue fundamental la realización de entrevistas semiestructuradas con informantes claves calificados, quienes entregaron información de acuerdo a su área de competencia. Los informantes claves correspondieron a representantes de aquellos organismos claves en el desarrollo de la Reforma a la Salud en la comuna de Puerto Montt. Este instrumento metodológico se entiende como los “Relatos de Políticas Públicas”:

- Luis Alberto Mancilla Miranda. Jefe del Departamento de asesoría jurídica de la Secretaría Ministerial de Salud de la Región de Los Lagos.
- Luisa Diana Abarca Matus. Jefa de Departamento Comunicaciones y Participación de la Dirección del Servicio de Salud Llanquihue Chiloé Palena. Servicio de Salud Llanquihue Chiloé Palena.
- Valeria Argel. Presidenta de la junta de vecinos del sector de Pelluco. Unión comunal de las Juntas de Vecinos de Reloncaví.
- Rony Torres. Presidente de la Unión comunal de las Juntas de Vecinos de Reloncaví. Unión comunal de las Juntas de Vecinos de Reloncaví.
- David Contreras. Presidente de la junta vecinal n°4, unidad de trabajo y progreso de la comuna Puerto Montt. Unión comunal de las Juntas de Vecinos de Reloncaví.
- María Angélica Alarcón Contreras. Presidenta de la FENATS del Hospital del Puerto Montt. Federación Nacional de Trabajadores de la Salud de Puerto Montt.

La importancia de dichas personas entrevistadas tiene que ver con que, en el caso de las dos primeras, son representantes de los organismos públicos claves en la implementación de la Reforma en la comuna. Para el caso de los actores comunales, es a raíz de su liderazgo en los tres sectores más relevantes de la comuna. Por último, la importancia de la FENATS, es dado que constituye la organización con mayor impacto en los funcionarios de la Salud de la comuna.

VIII. Análisis de información

A partir de la revisión de bibliografía, datos y estudios sobre el tema, se elaboraron matrices (orientadas en torno al “Grounded Theory”) que sistematizaron dicha información. Estas matrices estuvieron estructuradas de acuerdo a los temas planteados en los objetivos específicos. La elaboración de las matrices ha permitido el ordenamiento de la información según temas, lo cual facilitó la complementación con la información obtenida de las entrevistas.

Al igual que lo anterior, en relación a la información primaria se utilizó análisis de entrevistas semi estructuradas a partir de la elaboración de una matriz. El procesamiento y análisis de la información comenzó luego de la primera entrevista y continuó paralelo a la recolección de los datos. Cada entrevista se transcribió una vez realizada, lo que permitió incluir, en las por realizar, temas que emergieron de las anteriores, siendo de utilidad para la investigación.

La codificación de la información se llevó a cabo con el desarrollo de las dimensiones analíticas de acuerdo a los objetivos específicos planteados, para lo cual se hizo una lista de todos los temas y conceptos identificados durante la revisión teórico-conceptual inicial. Posteriormente, se reunieron todas las observaciones pertenecientes a cada dimensión en una matriz que dio un orden lógico a la sistematización de la información, permitiendo desarrollar un “Grounded Theory” previo a la elaboración del mapa cognitivo.

Complementando ambos tipos de fuentes de información (primaria y secundaria), por tema, se elaboró una visión más integral en torno a lo especificado en el objetivo general; esto es: identificar, describir y analizar las principales características de las dimensiones Institucional, Social y Política de la implementación de la Reforma a la Salud Chilena en la comuna de Puerto. Montt.

IX. Relevancia de la Investigación:

Una vez realizada la explicación y fundamentos de este trabajo, es necesario recalcar el aporte y la contribución que se pretende lograr con los resultados que se obtengan en esta investigación.

- **Relevancia Teórica** : Para esta investigación, el aporte que se pretende realizar es a partir de la utilización de la Escuela Teórica Cognitiva de Políticas Públicas, la cual constituye una nueva manera de estudiar la gestión y desarrollo de las Políticas Públicas desde una perspectiva más integrada a través de los actores sociales que son parte del proceso, más allá de una perspectiva ingenieril predominante hasta ahora.
- **Relevancia Empírica** : Esto se expresa en la utilización de metodologías (entrevista en profundidad cualitativa, desarrollo de una teoría fundamentada y de un mapa cognitivo) orientadas a poder abordar un fenómeno concreto desde las ciencias sociales como lo es el estudio de una Política Pública nacional en un espacio local con su propia especificidad como lo es la comuna de Puerto Montt.
- **Relevancia Metodológica** : La relevancia metodológica de este trabajo, ha sido desarrollar el enfoque analítico cualitativo de la “Grounded Theory” y la elaboración de un mapa cognitivo que permita caracterizar las relaciones entre el Estado y la Sociedad a partir de las dimensiones Institucionales, Sociales y Políticas resultantes en la implementación de la Reforma a la Salud en un espacio local como lo es la comuna de Puerto Montt.
- **Relevancia Práctica** : Lo que se pretende con esta investigación, es generar resultados que signifiquen un aporte al desarrollo de nuevas investigaciones que permitan dar continuidad al progreso del enfoque cognitivo en el estudio de Políticas Públicas. Así mismo, se pretende lograr aportar nuevas perspectivas que puedan ser consideradas como un aporte constructivo a la formulación y desarrollo de nuevas Políticas Públicas en Chile.

CAPITULO II: LA REFORMA A LA SALUD CHILENA EN LA COMUNA DE PUERTO MONTT

I. Implementación de la reforma al sistema de salud en la Comuna de Puerto Montt

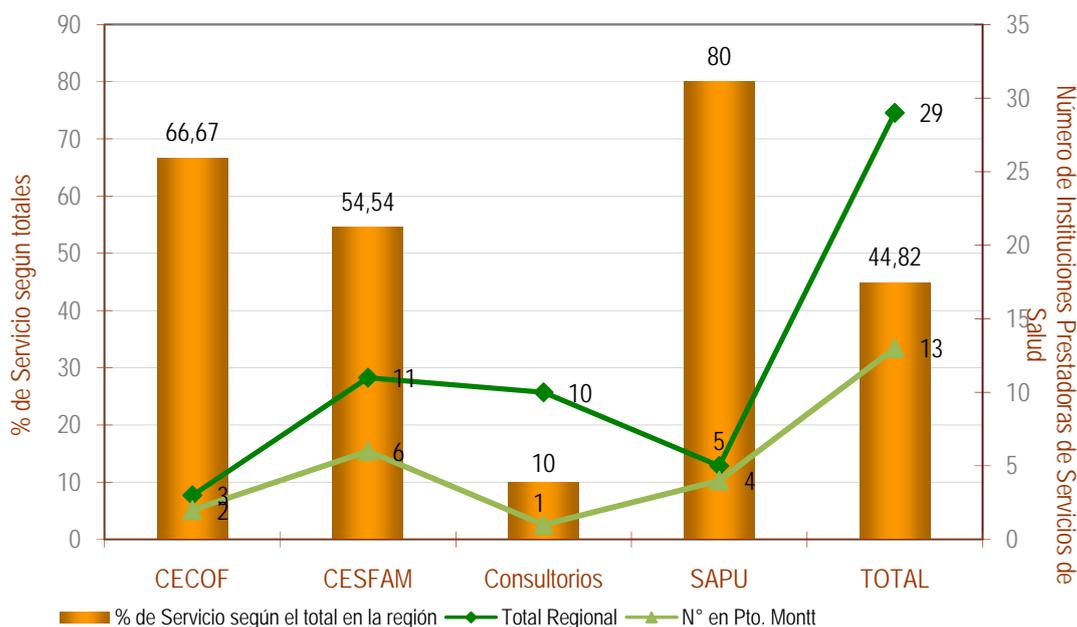
a) Principales características de la Red de Salud en Puerto Montt

El sistema de Salud en la comuna de Puerto Montt se estructura a partir de una serie de Instituciones prestadoras de servicios de atención y cuidado de patologías y necesidades comunitarias. Dentro de estas Instituciones, las más importantes corresponden al Hospital de Puerto Montt, la Clínica de Puerto Montt y la Clínica de Los Andes, siendo estas dos últimas privadas. La red asistencial pública está estructurada a nivel regional, y como se observa en el siguiente gráfico, Puerto Montt es la ciudad que concentra mayoritariamente a las Instituciones asistenciales públicas de salud:

Gráfico 2

Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud a nivel de la Región de Los Lagos

(Fuente: MINSAL, 2000. Elaboración propia)



Según las cifras expresadas en el gráfico, Puerto Montt concentra casi el 50% de las Instituciones Públicas prestadoras de asistencia en Salud de la región. Las Instituciones incluidas en esta medición corresponden principalmente a Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU), Consultorios y Centros de Atención Familiar (CESFAM y CECOF). De estas instituciones, la primera corresponde a tratamientos de urgencia, lo que ha

permitido focalizar la demanda de este tipo de atención fuera del Hospital Regional. Sin embargo, los SAPUS no están habilitados para suministrar tratamientos de alta complejidad u operatorios, por lo que el Hospital de Puerto Montt sigue siendo el gran centro de tratamiento de enfermedades de la Región. Las otras Instituciones están habilitadas para realizar tratamientos de asesoría en el cuidado y prevención de enfermedades, así como del suministro de medicamentos y tratamientos ambulatorios en función de garantizar un mayor alcance de la red asistencial en términos urbanos y rurales a lo largo de la región. En este contexto se estructura la red asistencial pública en la zona, en donde se van a situar los cambios desarrollados a partir de la Reforma al Sector Salud.

En principio, la Reforma a la Salud en Chile, se basa en introducir cambios al sistema de salud vigente a nivel nacional y local. A nivel nacional, se articularon cuatro proyectos de ley aprobados en el Parlamento a nivel de: Financiamiento, autoridad Sanitaria y Gestión, Régimen de Garantías en Salud y las Modificaciones a la Ley de Isapres. Para el caso regional, la Reforma ha abarcado cambios desde la autoridad Sanitaria Regional, hasta la gestión de la asistencia ambulatoria en el tratamiento específico de patologías.

b) Modernización del Sistema de Salud: Nueva organización Institucional a nivel comunal en Puerto Montt

La reforma al Sistema de Salud chilena se inicia con la entrada en vigencia de la ley 19.937, que modifica el antiguo Decreto de Ley 2.763 del año 1979, el cual derogó el Servicio Nacional de Salud, readecuando en las jefaturas de los Servicios de Salud regionales-locales las labores normativas, reguladoras y fiscalizadoras de las políticas, planes y programas del Ministerio de Salud. Esta concentración de funciones en los distintos Servicios de Salud, generaba una serie de barreras a nivel de transparencia y eficiencia en la gestión de dicho Servicio Público, ya que además de gestionar planes y Políticas Públicas a nivel de Salud, eran también los encargados de “autoevaluarse”: “esto de alguna manera complicaba a la gente, porque veían en los Servicios de Salud, a los jefes que eran “juez y parte”⁸. Por ello, uno de los principales avances logrados con esta Reforma sectorial es la separación de la Subsecretaría de Salud en dos: la “Subsecretaría de Salud Pública” y la “Subsecretaría de Redes Asistenciales”, que permiten dar un orden lógico a la labor de fiscalización y de asistencia de Salud. En la primera, se generan políticas de fiscalización y cumplimiento de las normas sanitarias aplicadas a través de las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMIS) de Salud. Por otro lado, la creación de una Subsecretaría de Redes Asistenciales, ha permitido al Ministerio desarrollar un organismo que esté a cargo “exclusivamente” de los Servicios Públicos de la Red Asistencial (Hospitales, Institutos, Consultorios, Centros de Salud para la Familia (CESFAM)), los cuales

⁸ Entrevista realizada a Luis Mancilla, Jefe del Departamento de asesoría jurídica de la Secretaría Ministerial de Salud de la Región de Los Lagos. Ver ANEXO.

si bien dependen de la administración Municipal, pasan a ser parte de lo que se ha denominado *Sistema Nacional del Servicio de Salud*. Este ordenamiento de funciones, permite al sistema garantizar los principios de transparencia y eficiencia en el funcionamiento del sistema.

Ahora bien, estas Secretarías tienen una expresión regional y local, ya que la labor de fiscalización y gestionamiento de las Redes Asistenciales por comunas, se define de acuerdo a las responsabilidades de cada Secretaría a nivel regional. Es así como para el caso de la comuna de Puerto Montt los organismos encargados de dichas materias corresponden a la Secretaría Ministerial de Salud de la Región de los Lagos, y al Servicio de Salud Llanquihue Chiloé Palena (“LLanchipal”).

Esta iniciativa impulsada por el Ministerio de Salud, tiene que ver con dar un ordenamiento de funciones a los roles que deben desempeñar los organismos públicos sanitarios: *“Así en la SEREMI de Salud, léase Oficinas Provinciales de Salud, léase Subsecretaría de Salud, quedan los roles de fiscalización de todas las áreas del código sanitario, y sus reglamentos complementarios. La ejecución de acciones de salud pública, que pueden realizarse a través de terceros o directamente: ¿Cuáles son estas acciones de Salud Pública? Son lo que se denomina el “PAI”, la vacunación, lo que se denomina como la entrega de leche, lo que se denomina en general toda política nacional emergente respecto de patologías nuevas que aparezcan en el país. El tema del diagnóstico y la vigilancia epidemiológica, eso lo tiene que ver el SEREMI; y, la potestad, la acreditación de estos establecimientos de salud, tanto públicos como privados. Todas estas actividades y funciones, hoy están radicadas en la SEREMI de Salud del país. ¿Qué es lo que quedó en los Servicios de Salud? En los Servicios de Salud quedó la articulación y desarrollo de la red asistencial, es decir, la atención directa de los enfermos, incluyendo la atención en los establecimientos de atención primaria de salud, aquellos que están traspasados a la atención primaria municipal como son los consultorios generales urbanos y generales rurales, las postas y las atenciones médico-rurales. Quedaron las acciones de integrar el fomento, protección y recuperación de la salud, y rehabilitación de los enfermos”⁹.*

Ante la necesidad de garantizar un ordenamiento en las funciones de los organismos del Sistema de Salud, la creación de estas dos Subsecretarías se sostiene en los siguientes fundamentos, establecidos en el diseño del plan (Lenz; 2007; p. 11):

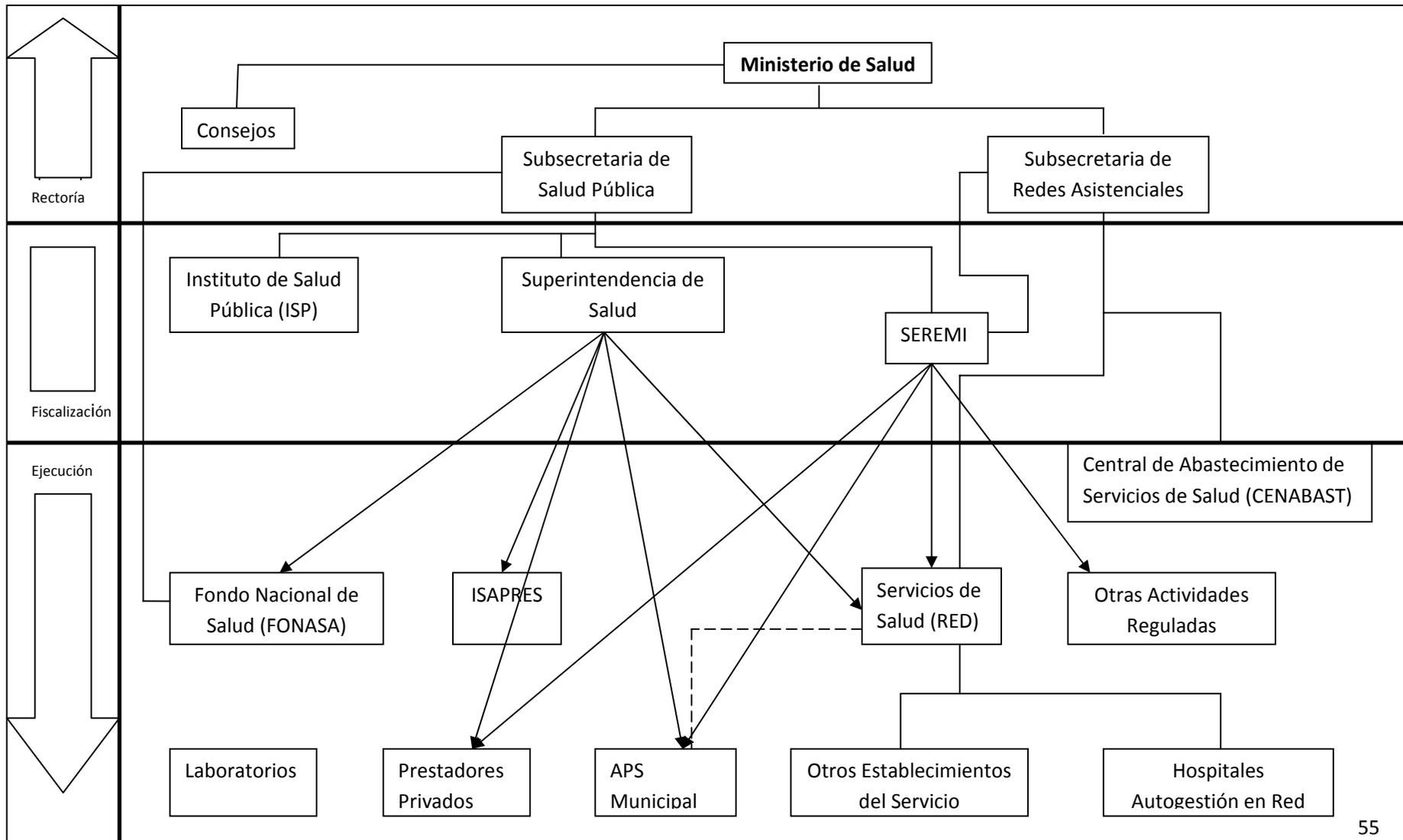
- a) Roles institucionales más precisos. El desarrollo de roles más preciso, tiene que ver con potenciar roles específicos que den cuenta de un funcionamiento eficiente y transparente de los servicios sanitarios públicos. Esta es una importante evolución en torno al sistema anterior en donde el Servicio Público era “juez y parte”.

⁹ Ídem.

- b) Mayor “accountability”. El concepto de “accountability”, dice relación con la transparencia a nivel de gestión que puede alcanzar un organismo cuando es fiscalizado en sus prácticas. Esto se asegura con la fiscalización del SEREMI al Servicio de Salud.
- c) Evitar el rol de “juez y parte” que tiene actualmente el Servicio respecto a prestadores privados. Dado que en este nuevo escenario, es el SEREMI quien desempeña esta función.
- d) Disminuir la fragmentación de la Red Asistencial. La Red Asistencial se articula en función de una unidad específica a partir del Servicio de Salud, quien debe velar por su articulación y desarrollo.
- e) Separación y especificación de funciones. Con la definición de funciones, el SEREMI y el Servicio de Salud definen competencias propias y ordenan su gestión complementariamente, garantizando un funcionamiento eficiente y transparente.
- f) Garantizar el financiamiento del Estado a nivel de Bienes Públicos en Salud. Debido a este nuevo esquema, la SEREMI de Salud debe velar por la asignación de recursos debida y su respectiva fiscalización a nivel de gastos realizados. Para ello, debe generar periódicamente estadísticas y mediciones según la realidad de la comunidad en materia de asistencia sanitaria.
- g) Uniformar criterios de Formalización y Fiscalización. Tanto el Servicio de Salud como la SEREMI, deben complementarse – a nivel de sus respectivas competencias- en garantizar un desarrollo sustentable de las prestaciones sanitarias en la región.
- h) Fortalecer la capacidad analítica regional. Tanto la SEREMI como el Servicio Nacional de Salud, deben generar mediciones y estadísticas sobre la realidad propia de la comunidad en términos sanitarios atendiendo su especificidad.

Esquema 10

Separación de Funciones y Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria (Fuente: MINSAL; 2004)



El esquema 10, permite comprender la nueva articulación de la gestión sanitaria a nivel regional. En este sentido, las flechas indican una forma de relación basada en la ejecución de planes, así como las líneas indican una relación jerárquica de dependencia. Es importante aclarar que si bien tanto la Subsecretaría de Salud Pública –a través de la Superintendencia de Salud- como la Subsecretaría de Redes Asistenciales –a través del SEREMI- tienen en común organismos ejecutores de políticas. La diferencia se observa en que en los primeros, la relación se lleva a cabo a través de las Redes Asistenciales, mientras que en el segundo caso, la relación se define a través de la fiscalización del desarrollo de las políticas o planes ejecutoriados¹⁰. De esta manera, a nivel general, la definición de funciones de ambos organismos se la siguiente (MINSAL; 2004):

- **Servicio de Salud:** El Servicio de Salud es responsable de la Red Asistencial para desarrollar prestaciones de Salud en torno a las necesidades particulares de la población usuaria, bajo la legislación y las Políticas Públicas desarrolladas por el Ministerio de Salud. En este sentido, este organismo tiene dos grandes funciones:
 1. Articulación y desarrollo de la Red Asistencial de su territorio (incluyendo Atención Primaria y establecimientos en convenio): El Servicio de Salud tiene como responsabilidad fundamental programar y gestionar el óptimo funcionamiento de la Red Asistencial.
 2. Ejecución de acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la Salud y la rehabilitación de los enfermos: Siguiendo la línea de lo anterior, el Servicio de Salud debe realizar permanentemente sistemas de control de gestión, así como formas de auditoría a sus procesos.

- **Secretaría Regional Ministerial de Salud (SEREMI):** El Ministerio de Salud, a través de las SEREMIS en Salud, debe fiscalizar todas aquellas materias en relación con lo siguiente:
 1. Fiscalización de las disposiciones establecidas en el código sanitario: Este organismo debe velar por el cumplimiento de normas, planes, programas y políticas nacionales adecuándolas a la región según su particularidad y necesidades. Así mismo, la SEREMI debe ejecutar las acciones dispuestas en el Código Sanitario.

¹⁰ Para observar el correlato de dichas modificaciones, se puede establecer una comparación con la definición de funciones en el sistema de salud antiguo, según el esquema desarrollado por Cogna (página 36).

2. Ejecución de acciones de Salud Pública, directamente o a través de terceros: La Secretaria Regional Ministerial de Salud, debe velar por garantizar la ejecución de acciones de Salud Pública en la Red Asistencial de los Servicios de Salud ejecutándolas directamente (es decir, a través de las Instituciones Públicas prestadoras de servicios de Salud como Hospitales, Consultorios, etc., pertenecientes a la Red Asistencial pública) o mediante convenios con el sector privado (que es cuando la Red Asistencial Pública no está en condiciones de responder ante el tratamiento de una determinada patología).
3. Diagnóstico y vigilancia epidemiológica: La SEREMI debe adoptar las medidas sanitarias, otorgar autorizaciones sanitarias y elaborar informes en materias sanitarias de acuerdo a las contingencias que determinan el desarrollo de la región en materia de salud de acuerdo a sus propias especificidades.
4. Potestad sobre el sector público y privado: La SEREMI está encargada de velar por la fiscalización de la atención sanitaria tanto a nivel público como privado.

Según estas áreas definidas, tanto el Servicio de Salud como la SEREMI, comparten las siguientes áreas de Interés común como organismos públicos (MINSAL, 2004):

- a) Apoyo administrativo: Ambas deben velar por garantizar el personal necesario para el cumplimiento de sus funciones en relación a los objetivos propuestos por la Reforma.
- b) Auditoría: Ambas deben realizar periódicamente auditorias a su gestión y administración de recursos.
- c) Asesoría Jurídica: Ambas requieren de asesoría jurídica en el marco de las operaciones que realizan de acuerdo a las características propias de la región y de los procedimientos estipulados por el Ministerio de Salud. La SEREMI debe velar por el ejercicio del Tribunal Sanitario, mientras que el Servicio de Salud debe velar por la defensa de sus intereses institucionales y de la interpretación de la legislación al momento de llevar a cabo convenios y contratos con terceros.
- d) Gestión de intervenciones prioritarias: Se requiere una coordinación conjunta para resolver problemas de orden asistencial, sobre todo a nivel de los convenios con el sector privado para el suministro de atención médica.

- e) Epidemiología: La coordinación entre dichos organismos tiene su razón de ser en el control de patologías propias de la población beneficiaria del sistema. La SEREMI debe velar por la supervisión y evaluación de la Red Asistencial de acuerdo a la normativa vigente, analizando la situación de la región y colaborando para definir prioridades en la atención de Salud. Así mismo, este organismo debe realizar evaluaciones del impacto de las Políticas y reformas sanitarias en la región. Complementariamente, el Servicio de salud debe analizar constantemente el desempeño de la Red Asistencial, así como velar por la aplicación de métodos epidemiológicos en la planificación y evaluación de las prestaciones de salud.
- f) Estadística e información: Ambas Instituciones deben generar estadísticas y mediciones sobre su desempeño y sobre la realidad de la población usuaria de la Red Asistencial. En este sentido, la SEREMI.

