



FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES
UNIVERSIDAD DE CHILE

*GESTIÓN MUNICIPAL Y CALIDAD DE SUS
SERVICIOS EN DISCAPACIDAD EN LAS
COMUNAS DE ÑUÑO A Y EL BOSQUE
DESDE LA PERSPECTIVA DE ACTORES
INTERNOS Y EXTERNOS AL MUNICIPIO*

Memoria para optar al Título Profesional de Sociólogo

Estudiante

IÑIGO GARCÍA PACHECO

Profesora guía:

MARCELA FERRER LUES

SANTIAGO, CHILE, NOVIEMBRE, 2017.

RESUMEN

Los avances en la discapacidad se han reflejado en Chile, donde el liderazgo de las personas en situación de discapacidad (PeSD) fue clave para que el tema se haya instalado en los municipios de forma paulatina a fines de la década de los 90 y con mayor fuerza desde el 2000 en adelante, a través de diferentes modelos de gestión.

Desde inicios de los Gobiernos de la Concertación se evidenció la necesidad de modernizar la gestión del Estado, reto que, por cierto, involucró a los municipios, dada su amplia diversidad de servicios y resultados en su gestión. Fue así como, desde fines de los 90, la Subsecretaría de Desarrollo Regional (SUBDERE) ha liderado diferentes iniciativas, contando, en la actualidad, con un set de guías para la evaluación de los servicios municipales.

A pesar de los avances en la discapacidad y de la oportunidad de medir diferentes tipos de servicios municipales, no existe evidencia en el país sobre la calidad de la gestión municipal de los servicios en discapacidad. Por ello, esta investigación indagó en la calidad de la gestión municipal en discapacidad en las comunas de Ñuñoa y El Bosque de acuerdo a la opinión de actores internos y externos al municipio.

La investigación fue exploratoria, con metodología cualitativa, y fue desarrollada en dos comunas de la RM con diferentes modelos de gestión. La memoria dejó en evidencia que guiar la gestión conforme a un plan estratégico es vital para alcanzar mayores estándares de calidad. La oferta de prestaciones municipales en discapacidad ha ido en aumento, expresándose en diferentes frentes, pero queda pendiente la tarea de incluir efectivamente a las PeSD en el ámbito laboral. Otros retos son la capacitación de los funcionarios municipales, fortalecer el trabajo intersectorial y contrarrestar la influencia del modelo bio-médico en la discapacidad.

Palabras claves

Discapacidad, calidad de los servicios municipales, modernización del Estado, derechos e inclusión social.

CAPÍTULO 1

FUNDAMENTOS DE LA INVESTIGACIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel internacional, en el tránsito entre las décadas de 1960 y 1970, las personas en situación de discapacidad¹, sus familias y organizaciones representativas irrumpieron en el debate público, poniendo en cuestión la concepción que hasta ese entonces prevalecía de la discapacidad en el mundo occidental. En particular, criticaban que se le tratará como una enfermedad y como una afectación individual. Fruto de lo anterior, comenzó una revisión conceptual, la cual ha tenido como uno de sus principales protagonistas a la Organización de Naciones Unidas (ONU), organismo que, en 1982, dio a conocer el Programa de Acción Mundial para las PcD, en 1993 las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las PcD y en 2006 la Convención sobre los Derechos de las PcD, la que actualmente rige, y que, a diferencia de los dos anteriores instrumentos, es vinculante u obligatoria para los países que la adoptan.

En Chile, el Gobierno de Aylwin Azocar (1990-1994) promulgó en 1994 la Ley de Integración Social de las PcD (N° 19.284), la que, según Cisternas (2005) es la primera que reguló íntegramente el tema en el país, constituyéndose entonces en *“un primer e incipiente paso al enfoque de derecho de las personas con discapacidad, como se puede visualizar en varios de sus artículos, dejando atrás el paradigma meramente asistencialista existente en el pasado”* (Cisternas, 2005, p. 04).

A consecuencia de esta ley, en 1999, se creó la primera política nacional en discapacidad y en 2004 el primer plan nacional. Siguiendo a Cisternas (2005), el desfase temporal entre ley, política y plan implicó que este último estuviera en sintonía con la conceptualización vigente en discapacidad (Clasificador CIF, ONU), pero que, no obstante, se viera limitado por la falta de una estructura de derechos y de profundización en cuanto a la transversalidad en la gestión.

¹ En este documento se hablará indistintamente de persona con discapacidad (PcD) y persona en situación de discapacidad (PeSD), entendiendo que ambos conceptos ponen en valor los derechos de esta población.