En síntesis, cabe señalar que en la comuna de Puerto Montt, el Servicio de Salud de Llanquihue, Chiloé y Palena ("LLanchipal"), y la Secretaria Regional Ministerial de Los Lagos, son los organismos que definen la aplicación de la reforma tanto a nivel asistencial, como a nivel de fiscalización según los principios definidos por la Reforma a la Salud.

La otra parte de la Reforma, se basa en el desarrollo del plan AUGE, ahora GES, que ha tenido las siguientes etapas a nivel nacional:

- Ley 19.966, Decreto N°170 aprueba 25 GES vigentes desde el 1 julio 2005.
- Ley 19.966, Decreto N°228 aprueba 15 nuevas GES, cuya vigencia legal se inicia el 1 de julio 2006 llegando a un total de 40 problemas de salud incorporados como GES.
- Ley 19.966, Decreto N°44 aprueba 16 nuevas GES, llegándose a un total de 56 problemas de salud incorporadas como GES.

Las Garantías vigentes que se han buscado consolidar mediante estos dos ámbitos han sido el acceso equitativo al sistema, la oportunidad de acceder a tratamientos eficaces de patologías y la protección financiera por parte del Estado.

c) **Dimensión Social de la Reforma: Percepción de la ciudadanía sobre el Sistema de Salud y la participación en organizaciones socio-comunitarias.**

Lo que está en juego en la acción estatal al momento de formular, desarrollar y evaluar los resultados de una Política Pública a nivel de la Sociedad Civil, tiene que ver con el dilema de la cohesión/integración social, ya que “el concepto de cohesión social recubre mecanismos contradictorios de integración social” (Jobert; 2004; pág. 15). Es decir, garantizar formas de integración social al sistema de Salud mediante una reforma al mismo –favoreciendo el acceso de los usuarios de la red asistencial al tratamiento de determinadas patologías mediante la ley AUGE- no necesariamente va a garantizar la legitimación social al proceso. La acción del Estado en torno a la cohesión social (en este caso, la integración al sistema de salud de las personas), no necesariamente asegura una integración social completa, en términos de que las personas legitimen y se sientan parte activa del proceso de reforma. Ambos conceptos requieren de acciones políticas distintas, y como se verá a continuación, este será uno de los aspectos observables en el proceso de implementación de la Reforma a la Salud en la comuna de Puerto Montt: si bien la cobertura de determinadas patologías se fortalece, la legitimidad de dicho proceso se ve cuestionada en tanto las organizaciones comunitarias locales se sienten excluidas, lo cual incluso, genera problemas de funcionamiento a la nueva organización de la red asistencial resultante del proceso de reforma. De esta manera se observa una distinción importante al momento de observar la percepción ciudadana local de la Reforma.

“La visión técnica de la noción de sistema permite hablar de un sistema de salud. Si se adopta una concepción más sociológica de la noción de sistema, se puede constatar que las actividades de salud están estructuradas por diferentes sistemas de acción de problemática articulación. Las redes de la salud pública, la política hospitalaria y de la medicina ambulatoria movilizan fracciones diferentes del cuerpo médico. En cada uno de esos dominios el cuerpo médico ha dado nacimiento a organizaciones específicas y a aparatos administrativos institucionalmente diferenciados. Por eso, es ilusorio hablar de la profesión médica y del Estado en singular cuando se trata de la salud. Cuando se trata de comprender la dinámica de las políticas de salud en Francia es necesario trazar, aunque sea brevemente, los contornos particulares de esos sistemas de acción” (Jobert; 2004; p. 224). Esta referencia sobre el estudio de las Políticas Públicas en Salud para la experiencia Francesa desarrollada por Bruno Jobert, marca un precedente importante para este trabajo en términos de poder comprender la relevancia sociológica del estudio de la reforma a la Salud chilena: los actores involucrados se ven afectados desde sus intereses ciudadanos hasta sus intereses organizacionales-corporativos, lo que va dando paso a

múltiples y distintas manifestaciones sobre variados aspectos referidos a dicha política expresados en torno a los intereses del actor en cuestión.

Al momento de reflexionar sobre la implementación de una Política Pública sobre un espacio social, es necesario tomar referenciales desde la población participante en dicho proceso. Para el caso de Puerto Montt, se han encontrado dos grandes referencias que han sido consideradas de manera complementaria al análisis del proceso de implementación de la Reforma: Una de ellas tiene que ver con la percepción de la ciudadanía respecto del Sistema de Salud al 2005¹¹, y la otra con la percepción sobre la participación en organizaciones socio-comunitarias en la zona.

Un actor social puede ser individual y/o colectivo. Para el caso de la Reforma a la Salud en curso en la comuna de Puerto Montt, se han incorporado algunos antecedentes básicos sobre la percepción de la población del sistema y de su participación en este¹²:

I. Preocupación de las autoridades comunales en torno a la Salud

La percepción social de la comuna en torno a cuáles debieran ser las preocupaciones prioritarias de las autoridades se inclina al acceso y mejoramiento de la calidad tanto del sector salud, como del sector educación.

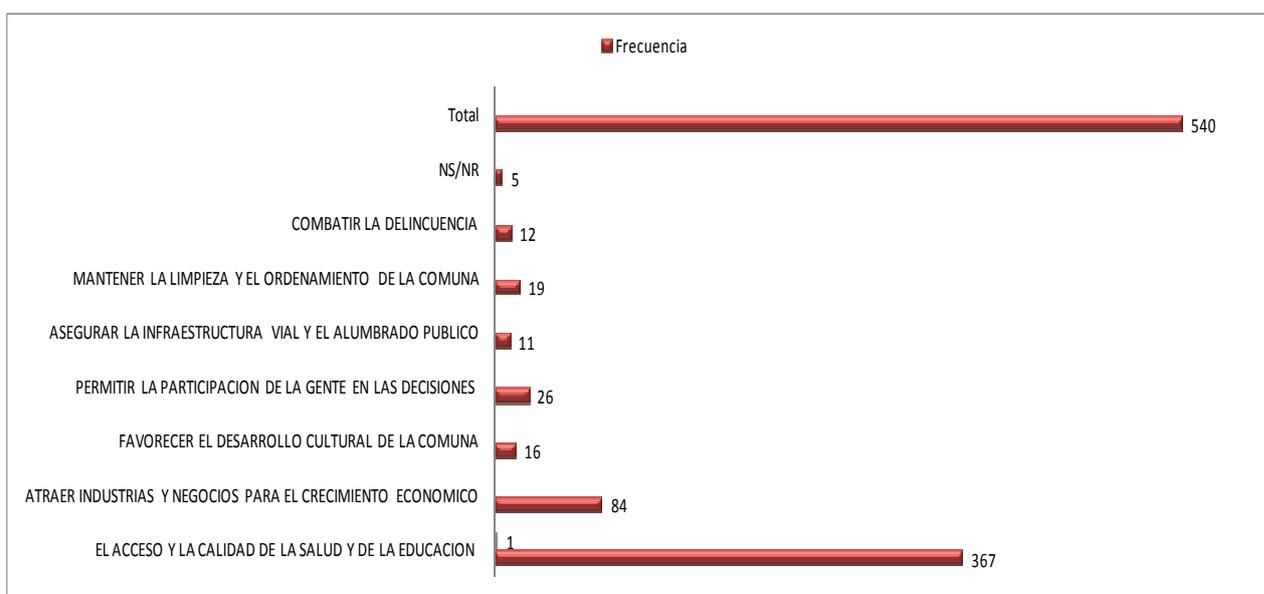
¹¹ Hay que ratificar que la reforma a la Salud chilena comenzó el 2000.

¹² La información graficada ha sido elaborada con los datos entregados por la Corporación "Centro de Análisis de Políticas Públicas" del Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile a través de su proyecto "Estado, sociedad y políticas públicas en los espacios locales" al autor. Los datos proporcionados corresponden a la aplicación de la "Encuesta a Jefes de Hogar de la Comuna de Puerto Montt" en 2005. Ver anexo.

Gráfico 3

¿Cuáles cree usted que deben ser las dos principales preocupaciones de las autoridades en la comuna de Puerto Montt?

(Fuente: Encuesta CAPP. Universidad de Chile. Elaboración Propia)



Tal como muestra el Gráfico 2, cerca del 70% de las personas encuestadas (367), considera que la Salud y la Educación deben ser las dos principales preocupaciones de las autoridades de la zona.

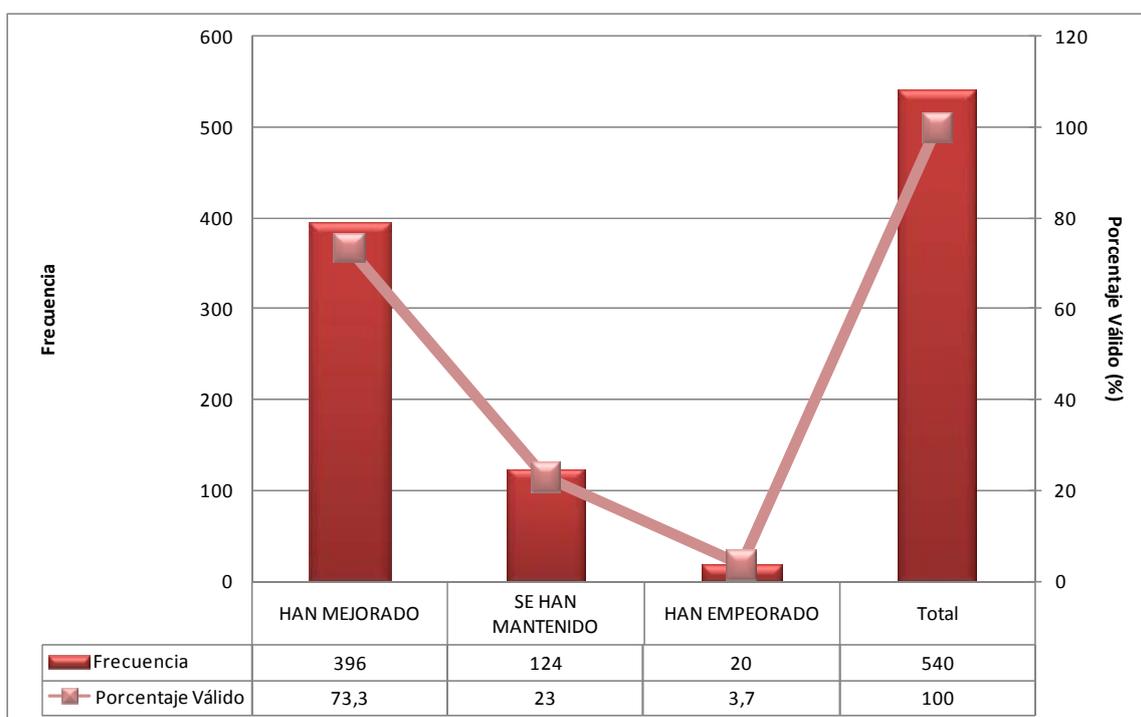
II. Percepción del acceso a una mejor salud para ud. y familia

Para las personas (tanto a nivel personal como familiar), han percibido mejoras tanto a nivel de acceso como de atención en salud. En este sentido, un aspecto que ha destacado la implementación de la Reforma a la Salud se ha expresado satisfactoriamente tanto a nivel de difusión de información publicitaria y a nivel del Plan AUGE, en términos de lograr coberturas a patologías a personas de escasos recursos de la comuna.

Gráfico 4

Percepción del acceso a una mejor salud para ud. y familia

(Fuente: Encuesta CAPP. Universidad de Chile. Elaboración Propia)



Al observar el Gráfico 3, se observa un alto porcentaje de aprobación al desarrollo de la atención sanitaria. Un 73% de la población considera que las condiciones “han mejorado”, y un 23% considera que “se han mantenido”. Sólo 20 personas piensan que las condiciones han empeorado. Esto permite suponer que la implementación de la Reforma a la Salud es percibida satisfactoriamente por los usuarios de la comuna.

III. Participación en organizaciones comunitarias

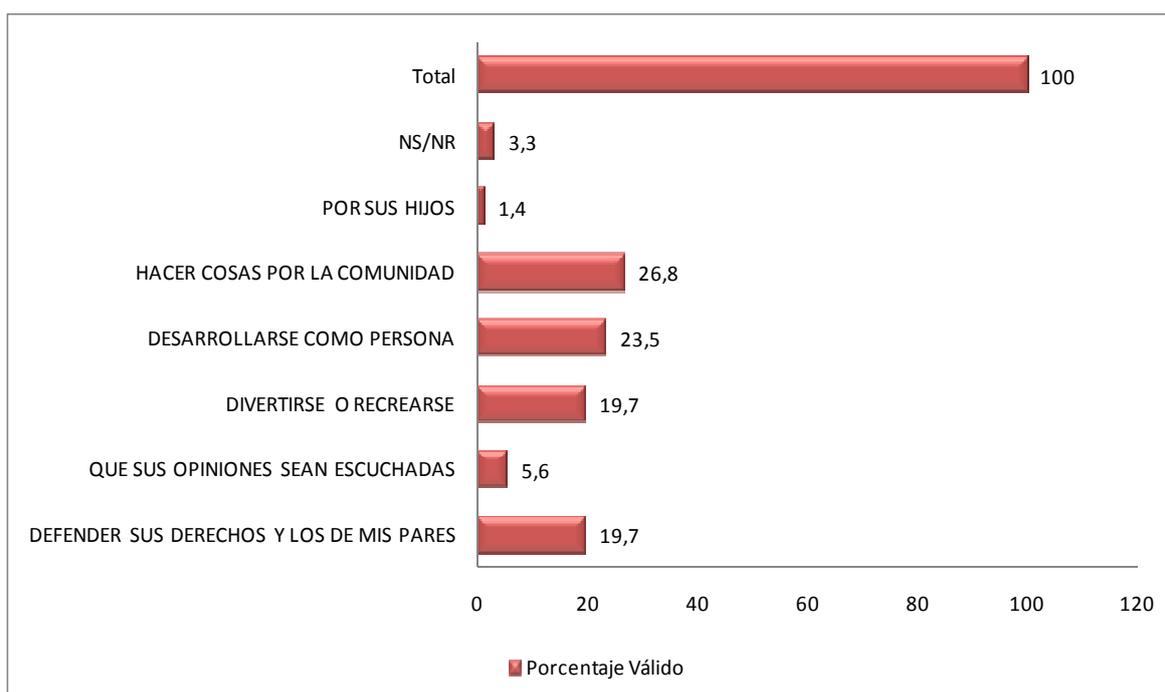
Puerto Montt es una comuna que ha logrado importante índices de convocatoria en sus instancias de representación social-comunitaria. Dentro de los canales de participación socio-comunitaria es relevante destacar a la “Unión Comunal de Juntas de Vecinos de Reloncaví, ya que esta organización, convoca a todas las Juntas de Vecinos de la comuna de Puerto Montt, tanto a nivel urbano como rural: *“Nosotros como*

organización tenemos la claridad de estar enfocados en todas las necesidades de nuestra comuna, en este caso de los ciudadanos y de los sectores poblacionales”¹³.

Gráfico 5

Principal motivación para participar en organizaciones comunitarias

(Fuente: Encuesta CAPP. Universidad de Chile. Elaboración Propia)



La convocatoria a participar de organizaciones comunales, se basa en entregar ayuda a la comunidad y en el desarrollarse como persona. Según el Gráfico 4, un 26,8% de quienes participan en organizaciones sociales lo hace por “hacer cosas por la comunidad”, y un 23,5%, por iniciativa personal.

¹³ Entrevista a Rony Torres. Presidente de la Unión comunal de Juntas de Vecinos de Reloncaví. Ver anexo.

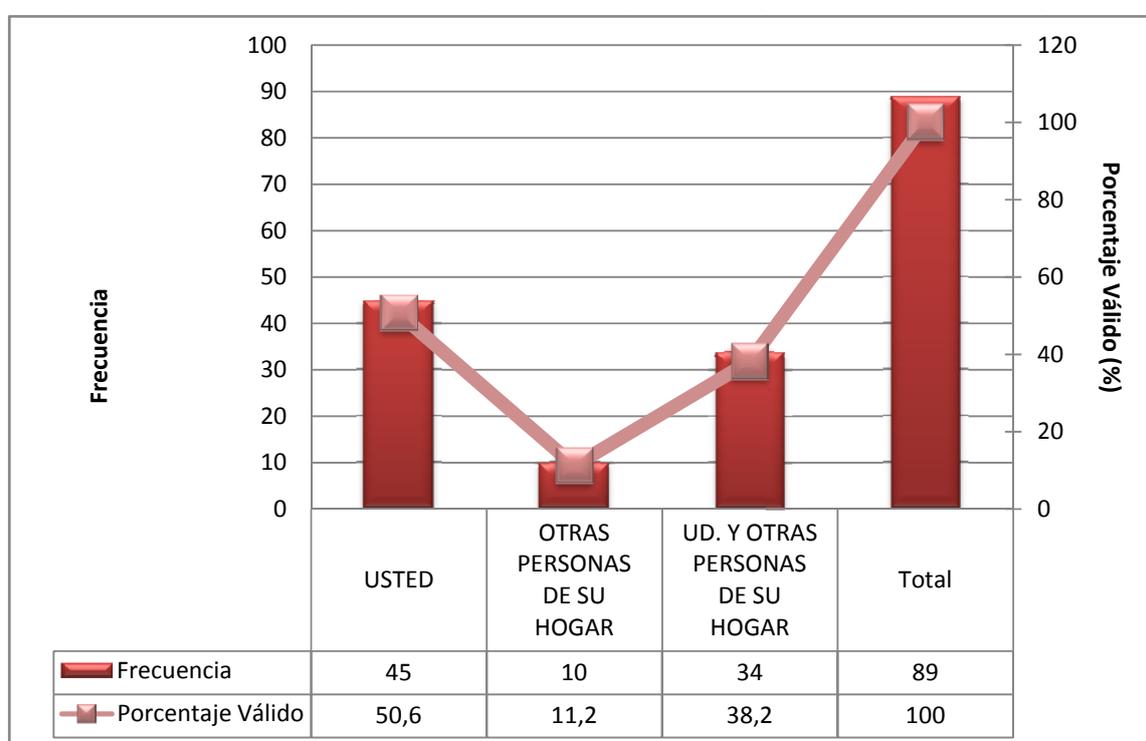
IV. Participación en Juntas de Vecinos y/o Uniones Comunales

De las personas que declaran efectivamente participar en instancias sociales comunitarias, destaca –según el Gráfico 5- que más del 50% de los participantes correspondan a los jefes de hogares.

Gráfico 6

Participación en Junta de Vecinos y/o Unión Comunal

(Fuente: Encuesta CAPP. Universidad de Chile. Elaboración Propia)



A modo de conclusión, cabe señalar que la información entregada por la Encuesta Encuesta CAPP en la zona para el año 2005¹⁴, permite observar algunos factores de contexto sociocultural de la zona, respecto de la importancia que significa para las personas el acceso a buenas prestaciones sanitarias y la preocupación que las autoridades deben atribuir a este tema. En segundo lugar, se observa una preocupación por participar en organizaciones comunitarias, respecto de la importancia que éstas pueden jugar en la

¹⁴ Ver anexo.

definición de los asuntos públicos de la zona. En este sentido, la “Unión comunal de Juntas de Vecinos de Reloncaví”, concentra mayoritariamente la participación ciudadana mediante el objetivo de incrementar y contribuir al progreso de la zona (Unión Comunal de Juntas de Vecinos Reloncaví & Servicio de Salud Llanchipal de Puerto Montt; 2006). Este aspecto va a ser esencial en la elaboración de la “Grounded Theory”, ya que se pretende comparar esta percepción social de la situación del sistema de Salud en la Región, con la visión de los principales dirigentes de esta Institucionalidad socio-comunitaria respecto del proceso de implementación de la Reforma.

d) Aspectos Políticos de la Reforma a la Salud en Puerto Montt: Revisión sobre los principales hitos políticos y de Gestión a lo largo del proceso.

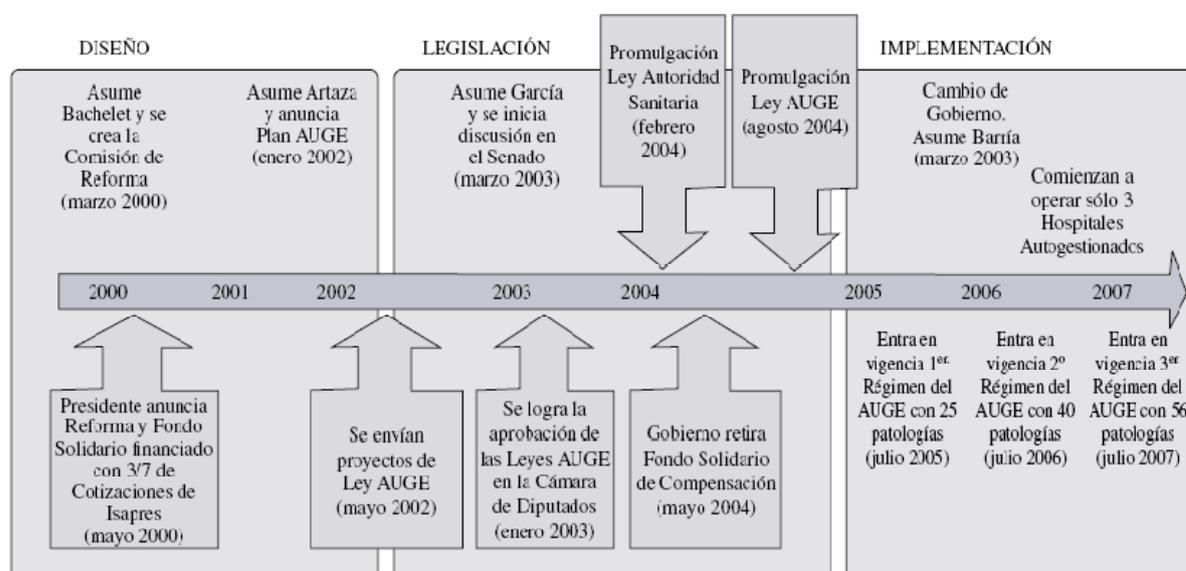
Hasta ahora ya se han podido describir los cambios institucionales-formales que conlleva la Reforma, así como se han podido observar algunos indicadores sobre la percepción social que existe en la comuna de Puerto Montt respecto de la necesidad y acceso a la atención en Salud. La dimensión política se refiere a la descripción y análisis de la situación de los distintos escenarios políticos que caracterizan la implementación de la Reforma sanitaria en la comuna, a partir de las formas que ha adquirido su desarrollo como Política Pública.

Una de las principales pretensiones de la reforma a la Salud como Política Pública, era romper con tres importantes problemas del sistema antiguo (Latorre: 2004): 1) la cobertura discriminatoria, expresada en la utilización de recursos para acceder a determinadas prestaciones médicas, lo que generaba problemas de exclusión a nivel de la población usuaria, 2) dualidad en vez de solidaridad, dado que existe un contraste entre el sistema privado y público a nivel de acceso a prestaciones médicas de calidad y 3) Déficits en la cobertura de atención pública en Salud. Para ello, se formularon cuatro grandes proyectos de ley, los cuales conforman la Reforma a la Salud en Chile: a) Financiamiento, b) Autoridad Sanitaria y Gestión, c) Régimen de Garantías en Salud (ley AUGE), d) Modificaciones a la Ley de Isapres y e) Derechos y Deberes de las Personas¹⁵.

La necesidad primordial de llevar a cabo una Reforma Sanitaria en Chile, radica en un discurso por parte del Gobierno enfocado a corregir las ineficiencias y la falta de equidad en el sistema vigente: “En efecto, el sistema de salud chileno ejerce una discriminación contra los que no tienen recursos porque, si bien, hay una amplia cobertura en cuanto a la atención primaria, se producen listas de espera y dificultades para acceder oportunamente en las consultas de especialidades, así como en las

¹⁵ De estas cuatro, sólo la última no fue aprobada.

atenciones hospitalarias con intervenciones quirúrgicas mayores. Por cierto, las isapres no asumen responsabilidad en cuanto a las personas que carecen de recursos o están en los niveles de menores ingresos. En cambio, el sistema público acepta a todos los chilenos que quieran inscribirse independientemente de su ingreso” (Latorre; 2004; p.8). Los problemas de cobertura y la falta de una modernización del sistema de Salud combinando eficiencia y equidad, van a determinar la necesidad de desarrollar planes orientados a redefinir y actualizar los objetivos nacionales de salud. Este punto va a ser la primera gran característica que legitima el surgimiento de la Reforma para el ejecutivo durante el Gobierno de Ricardo Lagos Escobar el año 2000. En este sentido, se va a poner en la palestra la idea de desarrollar un Plan de Salud con Garantías para los usuarios en el acceso y tratamiento de enfermedades, en donde el Estado asume el compromiso de financiamiento (bajo ciertas condiciones que determinarán los grados que este adquiera). Para ello, se planteó como necesaria la revisión acerca de los cambios sociodemográficos (estructura etárea, hábitos alimenticios, etc.) y otros aspectos determinantes en los cambios experimentados por los factores epidemiológicos, en torno a la necesidad de establecer un nuevo modelo de atención en Salud, que incluye protección financiera por parte del Estado: de esta manera se formula el Plan AUGE, con la finalidad de eliminar los problemas de acceso por parte de la población usuaria y con la finalidad de eliminar la congestión (“colas”) en la atención de las personas. Para ello se desarrolló un proyecto de Ley de Financiamiento del nuevo sistema, y asimismo, se desarrolló un proyecto de ley orientado a transparentar y ordenar la gestión de la Reforma por parte de los organismos públicos participantes del sistema: se establece una Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión, la cual define una nueva estructura de gestión para la Reforma, definiendo las labores del Ministerio de Salud, a través de sus principales organismos de desarrollo regional: La Secretaria Regional Ministerial y el Servicio de Salud (ahora como Secretaría de Redes Asistenciales). En el caso de la primera, destaca el hecho que, luego de la Reforma, ha pasado a ser el organismo encargado de garantizar el cumplimiento normativo en la gestión del Servicio de Salud, por lo que ejerce una función fundamentalmente de vigilancia y fiscalización del funcionamiento del sistema. Esto es un gran avance, dado que antes de esta ley sobre la gestión, el Servicio de Salud cumple un rol autónomo en su gestión y en su autoevaluación. Ahora, el Servicio de Salud pasa a ser la Secretaría de Redes Asistenciales, y es un organismo encargado del funcionamiento eficiente de la Red de Salud en el lugar correspondiente. La cobertura en el acceso de determinadas patologías y la rearticulación del sistema asistencial van a llevar al sistema público a asumir nuevas responsabilidades de gestión a través de esta Reforma.

Esquema 11**Hitos más significativos en el proceso político de la reforma a la Salud Chilena****(Fuente: Lenz; 2007; p.25)**

Las etapas de diseño, legislación e implementación de la Reforma a la Salud chilena presentadas en el esquema, resumen de manera global, el proceso que ha determinado el desarrollo de esta Política Pública, desde su anuncio (año 2000) hasta el 2007, con tres años de funcionamiento, desde la aprobación de la Ley de Autoridad Sanitaria. Según lo acontecido en este proceso –versus los principios de la Reforma expresados antes- existen algunos aspectos controversiales que han determinado el desarrollo de la Reforma sanitaria:

Concentración de la Acción Pública: La Reforma a la Salud representa una Política Pública emanada y ejecutada desde el poder ejecutivo a través de la creación de una Comisión de Reforma el año 2000. Esta Comisión, fue el actor exclusivo en la formulación y desarrollo de la Reforma, en desmedro de los actores relevantes en materia de Salud Pública. La totalidad de este proceso fue desarrollado a partir de un grupo tecnocrático de “expertos” encargado de formular los lineamientos de la Reforma Sanitaria. En este aspecto se observa una concentración y jerarquización en la acción pública a través del gobierno, la cual genera como costo relevante, la exclusión de aquellos actores relevantes en el proceso de formulación y legislación de la Reforma a la Salud Pública.

Eliminación del Fondo de Compensación: Al momento de la presentación del proyecto de Reforma Sanitaria, uno de los grandes compromisos que toma el ejecutivo es

la creación de un Fondo Solidario de Compensación, financiado a través de una parte de las cotizaciones percibidas por las Instituciones de salud Previsional (ISAPRES) consistente en 3/7 del total percibido. El objetivo de esta iniciativa se basaba en “compensar entre sí a las Instituciones de Salud Previsional y el Fondo Nacional de Salud, por concepto de ajuste de riesgos vinculados, al menos, a las variables sexo y edad de sus respectivos beneficiarios” (BOLETÍN Nº 2.947-11; 2004; citado por Ferrer; Nº4; Septiembre; 2004). La necesidad de contemplar riesgos de acuerdo a las variables de sexo y edad de los usuarios del sistema, implicaba llevar a cabo una mayor protección en la asistencia de aquellos sectores de la sociedad más vulnerables al desarrollo de patologías. “En la práctica, el monto total de las primas de los beneficiarios de FONASA y afiliados a ISAPRES sería repartido entre ambos sistemas de acuerdo a la composición por sexo y edad de sus poblaciones. Esto implicaría un traslado de fondos desde las ISAPRES a FONASA, puesto que este sistema concentra a la población de mayor riesgo sanitario: mujeres en edad fértil y adultos mayores. Según el Secretario Ejecutivo de la Comisión Reforma de Salud, Hernán Sandoval, con una prima universal anual de \$50.000 por beneficiario se produciría una transferencia de quince a dieciocho mil millones de pesos anuales desde las ISAPRES al FONASA. Si bien esta cifra es importante, sólo representaría el 3% del costo global del AUGE en FONASA, que ascendería a 550 mil millones de pesos y que serían cubiertos por el Estado. Por lo tanto, prosigue Sandoval, la motivación principal de la creación del Fondo no sería financiar el AUGE, sino "hacer más eficiente y más equitativo el sistema de los seguros de salud" (Sandoval, 2004:5)”. Debido al proceso de negociación política que se produjo en el parlamento, luego de la Promulgación de la Ley de Autoridad Sanitaria en Febrero de 2004, el Gobierno retira el Fondo de Compensación Solidario, dando un giro importante, respecto de los principios establecidos en la creación de la Reforma: hasta ese momento, se cuenta con una legitimación de la nueva gestión de la Salud Pública, lo cual contrasta con la ratificación de un sistema excluyente e inequitativo en su funcionamiento. El proceso de la Reforma a nivel nacional, no contó con la incorporación de actores relevantes en materia de Salud Pública, y asimismo, el fracaso del proyecto orientado en torno al Fondo Solidario de Compensación, demostró una crisis de la autoridad respecto de la responsabilidad asumida en torno al compromiso de la Reforma Sanitaria en Chile. La eliminación de este mecanismo representaba no sólo una medida tendiente al equilibrio en pos de un sistema más equitativo y menos excluyente, sino que además, enfatizar mecanismos de asignación asistencial en la población más vulnerable de la sociedad chilena. Es decir, inyectar más recursos en donde las necesidades de atención en Salud son muchos mayores.

Aprobación de la Ley AUGE: La gestión de la Reforma a la Salud en Chile, se basa en un compromiso que asume el Estado con la población usuaria del sistema de Salud

Pública de protección financiera en los términos expresados por esta Ley, en el tratamiento de las patologías incluidas en la Ley AUGE. De esta manera, aquellas patologías no incluidas en el plan, exigen al Estado de este compromiso con el tratamiento de enfermedades en la población. Por ello, se desarrollaron una serie de etapas en donde el Gobierno fue integrando una mayor cantidad de patologías en el plan, llegando a 56 en Julio del año 2007. Sin embargo, las condiciones de infraestructura hospitalaria y del personal sostenedor de la Red de Salud Pública, van a generar importantes retrasos y problemas en la implementación de la Reforma. ¿Cómo entonces, el Gobierno legitima el cumplimiento del compromiso de protección financiera? A través de sus instituciones (SEREMI y Secretaría de Redes Asistenciales) el Gobierno pretende asegurar un funcionamiento eficiente del sistema.

Tal como se observa en el esquema de Lenz, la Reforma a la Salud en Chile, se ha caracterizado por un alto grado de concentración en la toma de decisiones por parte de la autoridad gubernamental. La ausencia de canales de participación ciudadana se observa a lo largo del proceso, en donde la formulación y puesta en marcha del proceso ha estado determinada por la gestión de una comisión gubernamental. La desestimación del Fondo Compensatorio, representa una forma de exclusión relevante, en tanto no se logra abarcar las inequidades del sistema observadas en su articulación público-privada.

Desarrollo de la Reforma en Puerto Montt:

Para el caso de Puerto Montt, los resultados de la investigación desarrollada por el programa “Ciudadanía, Participación y Políticas Públicas” del Departamento de Políticas Públicas del Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile, con el apoyo de la Fundación Ford titulado “Estado, Participación ciudadana y Políticas Públicas”¹⁶, aplicado en la comuna, muestran –en materia de salud y previsión social- que el 84,2% de los encuestados está inscrito en algún sistema de salud, el 1,3% se atiende particularmente y el 14,5% no está afiliado. Entre los afiliados, el mayor porcentaje es el de afiliados a FONASA sin tarjeta de gratuidad (43,5%). El segundo más alto porcentaje es el de los afiliados a FONASA con tarjeta de gratuidad (19%), ocupando ISAPRE el tercer lugar, con sólo el 13,4% del total. La distribución de las preferencias por sistemas de salud en las clases sociales muestra que más del 55 por ciento de los jefes de hogar de la clase de servicio están afiliados a ISAPRE, siendo su segunda preferencia FONASA no gratuita (Urzúa; 2006; p.16).

¹⁶ Ver anexo.

Al revisar hitos relevantes en torno al desarrollo de la Red de Salud Asistencial Pública de la comuna, es importante constatar algunos procesos importantes que han determinado el desarrollo de la Reforma a la Salud:

- El proyecto de la construcción del nuevo Hospital de Puerto Montt, tuvo una importante participación de la comunidad en su gestionamiento (recolectando siete mil firmas), sin embargo, al momento de aprobarse dicho proyecto, no hubo un diálogo con la comunidad respecto de adaptar el Hospital a las necesidades de la comunidad: *“Te voy a poner un sólo caso, todos saben que el Hospital de Puerto Montt se va a construir, ¿pero tú sabes quiénes fueron los iniciadores, pidiendo firmas para el hospital de Puerto Montt?, fue la unión comunal de juntas de vecinos de Puerto Montt, la cual yo represento, de Reloncaví (juntamos siete mil firmas). ¿Tú te has preguntado si alguno de estos senadores, el señor Escalona, la doctora Schnake, el señor Vallespín, alguien puso en el congreso, alguien le explicó a la presidenta, a la ministra de salud, que gracias a los dirigentes de Puerto Montt salió el hospital?, a eso voy yo. Cuando se termine la política “barata” que hay en Chile y todos participen, yo pienso que nosotros vamos a ser un mejor país, un país desarrollado como dicen el “jaguar”, porque en este minuto somos “gato”, y eso es lo que tienen que entender, por que lamentablemente aquí se maneja todo a nivel político, o sea si se va un SEREMI, tiene que llegar otro SEREMI nuevo y eso no corresponde, la comunidad está aburrida de eso, nosotros necesitamos que nuestras propuestas sean resolutivas, y en todo ámbito, si tú hablas con pescadores artesanales, con sindicatos, te van a decir lo mismo, necesitamos que seamos resolutivos, no solamente de propuestas, por que las propuestas las dejas en el papel, las guardas y no sirven de nada”¹⁷*. Este es un caso representativo de una de las principales demandas planteadas desde las organizaciones de la Sociedad Civil en torno a la participación en el proceso de diseño e implementación de las Políticas Públicas en la comuna. En el caso de la Reforma a la Salud, se ha producido una exclusión respecto del proceso, en donde la ciudadanía sólo ha podido participar a nivel de población usuaria del sistema, recibiendo y difundiendo información respecto de los cambios al Sistema de Salud vigente. Esto se refleja también en una instancia denominada como “Consejos Consultivos”, los cuales funcionan activamente en los Servicios de Salud Pública, siendo la finalidad de su funcionamiento, la producción de redes de información entre el Servicio y la comunidad usuaria.
- Respecto de la estos últimos, el problema vuelve a ser el mismo. Dichas instancias son sólo de orden informativo, no tienen instancias resolutivas, lo que produce una limitante a la acción socio-comunitaria al momento de formar parte en la discusión en torno a temas de salud. En las siguientes declaraciones se constata lo anterior:

¹⁷ Entrevista realizada a Rony Torres, Presidente de asociación Junta de Vecinos de Reloncaví. Ver ANEXO.

- a) *“yo conocí el Consejo Consultivo hace tres o cuatro meses atrás, me invitaron a participar en unas charlas en el hospital. La verdad es que a mi me gustaría participar, pero por razones de horario yo no puedo seguir participando, porque la mayoría de la gente que participa son funcionarios, entonces ellos adecuan sus horarios y no piensan más allá en las personas. Entonces yo quedé fuera de las elecciones, no quedé con ningún cargo, más que tener un cargo, más que nada es entregar mi mirada como usuaria”¹⁸*
- b) *“Mira, no puedo ser mal intencionado, si me han invitado, yo en lo personal he ido a dos, si tenemos participación, pero no tenemos resolución, y la resolución es la más importante, porque nosotros sabemos sobre las problemáticas, nosotros sabemos que el abuelito de allá está enfermo de cáncer y cuántas veces hay que llevarlo al hospital o qué es lo que le falta”¹⁹.*
- En segundo lugar, la aplicación del Plan AUGE, si bien, ha garantizado cobertura de enfermedades, se ha visto limitado por falencias de infraestructura y de personal acorde a la demanda social, caracterizada por las características del nuevo plan:

Tabla 1

Estado Resultados Financieros Hospital de Puerto Montt para el año 2006
(Fuente: Hospital de Puerto Montt)

INGRESOS				M\$
Facturación Prestaciones Institucionales				9.813.027,12
Facturación GES y otras				6.078.702,34
Ingresos Propios Percibidos				1.568.445,57
TOTAL INGRESOS				17.460.175,03
GASTOS				
Item Remuneraciones				10.170.258,07
Item Bienes y Servicios de Consumo				4.137.662,34
Item Inversiones, mobiliarios y otros				409.051,90
Deuda Exigible Año Anteriores				786.879
Cuentas Complementarias				237.831
TOTAL GASTOS				15.741.682,31
RESULTADO				
INGRESOS - GASTOS = BENEFICIOS				1.718.492,72

Según esta tabla, se observa que el ítem de inversiones y compras inmobiliarias es notoriamente reducido. En este sentido han existido problemas de cobertura, lo cual se ha

¹⁸ Entrevista realizada a Valeria Argel, Presidenta de asociación Junta de Vecinos Sector Pelluco. Ver ANEXO.

¹⁹ Entrevista realizada a Rony Torres, Presidente de asociación Junta de Vecinos de Reloncaví. Ver ANEXO.

visto potenciado por la disconformidad del personal (representado por los gremios de la salud) respecto de sus condiciones laborales en la reforma actual: *“El AUGE para nosotros, ha sido beneficioso en el sentido de usuarios. En el sentido de funcionarios, ha sido difícil, porque hemos tenido que absorber todo lo que es el plan AUGE, con todas las falencias que tenemos como Institución: falta de recursos humanos, en todos los sectores, tanto el médico, especialistas, profesionales, paramédicos, auxiliares y administrativos; falta de equipamiento en los hospitales, el problema de las camas; que no tenemos las camas suficientes para atender “todo lo que se viene encima”²⁰.*

i. **Indicadores relevantes sobre la Gestión Local en Salud**

En términos políticos y de Gestión, la realidad local de Puerto Montt, ha estado caracterizada por un déficit de participación socio-comunitaria en el proceso de reforma, y por problemas de cobertura, dada la existencia de un solo Hospital regional, el cual requiere mayores inversiones dirigidas a fortalecer su cobertura en términos asistenciales:

Tabla 2

Estado Indicadores de Hospitalización para el año 2006

(Fuente: Hospital de Puerto Montt)

	2004	2005	2006	Variación
EGRESOS	25.089	24802	25447	2,5
FALLECIDOS	591	583	541	-7,2
INDICE OCUPACIONAL	85,14%	83,78%	83,34%	-0,44%
PROMEDIO DIAS ESTADA	5,17	5,16	4,93	-0,24
LETALIDAD	2,36%	2,35%	2,13%	-0,22%

En la misma línea de lo anterior, si se observan los indicadores de hospitalización, es importante tener en cuenta que para el año 2006 se registra un aumento sostenido del 2,5%, llegando a casi 26.000 hospitalizaciones para el período, tomando en cuenta que el Hospital registra un total de 413 camas.

²⁰ Entrevista realizada a María Angélica Alarcón Contreras. Presidenta de la FENATS de Puerto Montt. Ver ANEXO.

Tabla 3
Evaluación productiva para el año 2006
(Fuente: Hospital de Puerto Montt)

ACTIVIDADES	2004	2005	2006	% variación	Evaluación
TOTAL CONSULTAS MEDICAS TODAS LAS ESPECIALIDADES	120551	114185	116829	2,3	Se observó aumento de las consultas por sobre el 10% en las especialidades de :Dermatología;Urología, ETS,Traumatología,Broncopulmonar,Poli SIDA, Póli Alivio del Dolor y CP,Gastroenterología y Neonatología.
ATENCIONES EN UNIDAD DE EMERGENCIA	119021	102421	89822	-12,0	% Esperado debido a incorporación de los SAPUS
INTERVENCION QUIRURGICA (C. MAYOR)	11153	10665	10494	-1,6%	% Esperado debido al paro de actividades. (Se operó fuera de horario para reducir brechas)
PARTOS NORMALES Y DISTOSICOS	3523	3534	3427	-3,0%	Tasa de Natalidad mantiene curva de disminución en Chile
PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS TERAPEUTICOS	792.283	753029	821173	8,3	Se observó aumento relevante por sobre el 20 % en los siguientes procedimientos :Ecotomografías,Rectoscopías, Espirometrías y Hemodiálisis,esto se relaciona con la llegada de equipos nuevos.

Relevante ha sido el desarrollo de los Servicios de Atención de Urgencia (SAPUS), los cuales han permitido abordar las demandas de atención de urgencia. Un aspecto de desarrollo de infraestructura importante, ha sido en aquel ámbito orientado a la modernización de los procedimientos orientados a los diagnósticos terapéuticos.

Hasta ahora, se han explicado los lineamientos generales de la Reforma a la salud en la comuna de Puerto Montt en las dimensiones propuestas para este estudio, y tomando en cuenta la información obtenida y sistematizada. A continuación de procederá a desarrollar el "Grounded Theory" a través de la elaboración de una matriz teórico-conceptual desde de los "relatos de Políticas Públicas" a partir de las entrevistas semi estructuradas aplicadas a los actores relevantes involucrados en el proceso de Reforma.

CAPITULO III: ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA INFORMACIÓN PRIMARIA OBTENIDA

i. Matriz conceptual según las entrevistas semiestructuradas realizadas: Desarrollo de la “Grounded Theory”

En el desarrollo de la matriz analítica, se han considerado cuatro dimensiones conceptuales, con la finalidad de sistematizar la información obtenida a partir de las entrevistas aplicadas en la comuna de Puerto Montt, las cuales fueron realizadas a las siguientes personas en lo que se define como los “Relatos de Políticas Públicas”:

- Luis Alberto Mancilla Miranda. Jefe del Departamento de asesoría jurídica de la Secretaría Ministerial de Salud de la Región de Los Lagos.
- Luisa Diana Abarca Matus. Jefa de Departamento Comunicaciones y Participación de la Dirección del Servicio de Salud Llanquihue Chiloé Palena. Servicio de Salud Llanquihue Chiloé Palena.
- María Angélica Alarcón Contreras. Presidenta de la FENATS del Hospital del Puerto Montt. Federación Nacional de Trabajadores de la Salud de Puerto Montt.

La Unión Comunal de Juntas de Vecinos de Reloncaví (amparada en la ley 19.418) actualmente congrega a un total de 89 Juntas de Vecinos de la comuna de Puerto Montt, tanto del sector urbano como del sector rural. Dentro de sus áreas de desarrollo destacan: a) Apoyo y Fomento Productivo, b) Drogas y Alcoholismo (prevención), c) Familia (prevención violencia, conflictos), d) Capacitación, e) Fortalecimiento De Organizaciones, Centro De Padres y Apoderados, f) Personas Con Discapacidad, g) Informes Sociales, h) Apoyo Social y Psicológico, i) Atención Integral Al Accidentado De Transito, j) Difusión de información a través del portal: www.portalciudadano.cl, k) Club Deportivo, l) Gestion Comunitaria De Los Espacios Urbanos, ll) Administracion De Dominios Internet, m) Ayuda Del Enfermo De Cancer Terminal, y n) Grupo Juvenil. De dicho organismo se han entrevistado a sus máximos representantes a nivel comunal, ya que concentran las tres más grandes concentraciones vecinales:

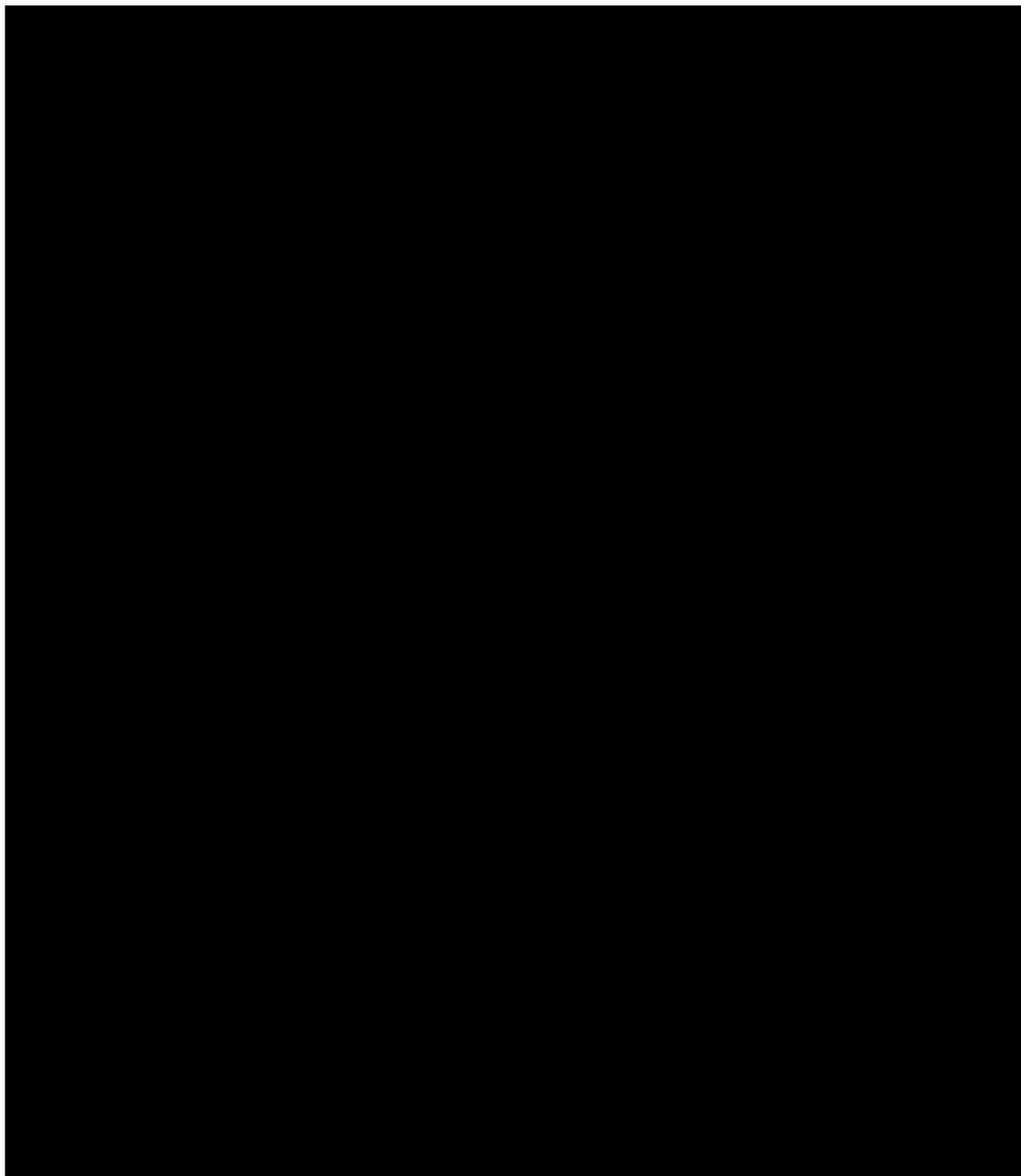
- Valeria Argel. Presidenta de la junta de vecinos del sector de Pelluco. Unión comunal de las Juntas de Vecinos de Reloncaví.
- Rony Torres. Presidente de la Unión comunal de las Juntas de Vecinos de Reloncaví. Unión comunal de las Juntas de Vecinos de Reloncaví.