En 2008, el Congreso Nacional daría un nuevo paso con el reconocimiento de la Convención sobre los Derechos de las PcD, lo que, a su vez, significó nuevos cambios en la gestión pública para lograr la real inclusión de las PeSD. En lo normativo, se reemplazó la ley N° 19.284 por la ley N° 20.422 (Normas sobre la igualdad de oportunidades e inclusión social de PcD). En cuanto a la institucionalidad pública, el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS) fue sustituido por el Servicio Nacional de la Discapacidad (SENADIS). La política pública, por su parte, fue actualizada, mediante la publicación de la Política Nacional para la inclusión social de las PcD (2013-2020).

Los cambios políticos e institucionales, junto al liderazgo de las PeSD y sus familias, han significado que los gobiernos locales (municipios) incorporen en su gestión el tema de la discapacidad, a través de diferentes modelos de gestión. Es así como, al día de hoy, existe una diversidad de modelos en la gestión municipal de la discapacidad, desde por ejemplo un encargado que desempeña ésta y otras tareas (comúnmente en la Dirección de Desarrollo Comunitario, DIDECO, o en la unidad a cargo de la Salud Municipal), hasta modernos Centros de Rehabilitación con base Comunitaria (CCR), las que, en su conjunto, no han sido capaces de incluir plenamente a las PeSD. Así lo afirma el equipo a cargo de la Estrategia de Desarrollo Local Inclusivo (EDLI) de SENADIS (2015), cuando plantean que *“no existe una estrategia de desarrollo territorial que considere la inclusión en los espacios locales y direcciona a los gobiernos locales en la incorporación de la variable de inclusión en sus procesos, productos, bienes y servicios que se entregan a la comunidad”* (SENADIS, 2015, p. 16).

En el ámbito de los gobiernos locales, durante el Gobierno de Frei Ruiz-Tagle (1994-2000) se sumó el interés por la modernización del Estado, vislumbrándose, entre otros aspectos, la necesidad de mejorar la calidad de la gestión municipal. En ese afán se crearon programas al interior de la SUBDERE y se diseñó unas guías metodológicas para acercar a la gestión municipal a estándares de calidad, las cuales permiten evaluar diferentes tipos de servicios proporcionados por los municipios.

Ambos acontecimientos pueden vincularse. Por un lado, la diversidad de modelos en la gestión municipal en discapacidad, por otro, un interés manifiesto por evaluar el grado

de asociación que existe entre la gestión municipal y la calidad de los servicios. Sin embargo, existe muy poca información en Chile sobre cuáles son las fórmulas utilizadas por los municipios a la hora de organizar sus servicios en discapacidad y menos acerca de la relación entre la calidad de estos servicios y el modelo de gestión. Por ello, esta investigación se orientó a responder la siguiente pregunta, ¿Qué relación existe entre la gestión municipal en discapacidad y la calidad de los servicios municipales entregados? Para ello, se indagó en las comunas de El Bosque y Ñuñoa, las cuales, tal como se describe en la sección de antecedentes, presentan diferencias importantes en los modelos de gestión implementados. Considerando que los municipios no cuentan con información que permita evaluar el impacto de los servicios entregados, se realizó un estudio exploratorio indagando en la opinión de actores internos y externos a los municipios. El análisis consideró las guías metodológicas para la evaluación de la calidad de los servicios municipales elaboradas por la SUBDERE, indagando en seis dimensiones: liderazgo y planificación estratégica; compromiso y desarrollo de las personas, recursos financieros y materiales; relación con usuarios y usuarias; prestación de servicios municipales; información y análisis; y resultados de la gestión municipal y de la calidad de los servicios. Además se suma la identificación de facilitadores y obstaculizadores de la gestión municipal en discapacidad.

RELEVANCIA

Analizar la gestión municipal de la discapacidad en las comunas de El Bosque y Ñuñoa desde el punto de vista de la calidad de sus servicios se fundamenta en varias razones. La primera es el escaso número de investigaciones que han tratado la discapacidad en Chile, habiendo un grado importante de desconocimiento sobre los paradigmas y las teorías que la han abordado en las últimas décadas.

En segundo lugar, muy asociado a lo anterior, se encuentra la poca atención que las Ciencias Sociales y la Sociología en nuestro país le han brindado al tema de la discapacidad, sobre todo si consideramos que esta situación contrasta significativamente con la experiencia de otros países iberoamericanos, como son los casos de España y Argentina, principalmente.

En tercer lugar, está la falta de evidencia sobre los avances concretos que han logrado los municipios en materia de discapacidad, existiendo diferentes modelos de gestión en Chile, los cuales no han sido analizados y evaluados desde el punto de vista de la calidad de los servicios ofrecidos.