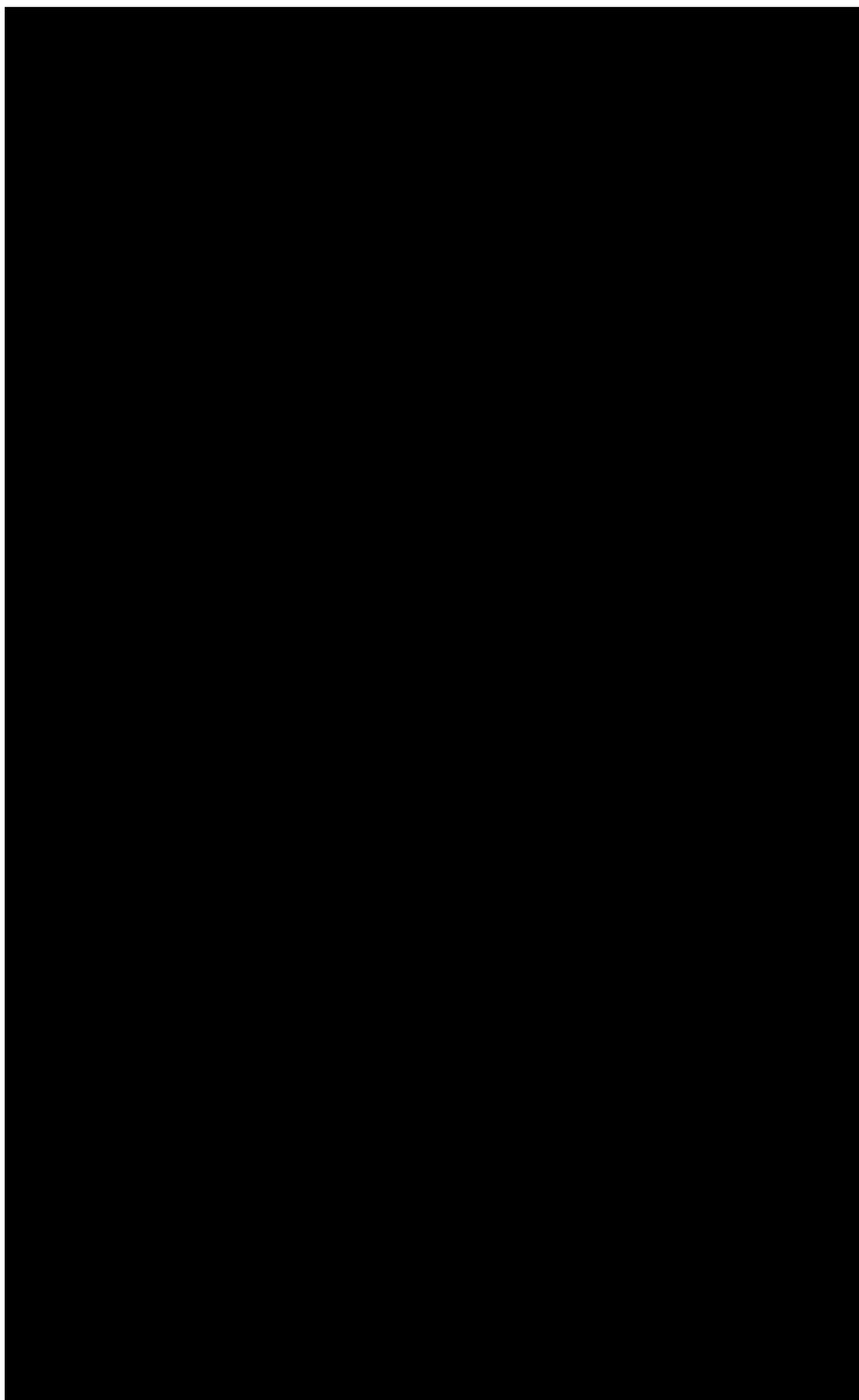
- David Contreras. Presidente de la junta vecinal n°4, unidad de trabajo y progreso de la comuna Puerto Montt. Unión comunal de las Juntas de Vecinos de Reloncaví.

Las dimensiones teórico analíticas incorporadas en la elaboración de la matriz de sistematización de las entrevistas, corresponden a las siguientes (Lahera; 1993):

- a) Realismo: La acción pública del estado a través del desarrollo de una Política Pública, se entiende como una transición entre un estado de equilibrio anterior y un nuevo proceso en torno a los cambios que dicha acción produce en el tema donde dicha Política se aplica.
- b) Mayor transparencia: Como una forma de aumentar la eficacia y la eficiencia de las políticas públicas es pertinente dar cuenta de la introducción de mecanismos transparentes en las actuaciones del sector público y las formas que adquiere la participación socio-comunitaria.
- c) Reconocimiento de la heterogeneidad: El desarrollo de la acción pública, está determinada por un conjunto de actores participantes que ven modificadas sus pautas de acción y desarrollo a través del desarrollo de una Política Pública.
- d) Autonomía y descentralización con responsabilidad: La autonomía y la descentralización deben ser impulsadas en los más diversos ámbitos, sobretodo en aquellas Políticas formuladas a nivel nacional en torno al impacto que estas registran a nivel local.

En la elaboración de la matriz teórico-conceptual se ha tomado en cuenta el testimonio fidedigno de representantes de las Instituciones que mayor relación han entablado a lo largo del proceso de implementación de la Reforma Sanitaria en la Comuna de Puerto Montt. Para efectos de su presentación, dicha matriz ha sido desagregada por entrevista realizada:





GROUNDED THEORY		
Organización comunitaria Unión comunal de las Juntas de Vecinos de Reloncaví.		
Categorías Analíticas	Unión comunal de las Juntas de Vecinos de Reloncaví. Junta de Vecinos sector Angelmó	Dimensión conceptual observada
Realismo	"Está bien que haya varias enfermedades incluídas en el plan AUGE, que creo que son alrededor de 80 si no me equivoco, pero si dejar claro de que las falencias que nosotros analizamos son las siguientes.: la primera es que la enfermedad se tiene que canalizar a nivel de sector poblacional por medio de los centros de salud que están en las diferentes poblaciones; por ejemplo una persona con diabetes o hipertensión, el plan AUGE la cubre pero nos encontramos con la falta de medicamentos dentro de las instituciones, la cual es un hecho relevante que te retrocede. Otra falencia que encontramos es que todo se hace para el sector pobre, pero lamentablemente para la clase media, para los trabajadores que reciben más de ciento cincuenta mil pesos necesitan más apoyo, ya que el sector pobre recibe todo gratis, pero el sector de clase media tiene otro piso sobre ellos y a veces la necesidad es la misma".	Deficiencias de cobertura, y problemas de acceso para la población beneficiaria.
Transparencia	Yo pienso, en primer lugar, que la reforma que se coloque nunca va a ser exitosa en un cien por ciento. Por que lamentablemente nosotros tenemos diferentes tendencias de pensamiento, nunca vamos a encontrar algo que sea cien por ciento positivo. Pero si pensamos en primer lugar, mejor calidad de servicio, eso es lo primordial; en segundo lugar infraestructura y en tercer lugar enseñanza a la comunidad sobre las diferentes temáticas de salud, como a los jóvenes en los colegios cada materia, enseñarles para qué está hecho cada plan. A veces hablamos de las 80 enfermedades del plan AUGE, pero expliquémosle a la gente paso por paso, comunidad por comunidad, vayamos a los sectores poblacionales, la gente que este a cargo de esto que trabaje, que se moje y salga a informar con claridad. Así podríamos llegar a un cincuenta, sesenta por ciento de mejoría de calidad de servicio o mejoría de plan.	Deficiencias en la incorporación de los actores sociales comunitarios en el proceso de Reforma.
Reconocimiento de la Heterogeneidad (Participación)	"Antes de haber instalado el plan AUGE se deben preocupar de la calidad de servicio de las personas que van a estar trabajando en los diferentes centros públicos, no sólo en los de salud, deben tener la claridad y la capacidad de que están estudiando para eso. Aquí en Puerto Montt y a nivel nacional, me extraña que todos los años, dos o tres veces al año, haya paro de la salud, paro de servicios públicos. Por qué el gobierno no crea una jubilación a estas personas, después de una cierta cantidad de años, para que se vaya renovando el personal. Ese es un factor primordial, por que no sacamos nada con seguir llenándonos con recintos de salud, si el personal que está dentro de los recintos, no tiene la claridad, las ganas o la capacidad para poder seguir trabajando".	Precarización en las condiciones de la población funcionaria del Sistema de Salud.
Autonomía y Descentralización	"Mira aquí tienen que estar incorporados el gobierno, privados, y por sobre todo funcionarios y también la comunidad, pero la comunidad con decisiones. Nosotros estamos aburridos de asistir a reuniones en las cuáles sólo puedes escuchar, y si tú presentas un documento pidiendo modificaciones, no las hacen por que eso viene canalizado desde Santiago. Si las regiones tienen sus intendentes, tienen sus alcaldes, tienen todos sus planes en la región o en la comuna, porqué no descentralizamos? Los problemas de Puerto Montt, los de Santiago o los de La Serena en tema de salud, son todos diferentes. En un cien por ciento, puede que se enlacen en un diez o veinte, pero en el resto tienen características totalmente diferentes. Si vamos a instalar un plan de salud en Puerto Montt, que los actores principales se canalicen en Puerto Montt y que se presenten como conglomerado regional o comunal".	Ausencia de espacios deliberativos comunitarios.

GROUNDED THEORY		
Organización comunitaria Unión comunal de las Juntas de Vecinos de Reloncaví.		
Categorías Analíticas	Junta vecinal n°4, unidad de trabajo y progreso de la comuna Puerto Montt.	Dimensión conceptual observada
Realismo	"Como característica dentro de la comunidad, creo que es el plan AUGE. Es muy positivo para los que están enfermos, ya que acoge a varias enfermedades y eso es bueno para toda la comunidad, contribuye a que no gaste mucho dinero el paciente, ya no va a medios particulares, no va a Consultorios o a los Hospitales regionales. Sin embargo, negativo encuentro que es la falta de personal, médico, enfermeras y auxiliares; y algunos fármacos".	Deficiencias de cobertura, y problemas de acceso para la población beneficiaria.
Transparencia	"Sí, yo creo que sí. Se está dando a todo nivel la información sobre el plan AUGE, en todos los aspectos, con las ochenta y cinco o seis enfermedades que hay, más se van a aumentar otras más parece ahora. Eso va a ser positivo. Pienso que falta conocimiento del dirigente, falta capacitarse, instruirse en muchos aspectos, por que no todos se han preparado a nivel médico, a nivel de enfermeros, son palabras que tampoco las tenemos nosotros, y eso también contribuye a que no se diga en la partes, de repente el dirigente llega a hablar y uno no puede explicar bien cuando le preguntan, o sea requiere más conocimiento sobre eso".	Deficiencias en la incorporación de los actores sociales comunitarios en el proceso de Reforma.
Reconocimiento de la Heterogeneidad (Participación)	"Bueno, en primer momento los actores somos nosotros como comunidad. O sea nosotros llevamos la voz en los consejos que hay de salud, se hablan muchas cosas, se reúnen para sacar cosas positivas no sólo de salud, nosotros estamos insertos en ellos y si ellos no toman en cuenta la voz de la comunidad, bueno, no se puede hacer nada más. Sin embargo, hay que decir que cada día nos estamos incorporando más. Yo justamente soy uno que está incorporado ya, soy Presidente del Consultorio de Angelmó, fui abajo comité asesor de LLanchipal también, estamos involucrando a varios vecinos y vecinas de la comunidad".	Precarización en las condiciones de la población funcionaria del Sistema de Salud.
Autonomía y Descentralización	"Sí, ha habido harta participación, pero como le digo queda ahí no más, no lo dan a conocer en otra parte, hay grupos de sesenta o cien personas, y van los dirigentes no más, cuatro o cinco dirigentes, no va toda la base, eso no debe ser, o sea, si yo recibo una información de LLanchipal, o del Consultorio o del Hospital, yo tengo que vaciarla en mis reuniones, donde hay sesenta, setenta personas, tengo que decir qué es lo que pasa".	Ausencia de espacios deliberativos comunitarios, y centralización en la acción comunitaria.

GROUNDED THEORY		
Organización comunitaria Unión comunal de las Juntas de Vecinos de Reloncaví.		
Categorías Analíticas	Junta de vecinos del sector de Pelluco.	Dimensión conceptual observada
Realismo	"Obviamente más médicos, porque usted va a "urgencia" y hay dos médicos para un millón de personas. Personalmente yo, no he tenido muy mala experiencia, tengo una hermana con cáncer, la llevamos y en un segundo la atienden. Cuando la llevamos a tratamiento, hay gente que está esperando horas, como la gente no o si grita mucho no la "pescan". Entonces más que características, hay que cambiar un poco la calidad, un poco más de criterio. Hay vecinos que yo he acompañado al SAPU y le dice -ah, váyase a "urgencia"- y de "urgencia" lo mandan al SAPU, del SAPU al consultorio, pasa al consultorio y le dan hora para una semana más, entonces al final es un poco complicado, porque uno lo mandan para acá y para allá. Eso más que nada y también falta un poco de saber, por ejemplo si a mi me duele la cabeza, súper fuerte, saber si tengo que ir "urgencia" o tengo que ir al SAPU, o el SAMU también. Lo mismo el tema de las ambulancias, también es súper complicado, por ejemplo llaman a la ambulancia y no llega, me llaman a mi como presidenta, yo llamo a la ambulancia, intervienes tú como presidenta, y me preguntan -¿el enfermo puede caminar?-, yo contesto que sí y te dicen que tiene que llegar por sus propios medios. En el caso específico de Pelluco, estamos a cuatro kilómetros, si bien es cierto a tres minutos en auto, pero no todos tenemos auto, después de las diez de la noche nosotros no tenemos movilización, tenemos que pagar taxi o radiotaxi o pedirle a alguien que se apiade de llevarnos. Yo creo que hay que tomar varios aspectos acá, muchos aspectos".	Deficiencias de cobertura, y problemas de acceso para la población beneficiaria.
Transparencia	"Ahora, desde hace un tiempo, el hospital sí ha traído información, pero a lo mejor no es lo que se requiere, la verdad que es una "lata" tanto papel, porque no todos lo miramos, en ese caso yo prefiero una charla con retroproyector, eso queda más en la vista que el papel. O sea se debieran preocupar más en ese sentido, en todas las charlas te llenan de papeles, y de repente uno no tiene tanto tiempo para leer tanto papel, yo prefiero una charla en donde me muestren diapositivas".	Deficiencias en la incorporación de los actores sociales comunitarios en el proceso de Reforma.
Reconocimiento de la Heterogeneidad (Participación)	"No, osea yo creo que la comunidad, la gente, que somos lo primordial, hemos quedado afuera, porque a nosotros no nos han preguntado si queremos un Hospital casi saliendo de Puerto Montt. Ahora, vuelvo a tomar el tema de Pelluco, mira esté acá arriba, en Seminario el hospital o esté allá arriba en Chin-chin, para nosotros es el mismo problema porque tenemos que tomar doble movilización. Ahora, para la gente de la Carretera Austral, va a ser más complicado. Igual yo entiendo que por el espacio, se van allá arriba. Pero yo creo que deberían haber hecho otro Hospital del Trabajo, o si los consultorios estuvieran mejor equipados en cuanto a personal, no habría tanta gente en el Hospital".	Precarización en las condiciones de la población funcionaria del Sistema de Salud.
Autonomía y Descentralización	"Es bueno que se incluyan hartas enfermedades, pero también que incluyan en esa reforma, tratamientos específicos para la gente que vive fuera de los sectores urbanos. Se habla de tanta reforma, pero se hace en cuatro paredes, es lo mismo que está pasando con el "Plan cuadrante", a mi si bien es cierto, ha funcionado en mi sector, pero se hizo bajo cuatro paredes. Por ejemplo, nuestra jurisdicción es súper grande, pero solamente contemplaron un sector, entonces no puede ser, Puerto Montt no es solamente un balneario, osea es mucho más que eso. Entonces que la gente que hace la reforma, que sea gente de todos lados, que no sea sólo gente de Santiago o de Arica, de gente que vive allí en pleno sol, y nosotros acá tenemos que el noventa y cinco por ciento del año llueve. Entonces esas condiciones, yo creo, que también deberían tomarlas como desafío, yo creo que una nueva reforma que contabilice lugares, clima...esas cosas yo creo".	Ausencia de espacios deliberativos comunitarios, y centralización en la acción comunitaria.

GROUNDED THEORY		
Servicio de Salud Llanquihue Chiloé Palena ("Llanchipal").		
Categorías Analíticas	Servicio de Salud Llanquihue Chiloé Palena.	Dimensión conceptual observada
Realismo	"La implementación de la reforma, resumidamente, ha tenido distintas etapas o formas en que se ha ido concretando su implementación. En Puerto Montt, como también en todas las comunas de las provincias de Llanquihue y Chiloé principalmente, los primeros años, antes de la promulgación de la ley que dio por iniciada la reforma, hubo un intenso diálogo con representantes de la comunidad de las distintas comunas y con representantes de funcionarios y funcionarias con preguntas de diverso tipo que tenían como fin integrar la opinión de ambos sectores a los proyectos de ley que se iban a presentar para darle cuerpo".	Proveer servicios acordes a las expectativas de la población.
Transparencia	"A inicios del 2005 se llevó a cabo la separación de funciones entre la Dirección del Servicio y la Seremi de Salud, con la división de recursos humanos que correspondía. Es decir hasta antes de eso al Servicio de Salud le correspondía tanto las acciones de salud pública como las acciones de atención en salud. Desde ese momento, el servicio pasa a ser el Gestor de Red y la Seremi de Salud la Autoridad Sanitaria. Eso es un paso importante que también trae consigo asumir roles diferentes a cada institución. Se da un gran impulso a la atención primaria y se inicia entonces en las distintas áreas de trabajo el fortalecimiento de la misma como el primer eslabón de la red que acoge a los usuarios y usuarias. Se fortalece en los lineamientos referidos al "nuevo Modelo de Atención en Salud Familiar e Integral", que significa que se cambia de un modelo biomédico a un modelo biosicosocial".	Desarrollo de mecanismos de eficiencia y eficacia en la gestión de la Reforma.
Reconocimiento de la Heterogeneidad (Participación)	"Mi evaluación desde el punto de vista de proceso de participación, por cierto que es siempre mejorable. Actualmente, la reforma de salud se está llevando a cabo como implementación y en ese sentido la tarea se hace. Falta ahondar y avanzar en lo que significa mayor espacio para decisiones locales. En eso el Servicio de Salud se inclina a dar mayor espacio en la medida que los lineamientos y requerimientos del ministerio lo permiten. Ha habido una percepción de poca participación por parte de los gremios, que a mi juicio se genera más bien en los establecimientos a nivel de la base, ya que a nivel central en el Ministerio de Salud los gremios estuvieron y están representados con sus directivas nacionales en este proceso. A mi juicio, quizá el proceso fue corto en sus inicios y no hubo espacio para la retroalimentación en los espacios de participación con las organizaciones y usuarios y usuarias; posiblemente allí faltó. Sin embargo, se ha instalado con la reforma la Gestión Participativa, que es uno de los lineamientos del sistema de salud con reforma. Y eso en Puerto Montt, como en las otras comunas es un proceso lento que por cierto ya está instalado dentro de lo que "hay que hacer".	Empoderamiento Regional a través de una red nacional.
Autonomía y Descentralización	"La separación de funciones entre la Dirección del Servicio y la Seremi de Salud, con la división de recursos humanos que correspondía. Es decir hasta antes de eso al Servicio de Salud le correspondía tanto las acciones de salud pública como las acciones de atención en salud. Desde ese momento, el servicio pasa a ser el Gestor de Red y la Seremi de Salud la Autoridad Sanitaria. Eso es un paso importante que también trae consigo asumir roles diferentes a cada institución. En torno a las necesidades, más que pendientes, hay importantes desafíos que se están abordando: mayor coordinación como Red para dar respuesta a los usuarios y usuarias y no como establecimientos independientes entre sí. Aún persiste el desafío en torno a la instalación de una gestión participativa en los establecimientos de Puerto Montt. Eso significa un cambio paulatino que hay que abordar".	Empoderamiento Regional.

La realización de la Teoría Fundamentada (“Grounded Theory”) permite la realización de las siguientes conclusiones respecto del proceso de reforma, respecto de las dimensiones conceptuales observadas:

- La Reforma a la salud involucra un compromiso sostenido del estado con la comunidad local, a través de las autoridades regionales, expresado a través de fortalecer una integración de la población al Sistema de Salud, lo que ha producido un fortalecimiento de la “cohesión social” respecto de la atención en Salud. Sin embargo, la incorporación consultiva de las organizaciones comunitarias ha producido un debilitamiento en la “legitimación” del reconocimiento social local – expresado a través de su organización vecinal-local- al proceso de Reforma vigente.
- La nueva organización sectorial de la red asistencial de la Reforma, ha permitido un ordenamiento de funciones en la autoridad regional, respecto de garantizar transparencia y eficacia en su funcionamiento. Sin embargo, la participación consultiva de las organizaciones comunitarias a nivel local ha repercutido en un empoderamiento sostenido de la autoridad regional a lo largo del proceso.
- En el marco de la conducción sectorial local, uno de los principales aspectos aún pendientes del proceso de Reforma, ha sido la consideración de inversión en infraestructura acorde con las necesidades de dicho proceso.
- La no consideración de los gremios de los trabajadores de la salud en dicho proceso, se expresa como una de las grandes falencias de la reforma a nivel local. Según la información obtenida –y expresada en la Teoría Fundamentada- la negociación con los funcionarios de la Salud, ha sido un aspecto sujeto a improvisaciones y desconsideraciones por parte de la autoridad Sanitaria.
- El aumento de la cobertura y el control de patologías a nivel local, es un derecho de los pacientes usuarios de la Red Pública Asistencial. El compromiso de ratificar convenios con el sector privado cuando dicha Red se vea imposibilitada de prestar determinadas prestaciones, se reconoce como un derecho de los pacientes que debe ser velado por la autoridad sanitaria.

Tomando en cuenta las declaraciones desarrolladas a través de las entrevistas realizadas, se desarrollaron dimensiones conceptuales que fueron sistematizadas en el desarrollo de la matriz mostrada desagregadamente por actor entrevistado. A partir de ello, se muestra en la tabla siguiente, la definición de dos categorías analíticas en torno al papel que han desarrollado aquellos actores relevantes a nivel local-comunal a lo largo del proceso de reforma vigente: a) marginal, que corresponde a una participación fuera del proceso “en sí”; y b) “intra proceso”, que corresponde a una participación situada desde el interior del proceso mismo. Esta categorización permite desarrollar un sustento que dé continuidad al desarrollo de la Teoría Fundamentada,

respecto de la elaboración de un mapa cognitivo sobre el proceso de Reforma a la salud chilena en la comuna de Puerto Montt.

Esquema 12

Clasificación de actores según sector y participación en la reforma. Además se clasifican según dimensión cognitiva de análisis. (Fuente: Elaboración propia)

SECTOR	ACTOR	ROL/PAPEL EN LA REFORMA	Dimensión cognitiva-analítica
PRIVADO	Clínica Puerto Montt	Difusión de información y prestaciones de Salud sólo cuando amerite	Marginal
	Clínica Los Andes	Difusión de información y prestaciones de Salud sólo cuando amerite	Marginal
	Universidades	Difusión de información sobre la Reforma.	Marginal
PUBLICO	Secretaria Regional Ministerial	Fiscalización, vigilancia y desarrollo de propuestas (a través de estudios de factibilidad) de planes que aumenten la eficiencia de las operaciones de la Red de Salud de la zona.	Intra proceso
	Servicio de Salud Chiloé, Llanquihue y Palena (Llanchipal)	Articulación y responsabilidad en el desempeño de la Red de Salud de la zona.	Intra proceso
	Organismos prestadores de atención médica (SAPUS, Consultorios, CESFAM)	Atención y control de patologías de emergencia leve, y asesoría y atención familiar.	Intra proceso
	Hospital de Puerto Montt	Atención de patologías complejas y urgencias.	Intra Proceso
	Funcionarios de la Salud (gremios)	Prestadores de Servicios.	Marginal
ORGANIZACIONES SOCIO COMUNITARIAS	Unión Comunal de Juntas de Vecinos de Reloncaví.	Usuarios y participación como receptarios de información de la Reforma.	Marginal

Teniendo en cuenta esta observación de la situación de los principales actores participantes en el proceso de Reforma a la Salud en la comuna de Puerto Montt, es posible detallar cuál es el escenario político en el cual se contextualiza el proceso de Reforma. Ello permitirá desarrollar orientaciones teóricas-analíticas según las observaciones empíricas realizadas:

Esquema 13

Escenarios Políticos posibles en torno a la Reforma a la Salud chilena en Puerto Montt

(Fuente: De la Maza & Fernández & Navarro; 2003; p.80)

	Escenario Político III	Escenario Político IV
Implementación de la Reforma al Sistema de Salud en Puerto Montt.	<u>Toma de decisiones dirigida:</u> Consejos comunales y agrupaciones comunitarias faltos de legitimidad.	<u>Toma de decisiones concertada:</u> Legitimidad de los Consejos comunales y agrupaciones comunitarias.
	<u>Neo Corporativismo:</u> Gobernabilidad Ocasional	Gobernabilidad Democrática
	Escenario Político I	Escenario Político II
	<u>Toma de decisiones autoritaria:</u> Consejos comunales y agrupaciones comunitarias faltos de legitimidad.	<u>Toma de decisiones dirigida:</u> Legitimidad de los Consejos comunales y agrupaciones comunitarias.
	<u>Clientelismo:</u> Gobernabilidad Ocasional	<u>Liderazgo popular ("caciquismo"):</u> Gobernabilidad Democrática

Desarrollando esta forma de análisis, la pretensión básica que este estudio persigue es incorporar nuevas dimensiones analíticas al estudio del desarrollo local, la cual que: *“además de variables económicas, incluya indicadores relacionados con aspectos sociales, organizacionales y de infraestructura”* (Raczynski & Serrano; 2001; p.71). En este

sentido, luego de las observaciones realizadas y de la información sistematizada, es posible analizar descriptivamente, el escenario político que determina el desarrollo de la Reforma a la Salud en Puerto Montt, tomando en cuenta los referenciales expresados en el esquema:

- **Escenario Político I:** En este tipo de escenario, la principal característica corresponde al desarrollo de una baja descentralización, determinada por una carencia de legitimidad de las organizaciones socio-comunitarias y por un poder centralizado que responde a demandas locales a partir de dinámicas clientelistas orientadas por intereses contingentes de las coaliciones gobernantes.
- **Escenario Político II:** En este caso, la principal característica tiene que ver con una participación social relevante y con una alta descentralización a partir de la influencia de las autoridades locales, pero determinada por liderazgos ocasionales, en donde las garantías de un funcionamiento transparente de las instituciones se ven determinadas por liderazgos ocasionales.
- **Escenario Político III:** Este escenario se caracteriza por ser autoritario e inestable para el desarrollo local, ya que involucra “desajustes” en el poder central a partir de intereses corporativistas locales versus el poder central, los cuales se ven determinados por una baja legitimidad de las organizaciones comunitarias locales, las cuales también se ven en conflicto con los intereses propios de la organización autoritaria local.
- **Escenario Político IV:** Este escenario es el más efectivo y eficiente en el contexto democrático, ya que existe una garantía de mejores niveles de participación a través de la codecisión y cogestión entre los distintos actores participantes de un proceso de desarrollo social local. Es altamente deseable para un sistema democrático: altos niveles de participación y descentralización.

En torno a dichos escenarios de definición de estrategia política para el caso de los espacios locales respecto de la acción del Estado, como ya se ha visto en el desarrollo de la Reforma a la Salud en la comuna de Puerto Montt, dicho proceso se encuentra en una definición entre los escenarios IV y III, ya que la Reforma ha involucrado una reforma institucional de la autoridad sanitaria y el fortalecimiento de la cobertura de la red asistencial. La falta de espacios de legitimación respecto de las organizaciones comunitarias locales, ha producido un efecto negativo en términos de la legitimación sociopolítica de las organizaciones respecto de su participación en la reforma, en contraposición al empoderamiento de la autoridad local (aunque garantizando

descentralización y transparencia en torno al ordenamiento de competencias respecto de la fiscalización y la ejecución de la Red asistencial entre el SEREMI y el Servicio de Salud Regional, respectivamente). El desarrollo de los Consejos Consultivos no ha logrado potenciar mecanismos de participación propositivos y resolutivos por parte de la organización comunitaria, lo que genera descontento en la organización comunitaria respecto de los potenciales espacios deliberativos que ellos podrían ejercer en el proceso de reforma a nivel local. Esto se ve expresado en un ejemplo concreto como lo ha sido la construcción del nuevo Hospital en Puerto Montt, en donde la comunidad gestionó autónomamente dicha demanda, pero al ser aprobada por el poder central, pasó a ser gestionada íntegramente por la autoridad central de la región. El Municipio al estar articulado con la gestión de los Consultorios de Salud asistencial, pasa a ejercer una labor administrativa de dichas instituciones prestadoras de atención en Salud. De esta manera, los campos de acción de la Reforma a la Salud en Puerto Montt, se articulan de la siguiente manera:

Esquema 14

Campos de referencia de la acción del Estado

(Fuente: Elaboración propia)

Campo de Referencia de la acción del Estado en la Reforma a la Salud en Puerto Montt por campos relevantes.		
Campo de Acción	Referente o idea	Consecuencia
Institucionalidad	Transparencia en la Gestión de los Servicios Públicos	Fortalecimiento del rol institucional ("top down")
Normativa	Principios teórico-legales de la Reforma	Base de la operacionalización de la reforma
Plan de Cobertura Sanitaria	Estrategia de integración a partir del aumento de cobertura en el tratamiento de enfermedades	Integración Usuaría
Ciudadanía	Participación Usuaría	Debilitamiento del espacio sectorial deliberativo ("bottom up")

Los principales resultados que ha logrado la reforma han sido a nivel de la reorganización institucional de la SEREMI y del Servicio Regional de Salud; y de la ley

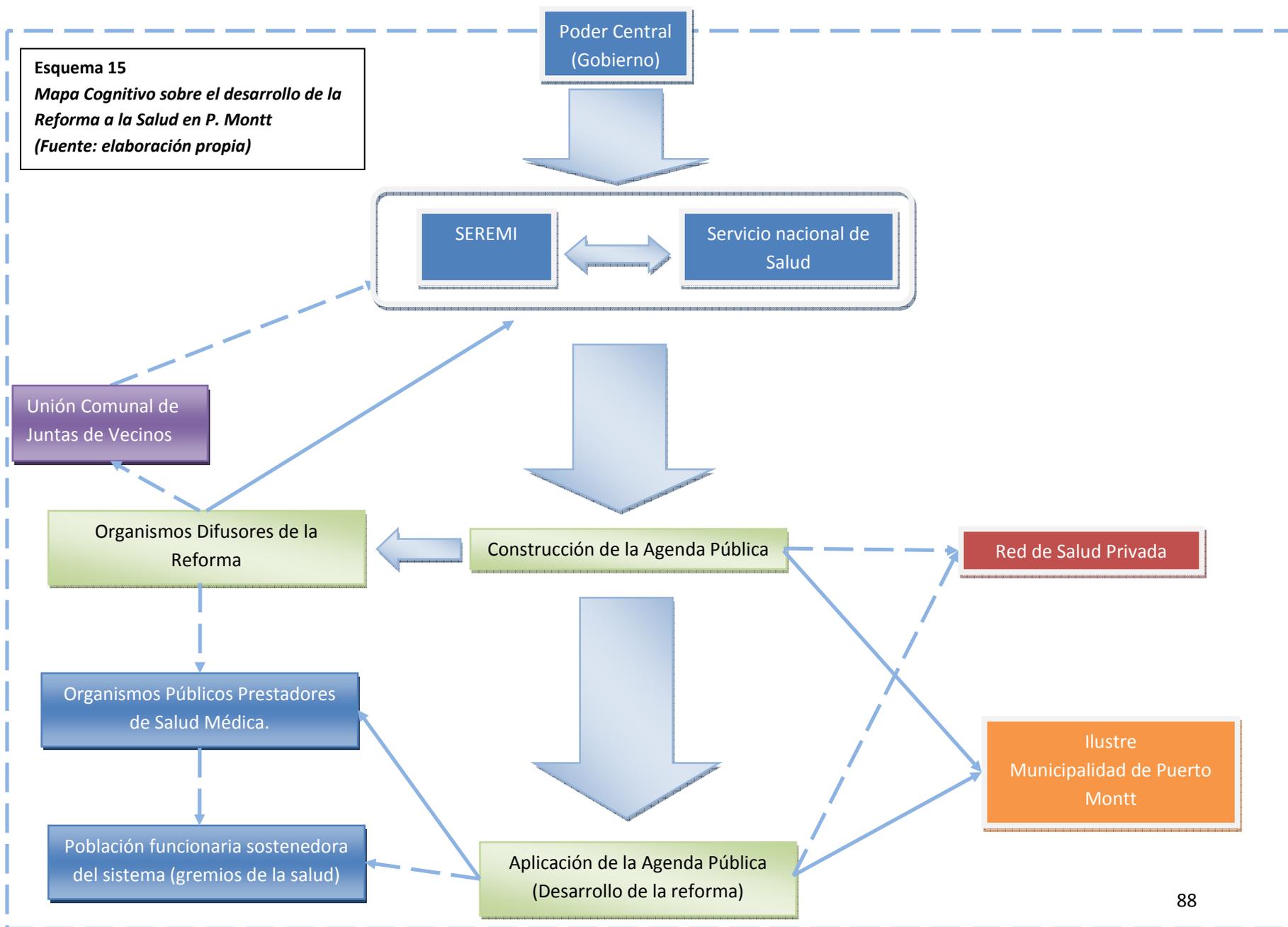
AUGE, en términos de garantizar cobertura en el suministro de atención médica a la población usuaria de la Red Asistencial. Siguiendo una perspectiva teórico analítica del proceso, es posible sostener –según lo investigado- que existe una primacía del enfoque “top down” en el quehacer de dicha Política Pública a nivel de diseño e implementación.

ii. **Mapa Cognitivo de la Implementación de la Reforma a la Salud en Puerto Montt**

a) La Perspectiva cognitiva en el análisis de una Política Pública: La Reforma a la Salud en Puerto Montt.

Como ya se ha visto a lo largo de este trabajo, el estudio de la acción pública ya no consiste en reflexionar sobre el lugar que ocupa y sobre la legitimidad del estado en tanto que forma política abstracta, sino en comprender las lógicas involucradas en sus distintas formas de intervención sobre la sociedad, en identificar los modos de relación existentes entre actores públicos y privados y en comprender cómo la acción pública cubre dinámicas difusas y evolutivas que se encuentran en la frontera entre Estado y Sociedad. En este sentido, un mapa cognitivo, representa una utilidad importante en términos de poder comprender no sólo *“el papel de las ideas en el análisis de políticas públicas”* (Muller; 2003; p. 18), sino que además *“las políticas públicas entendidas como la mediación o de las ideas en acción”* (Muller; 2003; p. 19), de la acción del Estado sobre una Sociedad local determinada, como lo es la Reforma a la Salud chilena en la comuna de Puerto Montt.

En la elaboración del Mapa Cognitivo, se busca poner el énfasis en cómo la acción Pública en un espacio local, determina nuevas formas de relacionamiento entre los actores involucrados en el desarrollo del proceso. En su diseño, se han considerado las sistematizaciones y conclusiones previas, por lo que en este esquema, se pretende sintetizar en gran medida, las principales observaciones logradas a lo largo de este trabajo:



b) Perspectivas en torno a los resultados obtenidos

El Mapa Cognitivo, muestra las relaciones entre los principales actores participantes de la Reforma a la Salud en la comuna de Puerto Montt. La línea punteada muestra una relación participativa expresada en una participación marginal en términos consultivos y de difusión de la reforma para el caso de las organizaciones comunitarias, y en términos de difusión y asistencialista (sólo en casos excepcionales) para el caso de la Red de Salud Privada de la zona. Tanto en la definición, como en la aplicación de la Agenda Pública, el poder central y el Municipio (a través de sus organismos especializados) son los principales y exclusivos interventores.

El desarrollo de la Reforma a la Salud se ha planteado sobre el objetivo general de *“mejorar la calidad de vida de todos los chilenos, y este es el parámetro que debe utilizarse para su evaluación, analizando los niveles de cumplimiento de las metas que la totalidad de los actores de la salud pública definieron como prioritarias”* (MINSAL; 2006). Sin embargo, esta perspectiva de análisis planteada a lo largo de este trabajo, muestra que al observar un caso empírico determinado por la realidad que esta Reforma (como Política Pública a nivel nacional) experimenta en un espacio local, permite observar una definición de objetivos propia del poder central aplicable a la garantía de la “cohesión social” a través de la integración de individuos a un sistema que garantiza la cobertura de patologías, pero representa “fallas” al momento de garantizar formas de legitimidad, tanto a nivel de las organizaciones comunitarias, como a nivel de los gremios de los funcionarios del Sistema de salud. En este sentido, esta investigación permite visualizar dicho conflicto, al momento de presentar cómo se articulan las relaciones de los actores sociales relevantes insertos en la Reforma a la salud en la comuna de Puerto Montt. Es relevante entonces, tomar en cuenta la importancia que adquiere no sólo la acción política del Estado orientada a garantizar una mayor cobertura del sistema, sino que además, la acción orientada al fortalecimiento de un proceso en términos de la legitimación que este adquiere en torno a los actores sociales que son partícipes de dicha acción, en torno a garantizar las condiciones adecuadas para combinar la “cohesión social” y la “legitimación social” como dos variables fundamentales de la integración social en un proceso de Política Pública.

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES DEL ESTUDIO: HACIA UNA GESTIÓN PARTICIPATIVA DE LOS ASUNTOS LOCALES: DOS PROPUESTAS DE DISCUSIÓN A PARTIR DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA REFORMA A LA SALUD EN PUERTO MONTT

Como ya se ha podido observar a lo largo de este trabajo, la Reforma a la Salud constituye una Política Pública de gran envergadura y complejidad. Así mismo, con la observación de este proceso en la comuna de Puerto Montt, se ha podido constatar empíricamente la relevancia de dicha política como ámbito determinante torno a las formas que ha adquirido la acción social como referente de las condiciones generadas en torno a la ciudadanía sectorial a partir de dicha Reforma. El tema en cuestión tiene que ver con cómo es posible lograr una gestión participativa en los asuntos locales en un proceso tan complejo y dinámico como lo es una Política Pública orientada a nivel nacional.

Siguiendo esta directriz, y luego de los resultados obtenidos a lo largo de esta investigación, ha resultado pertinente tomar como referencia el trabajo presentado por De la Maza, Fernández y Navarro (2003; p.87) en torno a algunas propuestas para lograr fortalecer la gestión participativa social comunitaria en los asuntos locales. De las propuestas planteadas por dichos autores hay una que es relevante en el marco de este trabajo. Por último, se plantea una última propuesta elaborada a partir de la experiencia propia del autor de este trabajo:

III. Construyendo nuevas relaciones entre la gente y las instituciones

Una de las grandes aristas del desarrollo local, reside en la redefinición de la relación entre las Instituciones y la Sociedad Civil: la acción del Estado debe considerar marcos referenciales que aseguren una participación deliberativa en cuanto a definir normas y políticas respecto de asuntos locales: *“los principales agentes de desarrollo son las personas mismas”* (Tomassini; 1994; p.46). El Estado –a través de sus instituciones- debe abrir espacios de participación comunitarios más allá de la difusión y el Consejo Consultivo en el proceso de reforma, ya que siguiendo lo señalado por Jobert, la acción pública –emanada desde el poder estatal- debe considerar la doble dimensión de la integración social, lo cual, para el caso de la Reforma a la Salud en el caso de Puerto Montt, sólo ha estado en el ámbito de participación usuaria (lo cual está orientado a la “cohesión social”, no a la “legitimidad social” de la Política Pública). Por ello se vuelve necesario re-pensar la expresión ciudadana y re-conceptualizar la participación y la ciudadanía, en el contexto de asegurar la participación comunitaria local en la gestión de Políticas Públicas enfocadas a su progreso y desarrollo.

Para el caso de Puerto Montt, la organización comunitaria se ha constituido de manera relevante a través de la Unión Comunal de Juntas de Vecinos de Reloncaví, lo que ha fortalecido la demanda social por nuevas formas de participación en el proceso de la Reforma la Salud en la zona.

IV. La necesidad de comprender las Políticas Públicas como aquellas estrategias de acción básicas para generar mayores grados de correlación entre la Gobernabilidad y el Desarrollo Sustentable local.

Las Políticas Públicas van mucho más allá de la temática específica sobre la cual versan, ya que estas constituyen marcos de acción pública mediante los cuales el estado va desarrollando nuevas formas de relaciones con la Sociedad Civil. Por ello, si bien para este caso se observó la Reforma a la Salud chilena en un espacio local como lo es la comuna de Puerto Montt, es posible darse cuenta a través de los resultados entregados, que el desarrollo de esta Política Pública es un proceso que va desarrollando nuevos referenciales sobre cómo se va relacionando la ciudadanía con el Estado a través de las formas que adquiere la participación de los actores relevantes en el proceso. Por ello, estudiar esta Política Pública, entrega nuevas claves para comprender que la correlación sostenida entre gobernabilidad y desarrollo pasa por cómo se va estructurando una relación entre una Política Pública como acción emanada desde el Estado, y la población receptora de dicha Política: *“Por consiguiente, gobernabilidad implica estabilidad de las instituciones democráticas a pesar de la incertidumbre en cuanto a los resultados del juego político, es decir, de las negociaciones y los acuerdos entre los actores políticos”* (Urzúa & Agüero; 1998; p.142-143). La necesidad de reflexionar sobre este proceso, no sólo implica comprender las lógicas que determinan la relación entre el Estado y la Sociedad Civil, sino que además, permiten generar dimensiones claves para pensar y repensar aquellas estrategias orientadas hacia el desarrollo social sustentable, en donde la integración social aparece como una variable fundamental.

V. BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar Villanueva, Luis. “La Hechura de las Políticas”. Edición Antología de Política Pública. Editorial Miguel Angel Porrua. Edición 1996.
- Aguilar Villanueva, Luis. “El estudio de las Políticas Públicas”. Editorial Miguel Angel Porrua. Edición 1992.
- Ansoleaga, Moreno, María Elisa. “Investigación y Políticas Públicas: Una necesidad urgente para Chile: El fondo para el estudio de las Políticas Públicas como instrumento de gestión de proyectos”. Magíster en Gestión y Políticas Públicas del Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile. Documento de la serie “Estudio de Caso” N° 84. Agosto, 2005.
- Argandoña, Antonio. “La Teoría de los Stakeholders y el Bien Común”. Documento de Investigación N° 355. División de Investigación IESE. Universidad de Navarra. Barcelona. Enero de 1998.
- Bogdan, R. & Taylor, S.J. “Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados”. Editorial Paidós. Barcelona. España. Año 1986.
- Borges Méndez, Ramón. “El Estudio de Caso como instrumento pedagógico y de investigación en Políticas Públicas”. Magíster en Gestión y Políticas Públicas del Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile. Documento de la serie “Estudio de Caso” N°6. Diciembre de 1995.
- Canales Cerón, Manuel (coordinador-editor). “Metodologías de investigación social: Introducción a los oficios”. Santiago de Chile. Editorial LOM. Año 2006.
- Cogna, Mónica (compiladora). “Las reformas en el sector salud en la Argentina y Chile”. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y Banco Interamericano de Desarrollo (BID). 2004.
- Colomer Viadel, Antonio (coordinador): “La Participación en las Administraciones Públicas: ¿cooperación o enfrentamiento?”. Colección Amadis. Universidad Politécnica de Valencia & Instituto de Iberoamérica y el mediterráneo. Año 2006.
- De la Maza, Gonzalo & Fernández, Margarita & Navarro, Iván. “Innovación y ciudadanía en la gestión territorial: El rol de los municipios”. Fundación Para La Superación de la Pobreza. CEDER U. de Los Lagos. Fundación Getulio Vargas, Brasil.

- Fundación Ford y Fundación GTZ. Seminario realizado en Puyehue y Osorno. Chile. 2003.
- Díaz-Tendero Eolo. "Iluminismo Democrático versus Ciudadanía Sectorial. La nueva Matriz Social chilena y los desajustes de la acción político institucional". En "Los Desafíos del Progreso. Hacia un nuevo ciclo de la política chilena". Ernesto Aguila (editor). Editorial CATALONIA. 2005.
 - Drago, Marcelo. "La Reforma al Sistema de Salud chileno desde la perspectiva de los Derechos Humanos". Serie Políticas Sociales N° 121. Centro de Estudios para América Latina y el Caribe (CEPAL). Organización de Naciones Unidas. Año 2006.
 - Ferrer, Marcela.: "Plan Auge y Reforma a la Salud: ¿Vía a la equidad en salud?". Agenda Pública. Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile. AÑO III - N°4. Septiembre 2004. Documento web: http://www.agendapublica.uchile.cl/n4/1_ferrer.html#1
 - Garretón, Manuel Antonio. "La sociedad en que vivi(re)mos. Introducción sociológica al cambio de siglo". Editorial LOM. Ed. 2000.
 - Gerth, H. & Wright Mills, C.: "Carácter y Estructura Social: La psicología de las instituciones sociales". Ediciones Paidós. Barcelona. Año 1984.
 - González, Teodoro & Bermejo, María Luisa y Mellado, Vicente. "Los Mapas Cognitivos elaborados a partir de entrevistas, un procedimiento de análisis para comprobar las concepciones del profesorado sobre la enseñanza de las técnicas". Facultad de Educación. Universidad de Extremadura. Badajoz. España. Año 2006.
 - Hobbes, Thomas. "Leviatán: o la materia, forma y poder de un Estado Eclesiástico y Civil". Traducción y prefacio por Manuel Sánchez Sarto. Reedición Fondo de Cultura Económica. México. 2003.
 - Huenchuan, Navarro, Sandra. "Políticas Públicas y Políticas de vejez. Aspectos teórico-conceptuales. CEPAL, 2005. Documento web: www.eclac.org
 - Iñiguez, Lupcinio & Muñoz, Juan. "Introducción a la "Grounded Theory". UAB. Enero 2004.
 - Jobert, Bruno: "Estado, Sociedad, Políticas Públicas". Presentación y Traducción de Raúl Urzúa Frademann. Cátedra UNESCO de Políticas Públicas. Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile. Ediciones LOM. 2004.

- Kennedy, David & Esther Scout. "Preparing Cases in Public Policy". John F. Kennedy School of Government. Harvard University. 1985.
- Lahera, Eugenio. "Introducción a las Políticas Públicas". Editorial Fondo de Cultura Económica. Edición 2002. Serie colección Brevarios.
- Lahera, Eugenio (editor). "Cómo mejorar la gestión pública" Santiago – Chile. CIEPLAN-FLACSO. FORO 90. Año 1993.
- Lasswell, Harold. "The Policy Orientation". En Lasswell, Harold. & Lerner, Daniel (editores). "The Policy Sciences". Stanford University Press. 1951.
- Latorre, Álvaro E.: "La Reforma a la Salud: Una obligación social". Fundación Chile XXI. Septiembre de 2004.
- Lenz, Rony. "Proceso político de la Reforma AUGE de salud en Chile: Algunas lecciones para América Latina. Una Mirada desde la Economía Política". Corporación de Estudios para Latinoamérica (CIEPLAN). Serie Estudios Socio / Económicos Nº 38. Año 2007.
- March, J. & Olsen, J. "Institutional Reform as Ad-Hoc Activity", en March J. y Olsen J. (comp), Rediscovering Institutions: The organizational basis of politics, New York, The Free Press, 1989.
- Marín, Antonio Lucas: "Sociología: una invitación al estudio de la realidad social". Ediciones Universidad de Navarra, S.A. Pamplona. Año 2006.
- Martinic, Sergio (editor). "Reformas de la Política Social en América Latina: Resultados y Perspectivas". Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación (CIDE) & Instituto Latinoamericano de Doctrina y Estudios Sociales (ILADES). Año 2000.
- Ministerio de Salud "Presentación de la Reforma a la Salud chilena" (2000). www.minsal.cl
- Ministerio de Salud. División de Rectoría y Regulación Sanitaria & División de Gestión de Redes Asistenciales. "Implementación de la Reforma al sistema de Salud. Autoridad Sanitaria Regional. Implementación de nuevas SEREMI y Direcciones de Servicio". Encuentro de Altos Ejecutivos del Ministerio de Salud. Villa Alemana, 19 de Marzo de 2004.