Se espera, entonces, que esta investigación brinde información útil y necesaria para dirigir la gestión municipal en discapacidad hacia mayores estándares de calidad, proporcionando evidencia que oriente a los funcionarios municipales a cargo de las unidades de discapacidad en municipios; a los usuarios y usuarias de los servicios municipales; a los profesionales de los organismos públicos en discapacidad; a los dirigentes y las PeSD que participan de las organizaciones de la sociedad civil de la discapacidad y a los académicos y estudiantes que, desde las Ciencias Sociales y otras disciplinas se encuentran interesados en el tema.

OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar el modelo de gestión en discapacidad desde la perspectiva de la calidad de los servicios municipales de la discapacidad en las comunas de Ñuñoa y El Bosque considerando la opinión de los actores internos y externos al municipio

Objetivos específicos

1. Caracterizar la gestión municipal en discapacidad de Ñuñoa y El Bosque considerando su planificación estratégica y sus liderazgos.
2. Describir el recurso humano, el financiamiento y los medios materiales que las municipalidades de Ñuñoa y El Bosque utilizan en su gestión en discapacidad.
3. Caracterizar los servicios ofrecidos y la relación con los usuarios y usuarias con discapacidad por las municipalidades de Ñuñoa y El Bosque.
4. Describir los medios de información y análisis que las municipalidades de Ñuñoa y El Bosque utilizan en su gestión en discapacidad.
5. Indagar los resultados de la gestión municipal en discapacidad en las comunas de Ñuñoa y El Bosque.
6. Explorar facilitadores y obstaculizadores de la gestión municipal en discapacidad en Ñuñoa y El Bosque.

ANTECEDENTES

En lo que sigue, se revisa información sobre varios temas que permiten comprender cómo opera y funciona la gestión municipal en discapacidad en Chile y el vínculo con la calidad de los servicios municipales. En primer lugar, datos históricos, normativos y políticos sobre la discapacidad. En segundo lugar, antecedentes sobre la emergencia de la evaluación de la calidad de los servicios municipales en el país. En tercer lugar, las estadísticas sobre la discapacidad y sobre la gestión municipal en el área, a lo que finalmente se agrega una sistematización con los principales servicios en discapacidad ofrecidos actualmente por los municipios de Ñuñoa y El Bosque.

Antecedentes históricos

La tensión entre la iniciativa privada y el sector público

Existe poca información que dé cuenta de cómo históricamente se ha comportado el Estado y la sociedad chilena a la hora de incluir a las PeSD. Al respecto, el otrora Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN), en 2006, hizo público un documento que evaluó los programas dirigidos para las PeSD, recordando, por ejemplo, que la Constitución de 1822 les discriminaba, privándolas de la calidad de ciudadano porque su “ineptitud física y moral” los incapacitaba de obrar libre y reflexivamente². La discriminación se mantuvo a inicios del siglo XX, tal como lo refleja la ley que reguló la educación primaria obligatoria (1929), la que estableció que “*el impedimento físico o mental excusa el hecho de la asistencia a las escuelas primarias de niños anormales; pero este impedimento dejará de ser causa de excepción cuando el Gobierno provea gratuitamente la educación de estos niños, mediante escuelas o cursos especiales*” (MIDEPLAN, 2006, p. 28).

Otra característica importante es que la discapacidad en el siglo XIX y en gran parte del XX permaneció circunscrita preferentemente al ámbito privado. Así lo afirma la experta en discapacidad Pamela Gutiérrez (2014), cuando, a propósito de la creación en 1947 de la Sociedad Pro Ayuda de Niño Lisiado (SPANL), plantea que se “*retoma la larga tradición “extra-estatal” de la beneficencia y de la caridad del siglo XIX, presente en el*

² Esta indicación recién fue sustituida en la Constitución de 1925.

siglo XX a pesar del crecimiento del estado y de cierta laicización científica de la salud” (Gutiérrez, 2014, p. 112).

Además, Gutiérrez (2014) da cuenta de otros dos hitos históricos que han marcado la discapacidad. El primero se relaciona con la cobertura social, y se remonta a inicios del siglo XX, cuando el tema de la “invalidez” comienza a discutirse públicamente, al tenor de las consecuencias ocasionadas por los accidentes laborales, principalmente en las faenas mineras y en el transporte. Como resultado de este debate, en 1916, se erigió la primera ley de accidente del trabajo, la cual fue reformulada el año 1924, década en la cual también se inauguró un sistema de previsión social, el cual a través de las Cajas del “Seguro Obrero Obligatorio”, de “Previsión de Empleados Particulares” y de “Empleados Públicos”, ofreció pensiones de invalidez.

El segundo hito tiene que ver con el advenimiento de la SPANL y la creación del Instituto de Rehabilitación Infantil (1950), período en el cual se tendió a asociar los conceptos de discapacidad y enfermedad. Es ahí cuando se amplió la forma de valorar la “invalidez” y se reforzó el asistencialismo privado, entendiendo que la labor no sólo se restringía a recuperar a los cuerpos accidentados en las faenas laborales, sino que, además, había que afrontar la tragedia sanitaria de los niños(as) con poliomielitis.