- Mella, Orlando. “Metodología Cualitativa en Ciencias Sociales y Educación. Orientaciones Teórico-Metodológicas y Técnicas de Investigación”. Editorial Primus. Santiago de Chile. Año 2003.
- Ministerio de Salud. División de Rectoría y Regulación Sanitaria & División de Gestión de Redes Asistenciales. Presentación proyecto nuevo Hospital de Puerto Montt
- Muller, Pierre. “Les politiques publiques”. Paris. PUF. 2003.
- Muller, Pierre. “L’analyse cognitive des politiques publiques: vers une sociologie politique de l’action publique”. Revue Francaise de Science Politique. Vol 50, No. 2, Paris, Avril, 2002.
- Organización Mundial de la Salud. Informe 2000.
- Oszlak, Oscar. “Políticas Públicas y Regímenes Políticos: Reflexiones a partir de algunas experiencias Latinoamericanas”. Documento de estudios CEDES Volumen 3. N° 2. Buenos Aires. Argentina. 2000.
- Oszlak, Oscar & O' Donnell, Guillermo. "Políticas públicas y regímenes políticos", Estudios CEDES vol. 3, N° 2. 1990.
- Presidencia de la república de Chile. Documento web: <http://www.presidencia.cl/correopresidente/view/viewMasInformacion-Externo-NUEVA.asp?id=196>
- Raczynski, Dagmar & Serrano, Claudia. “Descentralización. Nudos críticos”. CIEPLAN. 2001.
- Tomassini, Luciano (editor). “¿Qué espera la Sociedad del Gobierno?” Centro de Análisis de Políticas Públicas de la Universidad de Chile. Asociación Chilena de Ciencia Política. 1994.
- Unión Comunal de Juntas de Vecinos Reloncaví & Servicio de Salud Llanchipal de Puerto Montt encuentro de participación sobre temas de salud. 17 Noviembre 2006.

- Urzúa, Raúl. Reseña de “¿Qué tipo de nexos para qué tipo de políticas? Estudio comparado en diversos campos de intervención pública en Chile. Grupo Gresch de Maite de Cea y Manuel Gárate. En “Polis”. Revista de la Universidad Bolivariana. Año 2006 /Vol. 5, número 014. Santiago de Chile.
- Urzúa, Raúl & Agüero, Felipe. “Fracturas en la Gobernabilidad Democrática”. Centro de Análisis de Políticas Públicas. Instituto de Asuntos Públicos. Universidad de Chile. 1998.
- Urzúa Frademann, Raúl. “Los Usos de las Ciencias Sociales en las Políticas Públicas: Una introducción al tema”. Seminario cátedra UNESCO, Centro de Análisis de Políticas Públicas del Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile y Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile. Santiago, Noviembre de 1999.
- Urzúa Frademann, Raúl. Presentación del libro de Bruno Jobert: “Estado, Sociedad, Políticas Públicas”. Cátedra UNESCO de Políticas Públicas. Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile. Ediciones LOM. 2004.
- Urzúa Frademann, Raúl. Presentación síntesis de los resultados. Proyecto “Estado, Participación ciudadana y Políticas Públicas en los Espacios Locales”. Corporación Centro de Análisis Políticas Públicas Universidad de Chile. 2006. Página 16.
- Weber, Max. “Economía y Sociedad: esbozo de una Sociología comprensiva”. Edición preparada por Johannes Winckelmann. Nota preliminar de José Medina Echavarría. México Fondo de Cultura Económica. Edición 1992.
- Weber, Max. “El Político y el Científico”. Madrid. Alianza Editorial. Edición 2001.
- Yin, Robert K. “Investigación y estudio de Caso: Diseño y método”. Sage Publications, Thousand Oaks, CA. 1994.

VI. ANEXOS

ANEXO N° 1: ENTREVISTAS SEMI-ESTRUCTURADAS

- Entrevista N° 1

Nombre del entrevistado : Luis Alberto Mancilla Miranda.

Institución : Secretaría Ministerial de Salud de la Región de Los Lagos.

Cargo : Jefe del Departamento de asesoría jurídica.

Lugar de la entrevista : Secretaría Ministerial de Salud de la Región de Los Lagos.

Responsable de la entrevista : Luís Garrido Vergara (investigador a cargo).

Fecha : 17 de Diciembre de 2007

Hora : 10:45 hrs.

Entrevistador: ¿Podría presentarse contando quién es?, ¿a qué se dedica?, y ¿cuál es su relación con el Sistema de Salud en Pto. Montt?

L. Mancilla: Mi nombre es Luis Alberto Mancilla Miranda, Soy abogado. Estoy por cumplir 30 años en el sector de Salud, y desde Abril del año 2003, estoy trabajando en Secretaría Ministerial de Salud de la Región de Los Lagos. Y, como sabemos, a contar del primero de Enero del año 2005 se inicia la reforma sanitaria con la vigencia de la Ley 19.937. En virtud de esta Ley, junto a muchos otros funcionarios procedentes de los Servicios de Salud del país, nos incorporamos y fuimos traspasados por este decreto a trabajar -en este caso personal- a esta SEREMI de Salud de la Región de Los Lagos. Por lo tanto, a contar del primero de enero del año 2005, yo soy funcionario abogado de la Subsecretaría de Salud Pública. Como función, en esta SEREMI de Salud, oficina central, estoy a cargo del Departamento de Asesoría Jurídica y soy el jefe.

Bueno, eso en primer lugar, y como ya señalé..., la reforma al Sistema de Salud se inicia con la vigencia de la ley 19.937, que modifica el antiguo decreto de ley 2.763 del año 1979, que como recordamos, revalorizó al Ministerio de Salud, deroga el Servicio Nacional de Salud y en ese tiempo, a contar del primero de Agosto del año 1979, se inicia

la vigencia de los Servicios de Salud del país. Esta ...digamos, readecuación de los Servicios de Salud a contar del año '80, significó que en la práctica se concentraran en las propias jefaturas de los Servicios de Salud del país las labores normativas, reguladoras y fiscalizadoras de las políticas, planes y programas del Ministerio de Salud; y esto de alguna manera complicaba a la gente, por que veían en los Servicios de Salud, a los jefes que eran "juez y parte". Sin embargo, esta situación varía con la reforma sanitaria, que en uno de los aspectos es la desvinculación de ciertas funciones del Ministerio que las concentra en una Subsecretaria, denominada como Subsecretaría de Salud Pública. En ella se deciden las políticas que van a cumplir las SEREMI del país: las Secretarías Ministeriales Regionales de Salud; y se crea una Subsecretaría de Redes Asistenciales, a nivel de Ministerio, que esta cargo exclusivamente de los hospitales públicos, y en general de la red asistencial, incluyendo institutos, consultorios, CESFAM, postas, que están traspasadas a la administración municipal, pero que de alguna manera constituye lo que se llama como Sistema Nacional del Servicio de Salud. Entonces, a raíz de la implementación de esta reforma con la ley 19.937, se crean dos Subsecretarías con roles bien definidos: la Subsecretaría de Salud Pública y la Subsecretaría de Redes Asistenciales. ¿Qué es lo que hace que se separen estas funciones? Respecto de la Subsecretaría de Salud Pública, las SEREMI del país, que a su vez pueden crear oficinas provinciales, nosotros en la SEREMI de la décima región de Los Lagos, tenemos una oficina provincial de la SEREMI en Osorno, en Chiloé, una delegación de firmas y un testigo de Palena. Y como sabemos, ya se desvinculó de nosotros lo que correspondía a la SEREMI oficina provincial de Valdivia, por que ahora son oficina propia como SEREMI de Los Ríos.

Bueno, la separación de funciones, a juicio del Ministerio de Salud, tiene que ver con los roles que cada uno cumple. Así en la SEREMI de Salud, léase Oficinas Provinciales de Salud, léase Subsecretaría de Salud, quedan los roles de fiscalización de todas las áreas del código sanitario, y sus reglamentos complementarios. La ejecución de acciones de salud pública, que pueden realizarse a través de terceros o directamente: ¿Cuáles con estas acciones de Salud Pública? Son lo que se denomina el "PAI", la vacunación, lo que se denomina como la entrega de leche, lo que se denomina en general toda política nacional emergente respecto de patologías nuevas que aparezcan en el país. El tema del diagnóstico y la vigilancia epidemiológica, eso lo tiene que ver el SEREMI; y, la potestad, la acreditación de estos establecimientos de salud, tanto públicos como privados. Todas estas actividades y funciones, hoy están radicadas en la SEREMI de Salud del país. ¿Qué es lo que quedó en los Servicios de Salud? En los Servicios de Salud quedó la articulación y desarrollo de la red asistencial, es decir, la atención directa de los enfermos, incluyendo la atención en los establecimientos de atención primaria de salud, aquellos que están traspasados a la atención primaria municipal como son los consultorios generales urbanos

y generales rurales, las postas y las atenciones médico-rurales. Quedaron las acciones de integrar el fomento, protección y recuperación de la salud, y rehabilitación de los enfermos. Esas acciones, que van directamente en beneficio de las personas enfermas, quedan radicadas en los Servicios de Salud, que a través de los hospitales públicos o privados, de los consultorios, de las postas y de las instituciones particulares, deben ser ejecutadas por esto. Esta es la gran diferencia en lo que tiene que ver con estos dos roles que hoy día se enmarcan dentro de esta fusión. Además hay otras funciones, en las SEREMI está el cumplimiento de las normas, vigilar el cumplimiento del plan, programas y políticas nacionales que bajan a nivel regional, las acciones que mandan el código sanitario, la fiscalización a las empresas e industrias, la fiscalización de salud pública, la accidentabilidad en las empresas, que nosotros vivamos en un ambiente libre de contaminación...Esas son acciones que deben cumplir los funcionarios de los SEREMI de Salud Pública. Tenemos que adoptar las medidas preventivas para que la gente no se enferme, otorgar las utilizaciones sanitarias para que funcione una fábrica, para que funcione un taller, para que funcione una escuela, un parvulario, etc.; y tenemos que trabajar coordinadamente en algún aspecto con la red asistencial, por que en la parte epidemiológica, si hay un plan de vigilancia, por ejemplo del hanta, o del cólera, o de la marea roja, por cierto que a nivel regional, como décima región, nosotros tenemos que cumplir políticas, es quehacer nuestro, porque no tenemos seguramente marea roja en nuestro país, pero esta situación en caso de enfermedad se debe coordinar con los hospitales: hay una coordinación. O un caso de hanta, que se da en el sector sur de nuestros país, si nosotros detectamos un caso de hanta a través de la información que nos otorgue el servicio de urgencia, se informa al SEREMI de salud y los funcionarios de epidemiología hacen el estudio del reservorio, de en qué circunstancias se produjo esta enfermedad, se produce un seguimiento tanto al ambiente como a las personas. Esto se hace coordinadamente con la red asistencial, con el hospital, con el Servicio de Salud, con los funcionarios encargados.

Entrevistador: ¿Ustedes como SEREMI, pueden fiscalizar la labor del Servicio de Salud?

L. Mancilla: Claro, nosotros la fiscalizamos en cuanto a que nosotros debemos acreditar los establecimientos asistenciales. Es labor y función de la SEREMI visitar los sectores de riesgo de enfermedades de los hospitales, como por ejemplo: las cortinas, los elementos y equipos de radiografía, donde hay elementos esterilizados, el sector de basura, los accesos para la gente y los funcionarios, el entorno. De alguna manera, esa es la labor que hoy en día está radicada en los SEREMI, lo mismo puede acreditarse y vigilarse, el cumplimiento de estas normas en los hospitales privados, los institutos, en centros médicos privados, odontológicos, los centros de enfermería, en los botiquín de las clínicas,

de las mutuales, de las FF.AA. integradas, etc. Esa es una labor que también se debe realizar desde nivel SEREMI o desde las oficinas provinciales locales.

Entrevistador: En el caso de las redes asistenciales, por parte de los Servicios Públicos de Salud, ¿ellos pueden trabajar con las redes privadas o no alcanzan a tener ese impacto?

L. Mancilla: Es una materia interesante tu consulta, si nosotros recordamos que ya hace varios años ya, se está implementando el sistema GES –antes auge- efectivamente el sector privado puede desarrollar estas actividades, cuando el sector público no puede desarrollarlas. Por ejemplo, se debe realizar una operación de urgencia, donde no hay el equipo sofisticado en el hospital (porque se echó a perder), pero lo tiene una clínica de hospital privado, entonces puede perfectamente, ante la ausencia de recurso de infraestructura, la Ley permite generar convenios con instituciones privadas de salud. La ley permite esta situación, otro ejemplo, ante una situación de huelga de funcionarios, la que impida efectuar por ejemplo, operaciones de cadera, operaciones delicadas, y hay convenio vigente con una clínica u hospital privado, perfectamente esta persona acogida al AUGE, va a ser atendida en este establecimiento del convenio.

Entrevistador: Antes, en el sistema antiguo, ¿el SEREMI y el servicio de salud, estaban en la misma institución articulados?

L. Mancilla: No, eran entidades del mismo Ministerio, pero el rol de las SEREMI, era un rol de cumplimiento de normas, pero no era directamente de ejecución de acción. No tenía ese rol, era un rol más contemplativo, por ser los Servicios de Salud del país autónomos, por que tienen personal propio, recursos propios, entonces la situación directa de vinculación era con la subsecretaría de salud. Por esta situación jerárquica, la gente no entendía para qué estaba la SEREMI, cuando no podía resolver muchas cosas. En circunstancias en que hoy, si tiene definidos los papeles, los roles de una y otra entidad.

Entrevistador: ¿Cuáles, cree usted, deben ser las principales características que debe tener la implementación de la reforma de la salud a nivel de la comuna de Puerto Montt, para representar resultados óptimos?

L. Mancilla: Bueno, la comuna de Puerto Montt, es una comuna más, de las “treinta tantas” que son, incluyendo las comunas de la provincia de Osorno. Treinta y dos creo que son las comunas que tenemos aquí como SEREMI de Salud, que tenemos que atender. La comuna de Puerto Montt es muy grande, es importante. En general en Puerto Montt, se está haciendo un buen trabajo con la red asistencial, con el hospital de Puerto Montt, con

la dirección del servicio de salud y con los establecimientos de atención primaria, que son administrados por la municipalidad, el alcalde, don Rabindranath Quinteros. Entonces mayormente hay una permanente coordinación para que la SEREMI pueda acreditar escuelas saludables, por ejemplo. Para que junto con el Servicio de Salud se hagan los diálogos ciudadanos, para que la comunidad organizada de Puerto Montt participe en los consejos consultivos de la SEREMI, es decir, hay una actividad relevante, con la permanente presencia del SEREMI de salud, y por cierto, cuando corresponde a una situación más puntual, de implementación de un CESFAM (Centro Comunitario de Salud Familiar), Consultorio, una apertura de CESFAM ha resultado en Puerto Montt o lo que fue el CESFAM en Anahuac, está presente el Servicio de salud y la autoridad, en este caso cuenta con la representante de la señora Ministra en la región, nuestra SEREMI de Salud Marcela Alvial. Así que hay una coordinación, que yo pienso que ha sido buena, siempre colabora la Municipalidad con el SEREMI en muchos aspectos, y tiene que ser así por que ellos también como Municipalidad, tienen que ver con aspectos sanitarios en la comuna.

Entrevistador: ¿Los CESFAM, todos los consultorios, las postas, responden a la subsecretaría de redes asistenciales, que trabajan en conjunto con la municipalidad y ustedes son los que supervisan?

L. Mancilla: Claro, exactamente, supervisamos la acreditación como tal.

Entrevistador: ¿Cuáles cree usted, que son los actores sociales relevantes que han intervenido en el desarrollo de la reforma en la comuna de Puerto Montt?

L. Mancilla: Bueno, los actores más relevantes que se me vienen a la memoria, fueron la comunidad organizada, las juntas de vecinos, las uniones comunales de juntas de vecinos, que participaron, en los distintos gremios, los comité de salud de los sectores rurales, las Universidades también han colaborado y siguen colaborando, las escuelas de salud de la zona, como Inacap, Santo Tomás, San Sebastián; ellos han participado con nosotros haciendo seminarios y jornadas en que la SEREMI ha participado, los gremios de la salud, importantes. Ellos han ayudado a implementar la reforma sanitaria; las autoridades, con su apoyo permanente y su presencia en todo tipo de actividades, los gobernadores, los alcaldes, entonces le dan impulso a estas actividades, que todavía a nosotros los ciudadanos nos falta conocer, allí creo que hay un déficit, a la comunidad le falta conocer con mayor fuerza, qué hace un servicio de salud, qué es la red asistencial y qué hace la SEREMI. Y no solamente diría yo, hace falta conocimiento por parte de la comunidad, sino que también por parte de las autoridades, que como sabemos se están renovando, los Concejales, son personas nuevas, muchos son jóvenes y no tienen en mente todavía estas normativas nuevas que están siendo impulsadas por el gobierno. Entonces falta

conocimiento, hay que capacitar, hay que educar, a las autoridades y hacer encuentros con los Concejales, con los Consejeros regionales, que también hay que señalar, que los gobiernos regionales han aportado y colaboran permanentemente en entrega de presupuesto para levantar postas, para levantar consultorios en comunidades donde están afectados, donde hay que reponer postas porque ya han cumplido sus años de vida útil cumplidos. Esos serían los actores principales que yo he visto que han trabajado hartito con la reforma sanitaria.

Entrevistador: En ese sentido, usted cuando hace una comparación de lo que ha sido la reforma a nivel nacional, con lo que ha sido a nivel local, ¿cómo ha visto usted eso?

L. Mancilla: Bueno, yo creo que hoy día hay más formas lograr cualquier cosa, no es lo mismo cómo se implementaron los Servicios de Salud el año '80, '79, porque en ese tiempo de partida no se conocía un proyecto de ley, habían cuatro caballeros que constituían la Junta de Gobierno, dictaban las leyes y los funcionarios debían acatarlo, lo que se dictara. Sin embargo, hoy día, tenemos un parlamento, que como ustedes saben hay varias leyes que abarca la reforma sanitaria, sino que hay otras normas complementarias, es conocido por la TV, es conocido por Internet, la labor legislativa, los Ministerios tienen sus páginas web, los profesionales de salud, la implementación es más rápida a través de los celulares, se puede fácil coordinar una actividad, hay más medios de comunicación –escritos y radiales– para dar a conocer lo que se hace, eso es bueno, aunque creo que aún falta mayor presencia de estos roles de comunicación.

Entrevistador: Entonces, ¿usted piensa que se ha equilibrado de cierto modo el desarrollo local con el nacional?

L. Mancilla: Bueno, de cierto modo yo creo que en Puerto Montt junto al desarrollo económico y poblacional que ha tenido el desarrollo industrial, yo creo que también ha estado a la par con el desarrollo normativo del sector de salud, como hay otro del sector justicia, que se yo. Pero yo creo que Puerto Montt es una excepción a como ciudad, porque precisamente el desarrollo económico-industrial-poblacional, ha acarreado que esta labor tenga mayor difusión, por ejemplo tenemos un barrio nuevo, un sector nuevo grande, que es Alerce, y usted puede ver un excelente CESFAM, Consultorio administrado por un enfermero destacado y con buena instrumentación, la gente recurre allá, el mismo FONASA, y han incorporado oficinas en distintas partes, ya no sólo se venden los bonos en la oficina central, sino que en otros sectores. Entonces yo diría que ha tenido un desarrollo a la par, del desarrollo económico-industrial que ha tenido Puerto Montt.

Entrevistador: Dentro de los actores relevantes que me nombraba, que usted consideraba que participaban en el desarrollo de la reforma, ¿a usted le parece que han quedado

algunos actores afuera?, ¿algún actor que se haya marginado, que no haya querido participar?, ¿algún actor que haya reclamado, que haya quedado excluido?, ¿o todos han sido favorablemente incorporados?

L. Mancilla: Yo diría que paulatinamente se han ido incorporando... Nosotros hace cinco, seis años atrás cuando se inicia el proceso de estudio de este Proyecto de Ley sobre la reforma sanitaria, por ejemplo, no teníamos desarrollado un Servicio Nacional del Adulto Mayor, no teníamos la presencia de hoy día, y ellos son relevantes, en manejo del control y vigilancia como en este minuto de los sindicatos, de los pescadores, investigadores, hay gente que trabaja en Angelmó, la gente pescadora de la Federación de Pescadores de Chiloé, en Quellón, en Ancúd. Hoy ellos están más concientes de ese rol, que necesitan dar a conocer, denunciar, aquellos que infringen las normativas en este caso de marea roja, por que es su fuente de trabajo. Nosotros como SEREMI, junto al jefe regional de Acción Sanitaria, que tiene a cargo todo el tema de esta área, estuvimos con el presidente de la Federación de Pescadores de Chiloé, don Jorge Aranguiz y de Castro, y estuvimos viendo y conversamos sobre cómo ellos nos reclaman que a veces se necesita más presencia de personal en el mar, pero nosotros no tenemos más personal, la Oficina Regional de Quellón es muy chica, al igual que la de Quellón, las reglas sanitarias en Chacao y personal en Castro, entonces espero la labor que ellos realizan, ellos conocen, denuncian y saben quiénes son los que están “remando en contra de la corriente”. Entonces esta presencia es importante, el SENAMA, el INJU (el Instituto de la Juventud), también han sido cooperadores, que seguramente al inicio de la reforma no estuvieron presentes, porque no se conocía, porque también el colegio de médicos se opuso a esto, especialmente con la Ley del AUGE, con alguna leyes que no dejaron avanzar a la Reforma Sanitaria, recordemos que la ley 19.937 es una de las leyes, pero hay pocas leyes como la ley de financiamiento, tenemos otras leyes como la del deber y derecho de las personas a la salud, que está por salir, está en trámite, tenemos otras leyes que están en proyecto que es el sistema de AUGE, la ley del AUGE, que este año ya están incorporadas las cincuenta y seis patologías, y para el otro año, la ministra ha dicho que se van a incorporar cinco o seis más, entonces está el sistema que la gente recién está conociendo, como es que antes de reclamar judicialmente, antes de hacer una demanda por negligencia médica, por casos y situaciones dolosas que puedan ocurrir en los hospitales públicos o privados, está el sistema de mediación, que se realiza según sea la diligencia en un sistema público o privado de salud, y eso la gente lo está conociendo. Todo esto es parte de la forma en que la gente expresa su derecho a forma de vida, en forma responsable, entonces yo creo que hay estos actores que yo le he señalado, los diferentes asociaciones de gremios de antialcohólicos, de rehabilitados de alcohólicos, que también se han incorporado, las personas que están enfermas de VHI, SIDA, que son grandes

agrupaciones, son colaboradores importantes, todas aquellas agrupaciones de pueblos originarios, los pueblos de orígenes que está a cargo de los Loncos o los Caciques en Chiloé, en Llanquihue, en la provincia de Valdivia, Osorno. Entonces han tenido la presencia importante, que antes no tenían salud, hoy día vemos farmacias con elementos y medicina tradicional mapuche, eso hace cinco años no estaba, es parte de esta reforma sanitaria que lo contempla esta ley 19.937, que yo les señalaba. Así que, de a poco, yo creo que han ido incorporando personas, nos cuesta todavía participar, yo le puedo decir que la vacunación contra la rubéola de jóvenes varones de tal a tal edad, ha sido lenta, a lo mejor nosotros tenemos un poco de miedo a vacunarnos, pero yo creo que lentamente se va corriendo el rumor de que esto es bueno y que es para el bien de las personas. Yo creo que en la gente en general, están siendo bien percibidas estas instituciones, de la SEREMI por un lado y el servicio de salud con su red asistencial.

Entrevistador: ¿Cuáles dos desafíos relevantes cree usted, han quedado en el tintero en esta reforma de la salud?

L. Mancilla: Un desafío importante como Abogado, que llevo ya treinta años de actividad, una cosa importante es profundizar en lo que es nuestro, es el tema de la “Semana Santa” y el tema de “marea roja”. Todos los días, lamentablemente, personas que trabajan en el mar, pescadores artesanales, dueños de lanchas, gente que no es sindicalizada, gente independiente, todavía no cree en que hay de alguna manera, mariscos que están contaminados con distintos “bichos”, que son amnésicos, paralíticos, que causan parálisis, que trae la “marea roja”. Esta es la actividad que como ministerio, como SEREMI, se mantiene todo el año, pero se intensifica para esos días, un mes antes mas menos, de la “Semana Santa”, y esto es doloroso, porque nosotros vemos, a mi me ha tocado ver, esto es muy feo, el examen de la toxina del veneno paralizante, se hace con ratones en los laboratorios nuestros, ahí se hacen los chequeos, y entonces se sacan ciertas partes de los organismos de las cholgas, de los mariscos nuevos, y se hace como un líquido, el cual se le da de beber a los ratones y uno ve como mueren. Esta es una realidad que la gente no conoce, ésta es una toxina mortal, toxina paralizante, toxina de “miechica”, que está en retirada, pero no la tenemos todavía en retirada. Entonces esa es la parte que hay que incentivar, que hay que fortalecer.

Otra actividad relevante, en que yo insisto, que me parece es el incentivar en los roles, en la publicidad, en la transformación que ha tenido el ministerio de salud. Un organismo independiente, que nosotros sabemos cómo se ha transformado, excelente! Otro organismo que se ha modernizado es FONASA. A mi me gustaría que el SEREMI o los servicios de salud tuvieran ese mismo rol, que la gente supiera, porque nosotros como SEREMI, recibimos mucha gente que reclama por la no atención, pero ese no es rol

nuestro, en alguna manera nosotros tenemos que recibir estos reclamos y derivarlos donde corresponda. Porque la gente se siente a veces un poco postergada, pero no es el rol nuestro, si la gente supiera, recurriría directamente a la oficina de reclamos del hospital o servicio de salud, y sería todo más rápido. Así que lo mío pasa por el SEREMI de salud, en que recibe muchas quejas o reclamos, de gente de labor que hacen los inspectores de sanidad, labor fiscalizadora, entonces esa es la labor que yo creo que se necesita fortalecer, el marketing, la publicidad, el dar a conocer mejor el rol del SEREMI de salud en donde a mi me corresponde trabajar.

Bueno y en cosas más internas, sería reabastecer la parte de recursos humanos del SEREMI de salud, porque salvo el próximo año 2008, en estos tres años de vigencia de la ley de reforma sanitaria, las funciones, prácticamente han sido cumplidas con el mismo escaso personal que se traspasó desde los servicios de salud al SEREMI. Entonces no ha sido una atención oportuna como uno quisiera, por falta de recursos. Hoy día los parlamentarios, las autoridades, reclaman más por los vertederos, por los basurales, por la forma cómo se tratan los mataderos, por la calidad de algunos locales, entonces hay que hacer las inspecciones y visitas, y a veces falta personal. Hay una labor importante también que la realiza la Contraloría, que pide informes y visitas, y a veces no hay el personal suficiente porque se junta con otras visitas que solicita la Cámara de Diputados o la Presidenta de la República, o también el ministerio, entonces falta una labor más de presencia del personal en terreno, y esperamos que el otro año haya un aumento de personal, para cumplir en mejor función estos roles que tiene el SEREMI.

Entrevistador: ¿Usted es el encargado jurídico de la SEREMI de salud de la región de Los Lagos?

L. Mancilla: Sí, antes era de las cinco provincias, ahora son cuatro.

- **Entrevista Nº 2**

Nombre de la entrevistada : Valeria Argel.

Institución : Unión comunal de las Juntas de Vecinos de Reloncaví.

Cargo : Presidenta de la junta de vecinos del sector de Pelluco.

Lugar de la entrevista : Sede Unión comunal de las Juntas de Vecinos de Reloncaví.

Responsable de la entrevista : Luís Garrido Vergara (investigador a cargo).

Fecha : 18 de Diciembre de 2007

Hora : 10:00 hrs.

Entrevistador: ¿Podría presentarse contando quién es?, ¿a qué se dedica?, y ¿cuál es su relación con el Sistema de Salud en Pto. Montt?

V. Argel: Hola, mi nombre es Valeria Argel, soy presidenta de la junta de vecinos de Pelluco. Esto queda a cuatro kilómetros del centro de Puerto Montt, es un sector mixto, tenemos una parte urbana y una parte rural. Aproximadamente son tres mil habitantes. Bueno, Pelluco se caracteriza por ser la bohemia de Puerto Montt, así que tenemos varios problemas que tenemos que superar, pero de a poco se ha ido ordenando “la casa”.

Entrevistador: ¿Hace cuánto usted trabaja en la junta de vecinos de Pelluco?

V. Argel: Empecé con esto el año 2003, a finales del 2003, como directora. Ahora no, a partir del 2005, salí presidenta, mi gestión termina al final del próximo año. La experiencia, he tenido harta responsabilidad, hay que estar encima de todos los problemas puntuales.

Entrevistador: ¿La participación en la reforma de la salud, ha sido a través del consejo consultivo del hospital?

V. Argel: No, yo conocí el consejo consultivo hace tres o cuatro meses atrás, me invitaron a participar en unas charlas en el hospital. La verdad es que a mi me gustaría participar,

pero por razones de horario yo no puedo seguir participando, porque la mayoría de la gente que participa son funcionarios, entonces ellos adecuan sus horarios y no piensan más allá en las personas. Entonces yo quedé fuera de las elecciones, no quedé con ningún cargo, más que tener un cargo, más que nada es entregar mi mirada como usuaria.

Entrevistador: ¿En la reforma de la salud, usted ha participado?

V. Argel: Nada, no tengo idea, con decirle que con suerte he podido averiguar un poco lo que es la reforma, porque tampoco ha habido una capacitación en cuanto a los dirigentes, o mayor interés, están como en un círculo bien cerrado. Entonces acá por lo menos en Puerto Montt no, o sea si yo sé del AUGE es por a través de Internet. Porque hemos tenido problemas con mi comunidad, con mis vecinos, he tenido que aprender, pero ha sido por circunstancias que nos ha llevado a aprender sobre el tema AUGE, pero no es algo que uno tenga conocimiento claramente, y además que a nosotros nos llegan las necesidades reales.

Entrevistador: ¿Usted no ha sido invitada a participar en la reforma?, o como junta de vecinos ¿han tenido instancias de diálogo con ciertos sectores que han desarrollado la reforma de la salud?

V. Argel: Te vuelvo a repetir, nosotros acá como junta de vecinos y como unión comunal de juntas de vecinos, a la que nosotros estamos asociadas, no hemos recibido así como una invitación muy amplia, se habla mucho de participación ciudadana, el hospital, yo entiendo que ellos son un servicio con horarios un poco complicados, pero también nosotros somos dirigentes, entonces los horarios de repente no han coincidido, o sea no pueden hacer una reunión a las dos de la tarde.

Entrevistador: Más allá de los horarios de reunión, no han distribuido panfletos, información, o básicamente ha sido displicente el tratamiento?

V. Argel: Ahora, desde hace un tiempo, el hospital sí ha traído información, pero a lo mejor no es lo que se requiere, la verdad que es una “lata” tanto papel, porque no todos lo miramos, en ese caso yo prefiero una charla con retroproyector, eso queda más en la vista que el papel. O sea se debieran preocupar más en ese sentido, en todas las charlas te llenan de papeles, y de repente uno no tiene tanto tiempo para leer tanto papel, yo prefiero una charla en donde me muestren diapositivas.

Entrevistador: A nivel de la unión de juntas de vecinos, ¿ha habido reuniones con las autoridades de los Servicios de Salud, para ver el tema de la reforma?

V. Argel: No, aquí el año pasado a través de la unión comunal, se trajo a todo lo que era el ministerio de salud, Llanchipal, directores de colegios, mira y coincidentemente el único que faltó fue el SEREMI de salud. Entonces sin la “cabeza” no funciona. Vinieron todos menos el SEREMI de salud, que debe haber sido porque estábamos justos, porque citamos a más de ciento veinte juntas de vecinos de la unión comunal, y no vino la SINAP. Yo todavía estoy esperando varias respuestas a situaciones que propuse, porque la salud es amplia, es muy amplia.

Entrevistador: A nivel de la unión comunal de las juntas de vecinos, ¿ha sido un tema importante la reforma de salud en Puerto Montt?, ¿has sido un tema que se ha discutido entre los dirigentes?

V. Argel: Mira, yo personalmente lo tomé como presidenta de la unión comunal acá, pero no sé si fue el momento o no, pero como que no interesó mucho. Ahora, yo creo que el tema de la salud, es uno de los temas principales, porque uno es usuario directa, o sea yo no tengo la plata y la gente que me respalda tampoco tiene la plata, para irse a una clínica y pagar “veinte lucas” por una atención. Debiera ser un tema importante, a mi me gustaría abordarlo, yo creo que ya el próximo año, me gustaría llevar a la gente de salud a mi junta de vecinos.

Entrevistador: Según lo que usted ha visto hasta ahora, con la información que ha logrado observar y según la realidad de la comuna, ¿cuáles cree usted que deberían ser las características más importantes de la reforma de la salud en Puerto Montt, para tener un éxito?

V. Argel: Obviamente más médicos, porque usted va a “urgencia” y hay dos médicos para un millón de personas. Personalmente yo, no he tenido muy mala experiencia, tengo una hermana con cáncer, la llevamos y en un segundo la atienden. Cuando la llevamos a tratamiento, hay gente que está esperando horas, como la gente no o si grita mucho no la “pescan”. Entonces más que características, hay que cambiar un poco la calidad, un poco más de criterio. Hay vecinos que yo he acompañado al SAPU y le dice –ah, váyase a “urgencia”- y de “urgencia” lo mandan al SAPU, del SAPU al consultorio, pasa al consultorio y le dan hora para una semana más, entonces al final es un poco complicado, porque uno lo mandan para acá y para allá. Eso más que nada y también falta un poco de saber, por ejemplo si a mi me duele la cabeza, súper fuerte, saber si tengo que ir “urgencia” o tengo que ir al SAPU, o el SAMU también. Lo mismo el tema de las ambulancias, también es súper complicado, por ejemplo llaman a la ambulancia y no llega, me llaman a mi como presidenta, yo llamo a la ambulancia, intervienes tú como presidenta, y me preguntan –¿el enfermo puede caminar?-, yo contesto que sí y te dicen

que tiene que llegar por sus propios medios. En el caso específico de Pelluco, estamos a cuatro kilómetros, si bien es cierto a tres minutos en auto, pero no todos tenemos auto, después de las diez de la noche nosotros no tenemos movilización, tenemos que pagar taxi o radiotaxi o pedirle a alguien que se apiade de llevarnos. Yo creo que hay que tomar varios aspectos acá, muchos aspectos.

Entrevistador: En ese sentido, ¿cuáles son los principales actores que debieran estar presentes activamente en la reforma de la salud?

V. Argel: La salud es un tema súper amplio, y yo creo que nadie debería quedarse afuera.

Entrevistador: ¿Usted cree que esta reforma, hay actores que se han quedado afuera, que no han sido considerados?

V. Argel: No, osea yo creo que la comunidad, la gente, que somos lo primordial, hemos quedado afuera, porque a nosotros no nos han preguntado si queremos un Hospital casi saliendo de Puerto Montt. Ahora, vuelvo a tomar el tema de Pelluco, mira esté acá arriba, en Seminario el hospital o esté allá arriba en Chin-chin, para nosotros es el mismo problema porque tenemos que tomar doble movilización. Ahora, para la gente de la Carretera Austral, va a ser más complicado. Igual yo entiendo que por el espacio, se van allá arriba. Pero yo creo que deberían haber hecho otro Hospital del Trabajo, o si los consultorios estuvieran mejor equipados en cuanto a personal, no habría tanta gente en el Hospital.

Entrevistador: Cuando usted ve a nivel nacional, toda la propaganda que se hace, todo lo que se habla de la reforma, ¿cómo lo ve a nivel local?, ¿siente que existen realidades distintas?

V. Argel: Por supuesto que sí. Para todo tienen Piroxicam y Aspirina. Te vuelvo a insistir, si yo sé algo, es porque estoy viviendo cuento personal con un enfermo, tengo una hermana con cáncer, y me he tenido que meter, para ver todo el tema AUGE para mi hermana, y como dirigente vecinal también para estar informada, porque hay muchas cosas que uno desconoce también. Hay algunos SAPU en Puerto Montt, en que si tú vas te dan remedios, pero si vas a la “guardia” no te dan remedios (aquí la “guardia” es “urgencia”). Entonces es mejor ir al SAPU, que te van a dar un calmante, pero por último tú vas a tener opción de estar unos días, mientras te llega la hora del consultorio. Entonces más recursos más que nada.

Entrevistador: ¿Usted podría nombrar dos grandes desafíos para la reforma?

V. Argel: Es bueno que se incluyan hartas enfermedades, pero también que incluyan en esa reforma, tratamientos específicos para la gente que vive fuera de los sectores urbanos. Se habla de tanta reforma, pero se hace en cuatro paredes, es lo mismo que está pasando con el “Plan cuadrante”, a mi si bien es cierto, ha funcionado en mi sector, pero se hizo bajo cuatro paredes. Por ejemplo, nuestra jurisdicción es súper grande, pero solamente contemplaron un sector, entonces no puede ser, Puerto Montt no es solamente un balneario, osea es mucho más que eso. Entonces que la gente que hace la reforma, que sea gente de todos lados, que no sea sólo gente de Santiago o de Arica, de gente que vive allí en pleno sol, y nosotros acá tenemos que el noventa y cinco por ciento del año llueve. Entonces esas condiciones, yo creo, que también deberían tomarlas como desafío, yo creo que una nueva reforma que contabilice lugares, clima...esas cosas yo creo.

- **Entrevista Nº 3**

Nombre de la entrevistada : María Angélica Alarcón Contreras.

Institución : Federación Nacional de Trabajadores de la Salud de Puerto Montt.

Cargo : presidenta de la FENATS del Hospital del Puerto Montt.

Lugar de la entrevista : Hospital de Puerto Montt.

Responsable de la entrevista : Luís Garrido Vergara (investigador a cargo).

Fecha : 19 de Diciembre de 2007

Hora : 9:00 hrs.

Entrevistador: ¿Podría presentarse contando quién es?, ¿a qué se dedica?, y ¿cuál es su relación con el Sistema de Salud en Pto. Montt?

M. Alarcón: Mi nombre es María Angélica Alarcón Contreras, yo soy presidenta de la FENATS del Hospital del Puerto Montt. El AUGE para nosotros, ha sido beneficioso en el sentido de usuarios. En el sentido de funcionarios, ha sido difícil, porque hemos tenido que absorber todo lo que es el plan AUGE, con todas las falencias que tenemos como Institución: falta de recursos humanos, en todos los sectores, tanto el médico, especialistas, profesionales, paramédicos, auxiliares y administrativos; falta de equipamiento en los hospitales, el problema de las camas; que no tenemos las camas suficientes para atender “todo lo que se viene encima”. Y el gran problema es que hay muchas patologías que tienen “tiempo de espera prudente”, osea que tienen plazos, en que tiene que ser atendidos, en 24 hrs., 72 hrs., de las atenciones, y eso ha hecho que el resto de las enfermedades que no son “AUGE”, se han ido postergando. Se le da prioridad al AUGE, y el resto que no esta enferma en el AUGE, tiene que esperar.

Entrevistador: En la reforma, ¿se han contemplado beneficios para los trabajadores de la salud?

M. Alarcón: Económicos, ninguno.

Entrevistador: ¿Ustedes han participado en el proceso de implementación de la reforma?, ¿no han llamado a los trabajadores a participar en seminarios?

M. Alarcón: No, ahora último, se ha tratado de incorporar a los funcionarios. Por ejemplo, esta reforma ha traído lo que es el “hospital amigo”, la apertura de los hospitales hacia la comunidad. En principio la idea, de este proyecto es muy buena, pero no existe una implementación, por lo tanto ha venido a ser como un caos en los hospitales. No tenemos salas de espera para los familiares, no tenemos baños para los familiares, entonces cuando vienen las visitas, que están todo el día dentro del hospital, es un desastre, es un caos.

Entrevistador: Acá en Puerto Montt, ¿cómo se organizan los trabajadores de la salud?, ¿hay más sindicatos que están participando?

M. Alarcón: Hay más sindicatos. El problema radica en las organizaciones gremiales, al interior de los establecimientos, se han ido duplicando, se han ido aumentando pero en diferentes organizaciones, se han ido dividiendo los trabajadores. Porque en principio era una política de gobierno dividir, para que así pudiera ingresar la reforma y que no hubiera ninguna objeción. Eso por parte del gobierno, lo lograron. Eso ha hecho que en algunos hospitales funcione muy bien, pero también hospitales que funcionan muy mal, porque estamos más divididos que en otros hospitales.

Entrevistador: Pero aquí en Puerto Montt, ¿la FENATS es la tiene la mayor convocatoria?

M. Alarcón: En la FENATS Histórica sí, existe la FENATS Unitaria, que ha venido a ser no beneficioso, por ejemplo en el mismo paro anterior se vio. En el paro anterior, los que convocaron el paro, fue la FENATS Histórica, con un alto porcentaje a nivel nacional, y como la CONFENATS no firmó la negociación que teníamos del sectorial, en ese entonces, firmó la otra organización que era totalmente la Unitaria. Entonces ellos están con un propósito, que no es para el bien de los trabajadores.

Entrevistador: ¿La FENATS Unitaria se construye en Puerto Montt, a partir de los consultorios..?

M. Alarcón: No, los consultorios no tienen nada que ver con nosotros. Ellos son “salud municipalizada”. La FENATS Unitaria existe en algunos hospitales, en algunas regiones. En estos momentos, la FENATS Unitaria tiene más fuerza en esta región, porque en otras regiones ha ido “muriendo” y casi ya no queda. En esta región sí queda todavía, y nos ha costado más porque el que organizó la división a nivel nacional, era dirigente de acá.

Entrevistador: ¿Osea que en los hospitales existe FENATS Unitaria también?

M. Alarcón: Existe FENATS Unitaria también.

Entrevistador: ¿Se relacionan con ustedes?

M. Alarcón: En algunas cosas, por ejemplo cuando hay negociaciones, ellos se mantienen al margen, pero esperan el momento para ir a firmar cuando los llama el gobierno.

Entrevistador: Usted cuando compara la apreciación a nivel nacional de la reforma versus la que ha existido a nivel comunal o a nivel regional en Puerto Montt, ¿usted ve que hay ciertas diferencias, de grandes proyectos nacionales, que aquí en la comuna no están muy representados?, ¿o es similar la situación de los trabajadores de la salud?

M. Alarcón: No, es similar a nivel nacional. Lo que pasa que la reforma en sí, todavía no se ha ido evaluando, en cómo van los procesos de las patologías. Recién ahora se está haciendo un estudio y se están dando cuenta, que hay metas de las patologías que no se están cumpliendo. Entonces ahora se van a empezar a ver las falencias.

Entrevistador: Brevemente, usted me podría decir dos desafíos que la reforma no ha logrado hacer en función de los trabajadores?, ¿dos desafíos importantes que la reforma no ha contemplado con respecto a los trabajadores de la salud?

M. Alarcón: En la negociación sectorial, fuimos los más perjudicados de todos los otros sectores que tienen que ver con salud. Ellos han recibido muchos más beneficios que nosotros, en el fondo nosotros hemos sido castigados. Porque el último paro fuimos nosotros, pero quiénes se aprovecharon del paro, e hicieron sus peticiones, fueron los otros gremios del sector, y a ellos los beneficiaron. Nosotros pusimos la fuerza y salieron beneficiados ellos. Los empleados de la ANEF, que son públicos, igual que nosotros, los que se van por un lado, se van con veinte millones los profesionales, catorce los no profesionales, los administrativos, técnicos y los auxiliares se van con diez millones. Nosotros no tenemos eso, aquí la gente se va solamente con un incentivo de retiro, los que se quieran ir o los que se puedan ir, se van con tres millones, la diferencia con los otros que se van con diez. Entonces hay una tremenda disparidad entre un sector público y otro sector, hay una discriminación por parte de la autoridad.

Entrevistador: ¿Hay alguna cosa que usted me quiera comentar, a modo de conclusión, de lo que hemos conversado con respecto de la reforma de la salud?

M. Alarcón: Bueno, nosotros como dirigentes, sabemos que todo lo que hemos tenido, cada uno de los logros que tenemos, ha sido siempre por la vía de una movilización, nunca, ningún gobierno nos ha dado nada de nada, solamente por ellos creer que lo merecemos. Todo lo que se ha logrado hasta ahora, sabemos que lo hemos logrado siempre con una movilización a nivel nacional. Por lo tanto, sabemos que así vamos a

tener que seguir funcionando por el resto del tiempo, a no ser de que saliera un gobierno que nos reconociera que estos sectores son los que realmente están más complicados.

Entrevistador: Una última pregunta, los trabajadores de la salud, por ejemplo los de consultorio, cuando hay problemas a nivel nacional de salud, cuando hay movilizaciones, ¿cómo se organizan?, ¿osea no tienen nada que ver con la SENAT?

M. Alarcón: No, ellos tienen otro empleador, que son las municipalidades.

Entrevistador: ¿Ellos tienen su federación propia?

M. Alarcón: Ellos tienen la CONFUSAM, la que no está dividida, por lo tanto han logrado negociar mejor.

Entrevistador: Osea si la CONFUSAM convoca a paro nacional...¿ha habido ese tipo de organizaciones en la comuna últimamente.

M. Alarcón: Para el paro del sector público, para la negociación del sector público sí, cuando fue la negociación sobre el aumento de los sueldos ahora a fin de año. Ahí participamos todas las grandes organizaciones de administración. Ahí estaba la CONFENATS, la CONFUSAM, estaba la ANEF, todos los grandes gremios que representan al sector público. Eran catorce gremios y en esa negociación nos reunimos todas.

Entrevistador: Dentro de la salud, ¿los gremios más grandes son la CONFENATS y la CONFUSAM?

M. Alarcón: Claro. La CONFENATS son todos los funcionarios que trabajan en hospitales públicos, y lo otro es la CONFUSAM, que son todos los consultorios. Nuestro empleador es el Ministerio de Salud, para ellos son las municipalidades. Los servicios de salud son nuestros.

Entrevistador: Pero cuando se crean las subsecretarías de redes asistenciales, que ven todos los consultorios...

M. Alarcón: Antes de la Dictadura Militar, la salud era una sola, que su único patrón era el Ministerio de Salud. Con la Dictadura, se dividió en consultorios allá y los únicos que quedaron dependientes del Ministerio, son los Hospitales Públicos y algunos pequeños Consultorios que son adosados a los servicios de salud. Hay consultorios que funcionan dentro de los hospitales, hay consultorios rurales también. Pero la gran mayoría dependen del Municipio. Son diferentes, nunca nos cruzamos en la negociación, ahora se está pretendiendo a que volvamos a ser uno sólo, pero yo creo que van a pasar años de eso.

- **Entrevista N° 4**

Nombre del entrevistado : Rony Torres.

Institución : Unión comunal de las Juntas de Vecinos de Reloncaví.

Cargo : Presidente de la Unión comunal de las Juntas de Vecinos de Reloncaví.

Lugar de la entrevista : Sede Unión comunal de las Juntas de Vecinos de Reloncaví.

Responsable de la entrevista : Luís Garrido Vergara (investigador a cargo).

Fecha : 19 de Diciembre de 2007

Hora : 15:00 hrs.

Entrevistador: ¿Podría presentarse contando quién es?, ¿a qué se dedica?, y ¿cuál es su relación con el Sistema de Salud en Pto. Montt?

R. Torres: Mi nombre es Rony Torres, soy Presidente de la Unión comunal de las Juntas de Vecinos de Reloncaví y más menos estamos en una base de seis juntas de vecinos tanto urbanas como rurales.

Nosotros como organización tenemos la claridad de estar enfocados en todas las necesidades de nuestra comuna, en este caso de los ciudadanos y de los sectores poblacionales. Aparte de ver calles, ver necesidades puntuales, también estamos involucrados con el plan cuadrante, lo que es seguridad y sobretodo los beneficios que está entregando el Estado hacia la comunidad. Dentro de eso, quiero informar más que nada lo que pensamos nosotros sobre la salud en general, también enfocándonos en el plan AUGE. Nosotros pensamos que todos los cambios son positivos, pero lamentablemente el gobierno está cometiendo el error que se ha cometido por muchos años, que es el asunto de no consultarle a las bases. El hecho de no consultarle a las bases provoca lo mismo que ocurre con el Transantiago, una reforma procesal complicada y una reforma de la salud también complicada....por que no sacamos nada, en Puerto Montt se han inaugurado centros de salud, nuevos consultorios y si no hay claridad en la comunidad del para qué se está instalando esto, no sirve para nada. Está bien que haya varias enfermedades incluidas en el plan AUGE, que creo que son alrededor de 80 si no me equivoco, pero si dejar claro de que las falencias que nosotros analizamos son las

siguientes.: la primera es que la enfermedad se tiene que canalizar a nivel de sector poblacional por medio de los centros de salud que están en las diferentes poblaciones; por ejemplo una persona con diabetes o hipertensión, el plan AUGE la cubre pero nos encontramos con la falta de medicamentos dentro de las instituciones, la cual es un hecho relevante que te retrocede. Otra falencia que encontramos es que todo se hace para el sector pobre, pero lamentablemente para la clase media, para los trabajadores que reciben más de ciento cincuenta mil pesos necesitan más apoyo, ya que el sector pobre recibe todo gratis, pero el sector de clase media tiene otro piso sobre ellos y a veces la necesidad es la misma.

Antes de haber instalado el plan AUGE se deben preocupar de la calidad de servicio de las personas que van a estar trabajando en los diferentes centros públicos, no sólo en los de salud, deben tener la claridad y la capacidad de que están estudiando para eso. Aquí en Puerto Montt y a nivel nacional, me extraña que todos los años, dos o tres veces al año, haya paro de la salud, paro de servicios públicos. Por qué el gobierno no crea una jubilación a estas personas, después de una cierta cantidad de años, para que se vaya renovando el personal. Ese es un factor primordial, por que no sacamos nada con seguir llenándonos con recintos de salud, si el personal que está dentro de los recintos, no tiene la claridad, las ganas o la capacidad para poder seguir trabajando.

Entrevistador: Bueno ahora vamos a partir con las preguntas, son aproximadamente cinco. La primera de ellas es dentro de lo que usted señalaba, cuáles son las principales características que usted cree que debiera tener una reforma de la salud en Puerto Montt, para que fuera exitosa, o lo más cercana a exitosa.

R. Torres: Yo pienso, en primer lugar, que la reforma que se coloque nunca va a ser exitosa en un cien por ciento. Por que lamentablemente nosotros tenemos diferentes tendencias de pensamiento, nunca vamos a encontrar algo que sea cien por ciento positivo. Pero si pensamos en primer lugar, mejor calidad de servicio, eso es lo primordial; en segundo lugar infraestructura y en tercer lugar enseñanza a la comunidad sobre las diferentes temáticas de salud, como a los jóvenes en los colegios cada materia, enseñarles para qué está hecho cada plan. A veces hablamos de las 80 enfermedades del plan AUGE, pero expliquémosle a la gente paso por paso, comunidad por comunidad, vayamos a los sectores poblacionales, la gente que este a cargo de esto que trabaje, que se moje y salga a informar con claridad. Así podríamos llegar a un cincuenta, sesenta por ciento de mejoría de calidad de servicio o mejoría de plan.

Entrevistador: En este sentido, ¿cuáles cree que deben ser los principales actores que deben estar incorporados en esta reforma de la salud en la comunidad de Puerto Montt?

R. Torres: Mira aquí tienen que estar incorporados el gobierno, privados, y por sobre todo funcionarios y también la comunidad, pero la comunidad con decisiones. Nosotros estamos aburridos de asistir a reuniones en las cuáles sólo puedes escuchar, y si tú presentas un documento pidiendo modificaciones, no las hacen por que eso viene canalizado desde Santiago. Si las regiones tienen sus intendentes, tienen sus alcaldes, tienen todos sus planes en la región o en la comuna, porqué no descentralizamos? Los problemas de Puerto Montt, los de Santiago o los de La Serena en tema de salud, son todos diferentes. En un cien por ciento, puede que se enlacen en un diez o veinte, pero en el resto tienen características totalmente diferentes. Si vamos a instalar un plan de salud en Puerto Montt, que los actores principales se canalicen en Puerto Montt y que se presenten como conglomerado regional o comunal.

Entrevistador: Hoy día cuando usted evalúa la incorporación de la voz de la comunidad, en relación a la pregunta anterior, que se les llama solamente para contarles acerca del proceso, ¿usted no tiene la capacidad de integrarse en la reforma?, ¿esta situación con la reforma actual, ha sido igual?, ¿no han tenido en ningún momento el pase como para proponer medidas de salud, para presentar propuestas para garantizar un desarrollo en la comuna, o simplemente nunca se les ha escuchado o nunca han tenido esa oportunidad?.

R. Torres: Mira, no puedo ser mal intencionado, si me han invitado, yo en lo personal he ido a dos, si tenemos participación, pero no tenemos resolución, y la resolución es la más importante, porque nosotros sabemos sobre las problemáticas, nosotros sabemos que el abuelito de allá está enfermo de cáncer y cuántas veces hay que llevarlo al hospital o qué es lo que le falta. Nosotros aquí en Puerto Montt, no queremos seguir llenando papeles, si no hay resolución para qué vamos a asistir. Te voy a poner un sólo caso, todos saben que el hospital de Puerto Montt se va a construir, ¿pero tú sabes quiénes fueron los iniciadores, pidiendo firmas para el hospital de Puerto Montt?, fue la unión comunal de juntas de vecinos de Puerto Montt, la cual yo represento, de Reloncaví (juntamos siete mil firmas). ¿Tú te has preguntado si alguno de estos senadores, el señor Escalona, la doctora Schnake, el señor Vallespín, alguien puso en el congreso, alguien le explicó a la presidenta, a la ministra de salud, que gracias a los dirigentes de Puerto Montt salió el hospital?, a eso voy yo. Cuando se termine la política “barata” que hay en Chile y todos participen, yo pienso que nosotros vamos a ser un mejor país, un país desarrollado como dicen el “jaguar”, por que en este minuto somos “gato”, y eso es lo que tienen que entender, por que lamentablemente aquí se maneja todo a nivel político, o sea si se va un SEREMI, tiene que llegar otro SEREMI nuevo y eso no corresponde, la comunidad está aburrida de eso, nosotros necesitamos que nuestras propuestas sean resolutivas, y en todo ámbito, si tu hablas con pescadores artesanales, con sindicatos, te van a decir lo mismo, necesitamos

que seamos resolutivos, no solamente de propuestas, por que las propuestas las dejas en el papel, las guardas y no sirven de nada.

Entrevistador: Si usted compara el desarrollo a nivel nacional que ha tenido la reforma, ¿cuál ha sido la realidad local?, ¿usted cree que hay diferencias con respecto al gran discurso de la reforma de la salud?, ¿cómo ve eso usted?

R. Torres: Yo creo que todos los discursos son bonitos, nosotros podemos hacer un discurso precioso y la gente nos puede creer. Yo no quiero desmerecer lo que ha hecho el gobierno, por que yo fui un gran gestor en la comuna de Puerto Montt, para que esté el gobierno que está ahora, te lo digo muy honestamente, siendo un independiente, por que yo creo que la democracia es lo mejor que hay. A lo que voy yo es lo siguiente, mientras no vuelvan a ver con claridad para qué lado va la micro, pienso que nos estamos equivocando, y vuelvo a insistir, la realidad de Puerto Montt, con respecto a la de otras comunas, son totalmente diferentes, por ponerte un caso, yo aún no comprendo cuánto costó que Chiloé pueda tener su propia autonomía, si se lo merecen. Qué sacamos con tener el plan AUGE, en esos sectores, como Cochamó o Dalcahue, si la persona no tiene los medios o no está la calidad de servicios para implementar el plan AUGE. Ahora están haciendo un hospital, pero hace cuatro años que lo están haciendo.

Entrevistador: La última pregunta tiene que ver con lo siguiente, ¿cuáles cree usted, a modo de conclusión, que son los dos grandes desafíos que tiene en la actualidad, la reforma de la salud en Puerto Montt?

R. Torres: Mira, yo pienso, y aquí voy a ser bien claro en mi apreciación, los cambios que ha habido en Puerto Montt han sido gracias a una persona, que se atrevió a hacer cambios, si todos los recursos que se canalizan del ministerio, por SEREMI, por gobierno regional, fueran liberados directamente desde Santiago hacia el municipio, que son los que tienen la responsabilidad del cien por ciento de la salud, cambiaría esta cosa, y sería a nivel nacional. ¿Porqué?, por el mismo problema tienen los profesores y los colegios, aquí han funcionado bien los SAPU, porque se ha ido ordenando, pero eso no ha sido trabajo del hospital, sino ha sido trabajo municipal en conjunto con los dirigentes sociales. Eso sería un gran cambio y un gran desafío que debería haber a nivel comunal, que todos los entes se unan y todo se canalice directamente con los gobiernos comunales que llamamos nosotros. Descentralicen, lo que son los gobiernos regionales, porque yo encuentro absurdo que los GORE manejen las platas, si los GORE no andan en las poblaciones, son los gobiernos comunales los que andan en las poblaciones.

No sé si me expliqué bien, el desafío en Puerto Montt es de que si vamos a construir cosas, seamos la primera ciudad en cierta forma, en que la calidad de servicio

sea la mejor, es un desafío grande, y que la comunidad tenga la tranquilidad y la dedicación, de informarse bien, del para qué se crea los centros de salud, si una persona vive en Mirasol, que sepa dónde le corresponde, que no pierda el bus. En fin, esos son desafíos que yo pienso que a los dirigentes nos dejarían muy tranquilos, que la información no sea tan burocrática, sino más amena y paso por paso.

Entrevistador: Esa era la entrevista. Una última pregunta, ¿usted es representante como dirigente de qué sector de Puerto Montt?

R. Torres: De Angelmó yo soy secretario de la junta de vecinos de Angelmó, fui Presidente por cuatro años, y este año quedé como Secretario. Ahora soy presidente de la unión comunal de juntas de vecinos de Reloncaví.

- **Entrevista N° 5**

Nombre del entrevistado : David Contreras.

Institución : Unión comunal de las Juntas de Vecinos de Reloncaví.

Cargo : Presidente de la junta vecinal n°4, unidad de trabajo y progreso de la comuna Puerto Montt.

Lugar de la entrevista : Hogar de David Contreras.

Responsable de la entrevista : Luís Garrido Vergara (investigador a cargo).

Fecha : 20 de Diciembre de 2007

Hora : 16:00 hrs.

Entrevistador: ¿Podría presentarse contando quién es?, ¿a qué se dedica?, y ¿cuál es su relación con el Sistema de Salud en Pto. Montt?

D. Contreras: Bueno, yo soy David Contreras, presidente de la junta vecinal n°4, unidad de trabajo y progreso de la comuna Puerto Montt. Nosotros estamos trabajando como junta de vecinos del año '92 en adelante, como secretario, como director y ahora como presidente, llevo tres períodos como presidente. Hemos hecho varias obras aquí en la comunidad, como la pavimentación de calles, el alcantarillado y ese es nuestro objetivo, o sea, que la comunidad tenga una vida mejor.

Entrevistador: Estupendo, ¿cuáles cree usted que son las principales características que ha tenido la reforma de la salud en la comuna de Puerto Montt?

D. Contreras: Como característica dentro de la comunidad, creo que es el plan AUGE. Es muy positivo para los que están enfermos, ya que acoge a varias enfermedades y eso es bueno para toda la comunidad, contribuye a que no gaste mucho dinero el paciente, ya no va a medios particulares, no va a Consultorios o a los Hospitales regionales.

Entrevistador: Además de eso, ¿alguna característica negativa de la reforma?

D. Contreras: Negativo encuentro que es la falta de personal, médico, enfermeras y auxiliares; y algunos fármacos.

Entrevistador: Según su criterio, ¿cuáles cree usted que deben ser los principales actores que deben estar presentes en una reforma de la salud en la comuna de Puerto Montt?

D. Contreras: Bueno, en primer momento los actores somos nosotros como comunidad. O sea nosotros llevamos la voz en los consejos que hay de salud, se hablan muchas cosas, se reúnen para sacar cosas positivas no sólo de salud, nosotros estamos insertos en ellos y si ellos no toman en cuenta la voz de la comunidad, bueno, no se puede hacer nada más.

Entrevistador: ¿Y usted cree que hasta ahora, ha sido incorporado en la reforma de la salud?

D. Contreras: Se está incorporando. Yo justamente soy uno que está incorporado ya, soy presidente del consultorio de Angelmó, fui abajo comité asesor de LLanchipal también, estamos involucrando a varios vecinos y vecinas de la comunidad.

Entrevistador: A nivel de participación, ¿cómo ha sido la recepción de la reforma?

D. Contreras: Buena, la recepción ha sido buena, solamente que se detectó que por ejemplo yo soy dirigente vecinal, recibo la información y no se vacía esa información en la base. Eso detectamos, en el caso mío, no, yo lo digo en mi base, otros no, otros no lo dicen y se quedan ahí no más, y eso tampoco está bueno.

Entrevistador: En el último tiempo, cuando usted ha visto el desarrollo de la reforma en la comuna, ¿la comunidad se ha sentido partícipe del proceso de la reforma?

D. Contreras: Sí, ha habido harta participación, pero como le digo queda ahí no más, no lo dan a conocer en otra parte, hay grupos de sesenta o cien personas, y van los dirigentes no más, cuatro o cinco dirigentes, no va toda la base, eso no debe ser, o sea, si yo recibo una información de LLanchipal, o del Consultorio o del Hospital, yo tengo que vaciarla en mis reuniones, donde hay sesenta, setenta personas, tengo que decir qué es lo que pasa.

Entrevistador: ¿Cómo han detectado que no ha llegado a las bases la información?

D. Contreras: Se detecta por que nosotros investigamos, se investiga a nivel comunal.

Entrevistador: ¿Usted cómo evalúa lo que se ha prometido con la reforma a nivel nacional, es decir con los grandes discursos del gobierno, del ministerio, en relación con lo que ha sido la realidad local?, ¿usted cree que ha sido similar o han habido diferencias?

D. Contreras: Diferencias sí, diferencias en que faltan médicos, personal paramédico y enfermeras, en todos los hospitales, por que se ve que una secretaria hace tres trabajos, está en el computador, va para acá y para allá, y eso no puede ser, si es secretaria no se debería mover de ahí. Esas diferencias hemos detectado.

Entrevistador: Por último, ¿cuáles cree usted que son los dos desafíos que quedan aún por dar cuenta en la reforma de la salud en Puerto Montt?

D. Contreras: Bueno, que la ciudadanía esté inserta dentro de este plan AUGE, y tratar de asimilar todo lo que el plan AUGE dice, o sea, en qué enfermedades estamos insertos, si yo tengo diabetes por ejemplo, yo tengo que saber si me acoge o no me acoge. En eso estamos involucrados ahora.

Entrevistador: Y a nivel de organización comunal, ¿usted cree que en el largo plazo, finalmente la comuna va a estar incorporada en la reforma de la salud?

D. Contreras: Sí, yo creo que sí. Se está dando a todo nivel la información sobre el plan AUGE, en todos los aspectos, con las ochenta y cinco o seis enfermedades que hay, más se van a aumentar otras más parece ahora. Eso va a ser positivo.

Entrevistador: En último lugar, ¿este fenómeno, que de repente los dirigentes no transmitan la información a las bases, por qué cree usted que pasa eso?

D. Contreras: Pienso que falta conocimiento del dirigente, falta capacitarse, instruirse en muchos aspectos, por que no todos se han preparado a nivel médico, a nivel de enfermeros, son palabras que tampoco las tenemos nosotros, y eso también contribuye a que no se diga en la partes, de repente el dirigente llega a hablar y uno no puede explicar bien cuando le preguntan, o sea requiere más conocimiento sobre eso.

Entrevistador: Y por ejemplo, ¿en las juntas de vecinos, hay presencia política, de partidos políticos, o la junta de vecinos se mantiene al margen de eso?

D. Contreras: Al margen de la política. Sí, a veces invitamos a algún político.

Entrevistador: ¿Pero no hay dirigentes que tengan relación con la política?

D. Contreras: No, no debe ser, no debería ser, pero hay, los hay, pero no debe ser.

- **Entrevista N° 6**

Nombre del entrevistado : Luisa Diana Abarca Matus.

Institución : Servicio de Salud Llanquihue Chiloé Palena.

Cargo : Jefa de Departamento Comunicaciones y Participación de la Dirección del Servicio de Salud Llanquihue Chiloé Palena.

Lugar de la entrevista : Servicio de Salud Llanquihue Chiloé Palena.

Responsable de la entrevista : Luis Garrido Vergara (investigador a cargo).

Fecha : 22 de Diciembre de 2007

Hora : 8:30 hrs.

Entrevistador: ¿Podría presentarse contando quién es?, ¿a qué se dedica?, y ¿cuál es su relación con el Sistema de Salud en Pto. Montt?

L. Abarca: Luisa Diana Abarca Matus Jefa de Departamento Comunicaciones y Participación de la Dirección del Servicio de Salud Llanquihue Chiloé Palena (futuro Del Reloncaví). Profesión: Periodista.

Entrevistador: ¿Cuáles son las principales características que ha tenido la implementación de la Reforma a la Salud en la comuna de Puerto Montt?

L. Abarca: Ésta se remonta a los años 2000 en adelante. La implementación de la reforma, resumidamente, ha tenido distintas etapas o formas en que se ha ido concretando su implementación. En Puerto Montt, como también en todas las comunas de las provincias de Llanquihue y Chiloé principalmente, los primeros años, antes de la promulgación de la ley que dio por iniciada la reforma, hubo un intenso diálogo con representantes de la comunidad de las distintas comunas y con representantes de funcionarios y funcionarias con preguntas de diverso tipo que tenían como fin integrar la opinión de ambos sectores a los proyectos de ley que se iban a presentar para darle cuerpo.

Luego de ese largo proceso, a inicios del 2005 se llevó a cabo la separación de funciones entre la Dirección del Servicio y la Seremi de Salud, con la división de recursos humanos que correspondía. Es decir hasta antes de eso al Servicio de Salud le correspondía tanto las acciones de salud pública como las acciones de atención en salud. Desde ese momento, el servicio pasa a ser el Gestor de Red y la Seremi de Salud la

Autoridad Sanitaria. Eso es un paso importante que también trae consigo asumir roles diferentes a cada institución.

Se da un gran impulso a la atención primaria y se inicia entonces en las distintas áreas de trabajo el fortalecimiento de la misma como el primer eslabón de la red que acoge a los usuarios y usuarias. Se fortalece en los lineamientos referidos al “nuevo Modelo de Atención en Salud Familiar e Integral”, que significa que se cambia de un modelo biomédico a un modelo biosicosocial. Eso significa poner más recursos en atención primaria, fortalecer en recursos humanos, entre otros.

En otro ámbito, y también trascendental, es la instalación de AUGE y en Puerto Montt, como en todas las comunas de la red, ha significado, por ejemplo, el reconocimiento de ciertas patologías que se tratan en atención primaria incorporándolas con garantías explícitas. Ello significa recursos tanto para implementación, por ejemplo, de laboratorios en ciertos consultorios de Puerto Montt. Ha significado también la implementación de SAPUS, Servicios de Atención Primaria de Urgencia, en varios puntos de la red de la comuna de Puerto Montt. La concreción de dos centros comunitarios de Salud familiar, que vienen a reforzar el tema del “nuevo” modelo de atención, por ejemplo.

Entrevistador: ¿Cuáles son los principales actores sociales que han participado durante el desarrollo de la Reforma a la Salud en la comuna de Puerto Montt?

L. Abarca: Gremios de la salud, representantes de organizaciones sociales, unidades vecinales, organizaciones de salud, consejos de desarrollo de los establecimientos.

Entrevistador: ¿Cuáles son los actores que deberían participar del proceso de Reforma y que no lo han hecho? ¿Por qué cree usted que eso no ha ocurrido?

L. Abarca: Ha habido una percepción de poca participación por parte de los gremios, que a mi juicio se genera más bien en los establecimientos a nivel de la base, ya que a nivel central en el Ministerio de Salud los gremios estuvieron y están representados con sus directivas nacionales en este proceso. A mi juicio, quizá el proceso fue corto en sus inicios y no hubo espacio para la retroalimentación en los espacios de participación con las organizaciones y usuarios y usuarias; posiblemente allí faltó. Sin embargo, se ha instalado con la reforma la Gestión Participativa, que es uno de los lineamientos del sistema de salud con reforma. Y eso en Puerto Montt, como en las otras comunas es un proceso lento que por cierto ya está instalado dentro de lo que “hay que hacer”.

Entrevistador: ¿Cómo evalúa el desarrollo de la Reforma a la Salud comparando el desarrollo a nivel local (en la comuna de Puerto Montt) versus el desarrollo a nivel nacional?

L. Abarca: Mi evaluación desde el punto de vista de proceso de participación, por cierto que es siempre mejorable. Actualmente, la reforma de salud se está llevando a cabo como implementación y en ese sentido la tarea se hace. Falta ahondar y avanzar en lo que significa mayor espacio para decisiones locales. En eso el Servicio de Salud se inclina a dar mayor espacio en la medida que los lineamientos y requerimientos del ministerio lo permiten.

Entrevistador: Nombre dos desafíos relevantes que han quedado pendientes en el desarrollo de la Reforma a la Salud en la comuna de Puerto Montt.

L. Abarca: Más que pendientes, diría que son desafíos que se están abordando: mayor coordinación como Red para dar respuesta a los usuarios y usuarias y no como establecimientos independientes entre sí. Instalación de una gestión participativa en los establecimientos de Puerto Montt. Eso significa un cambio paulatino que hay que abordar.

ANEXO N°2: FICHA TECNICA ESTUDIO UTILIZADO

Organismo _____ : Corporación “Centro de Análisis de Políticas Públicas”.

Institución _____ : Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile.

Nombre del Programa _____ : Programa de Ciudadanía y Políticas Públicas.

Nombre del Proyecto _____ : Proyecto "Estado, sociedad y políticas públicas en los espacios locales".

Encuesta a Jefes de Hogar de la Comuna de Puerto Montt.

Fecha de aplicación _____ : El levantamiento de la información se realizó entre el 5 de Noviembre y el 5 de Diciembre de 2005.

Información _____ : Sitio web www.ciudadania.uchile.cl

El acceso y uso de información proveniente de este estudio, ha sido con la respectiva autorización y apoyo a este proyecto prestado por el organismo citado a través de su Presidente, el profesor Ph. D don Raúl Urzúa Frademann.

Descripción:

En el marco del programa de Ciudadanía y Políticas Públicas, la Corporación “Centro de Análisis de Políticas Públicas” del Instituto de Asuntos Públicos de la Universidad de Chile, realizó un estudio sociodemográfico en la Comuna de Puerto Montt, a raíz de los importantes cambios que ha sufrido esta comuna durante los últimos años a raíz del progreso sostenido que ha tenido la Industria salmonera. Para ello, además de otras fuentes de información disponibles tanto a nivel central como en los organismos públicos y privados de la X Región, con sede en Puerto Montt, el equipo de investigadores llevó a cabo la aplicación de una encuesta que permitiera abordar los estos temas, de manera de percibir de manera más amplia la identificación y descripción de los distintos actores sociales de la comunidad Puertomontina²¹.

De esta manera se desarrolló una encuesta a jefes de hogares, dado a las ventajas que esta representaba para la investigación: cuando en ella se incorporan preguntas sobre temas que influyen, o pueden influir, al hogar como un todo y no sólo a miembros aislados, como son las redes familiares y sociales, los recursos tanto materiales como culturales de los hogares, las relaciones intrafamiliares, etc.

²¹ Esta palabra significa como se definen los habitantes de la Comuna de Puerto Montt.

En términos más específicos, la Encuesta a Jefes de hogares de la Comuna de Puerto Montt realizada por este proyecto incluyó 80 preguntas, además de 6 filtros iniciales que permitieran componer las cuotas. De esas preguntas, 67 son cerradas, nueve son de respuesta múltiple y 1 son preguntas abiertas. Los temas incluidos fueron los siguientes:

- a) Caracterización socioeconómica de los hogares;
- b) Información sociodemográfica de los Jefes de Hogar y de sus hogares; distintos aspectos de la inmigración a Puerto Montt y sobre los deseos o no de emigrar;
- c) Varias preguntas para identificar indicadores de distintos grados y formas de capital social y cultural;
- d) Información sobre redes familiares y comunitarias; empleo y ocupación del jefe del hogar; movilidad social intergeneracional; expectativas económicas de los Jefes de hogar;
- e) Evaluación del rol de la Municipalidad y del Alcalde, relaciones entre la Municipalidad y la comunidad;
- f) Otros temas políticos; opinión sobre problemas urbanos y sobre la industria salmonera.

La encuesta fue aplicada a un total de 540 Jefes de Hogar de la Comuna de Puerto Montt, que hayan estado viviendo en la comuna al menos por un año. El diseño de la muestra fue estratificado según nivel socioeconómico, polietápico, aleatorio en sus primeras etapas y por cuotas en las últimas. La decisión de aplicar cuotas se debió a la necesidad de contar con mayor cantidad de casos para los niveles socioeconómicos ABC1 y C2, ya que si se hubiera utilizado en la muestra una proporción similar a la distribución de los hogares por nivel socioeconómico, habría habido muy pocos casos en dichos estratos.

El trabajo de terreno y la posterior producción de una base de datos estuvieron a cargo de Collect Investigaciones de Mercado S.A.