Otro avance histórico ocurrió en 1975, cuando el Ministerio del Trabajo y Previsión Social promulgó el Decreto de Ley N° 869, el cual instauró la pensión asistencial para aquellas personas sin recursos mayores de 65 años o “inválidas”, estas últimas, según este mismo cuerpo legal, correspondían al *“mayor de 18 años de edad que en forma presumiblemente permanente esté incapacitado para desempeñar un trabajo normal o que haya sufrido una disminución de su capacidad de trabajo, de manera que no esté en condiciones de procurarse lo necesario para su subsistencia, y que no tenga derecho a percibir una pensión derivada de accidente del trabajo o de otro sistema de seguridad social”*³.

En 1978, se reforzaría el tratamiento “benéfico” de la discapacidad con la organización de la primera versión de la TELETON, evento nacional liderado por los medios de

³ Decreto de ley N° 869. Reglamento de pensiones asistenciales. Recuperado el 28-04-2017 de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=6386>

comunicación que, ha invocado el sentimiento solidario de los chilenos, logrando ofrecer, con aportes privados y públicos⁴, servicios de rehabilitación para niños(as) y jóvenes con discapacidad física en el país. De acuerdo al Presidente de la Fundación Nacional de Discapacitados⁵, Sr. Alejandro Hernández, su labor ha tenido un doble efecto. Por un lado, ha contribuido a asociar la discapacidad con la beneficencia y/o caridad, apelando sobre todo en sus primeros años a la conmiseración y la lástima. Por otro lado, ha privilegiado la discapacidad física de niños y jóvenes, dejando relegado en un segundo plano a otras discapacidades y a las personas adultas y adultas mayores con discapacidad.

Ya en 1994, la entrada en vigencia de la ley N.º 19.284, supuso un giro fundamental al erigir una institucionalidad pública a cargo del tema y demandar las primeras políticas y planes públicos, tal como se verá en el siguiente sub-capítulo.

Antecedentes normativos

Gestión pública para garantizar los derechos de las PeSD

Si bien con anterioridad a la promulgación en 1994 de la ley N.º 19.284, hay antecedentes legales que tratan sobre la discapacidad⁶, autores como Cisternas (2005) señalan que su entrada en vigencia significó la irrupción del primer marco regulatorio que consagró los derechos de las PeSD, estableciéndose desde entonces la obligación de garantizar las condiciones que permitieran su plena integración a la sociedad e instituyéndose como un deber del Estado la prevención de la discapacidad y la rehabilitación.

Siguiendo a Cisternas (2005), como corolario de esta ley se comenzó a concebir una política nacional, la que recién se materializó en 1999, y que debió hacerse cargo de varios desafíos, entre los cuales estaban la necesidad de suplir el enfoque asistencialista

⁴ Cabe tener presente que el Gobierno Nacional, a través de FONASA, destina recursos para la atención de pacientes usuarios. Por otro lado, en el Balance de Gestión Integral de SENADIS (BGI, 2016) se da cuenta de un Convenio con Teletón, correspondiente a M\$200.000, con ejecución 2017.

⁵ Entrevista a Alejandro Hernández. Recuperado 09-10-2017 en <http://www.elmostrador.cl/noticias/pais/2014/10/28/la-onu-acusa-a-la-teleton-de-promover-estereotipo-de-discapacitados-como-sujetos-de-caridad-y-no-de-derechos/>

⁶ Algunos ejemplos son el decreto de Ley N.º 869 de 1975 (subsidio discapacidad mental) o la ley 18.600 publicada en 1987, la cual regula también la discapacidad mental.

que tradicionalmente acompañaba a la discapacidad; fortalecer la autonomía y la autovalencia entre las PeSD y promover el principio de la transversalidad, de tal manera de “*superar el esquema sectorializado por medio de un enfoque integral*” (Cisternas, 2005, p. 28).

A lo anterior, la autora agrega desafíos como promover la participación social, de tal modo que las instituciones nacionales, regionales y locales incorporarán a los grupos organizados de la discapacidad en el diseño, ejecución y evaluación de los programas dirigidos hacia este grupo; mejorar la prevención, rehabilitación, y lograr una mayor equidad en las oportunidades.

En 2004, se daría otro paso con la puesta en marcha del primer “Plan Nacional de Acción para la Integración Social de las Personas con Discapacidad 2004-2010”, el cual avanzó más allá de la política y la normativa, incorporando, por ejemplo, las referencias conceptuales sobre la discapacidad del Clasificador Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y la Salud (CIF) de la OMS.

Ya durante la década del 2000, el liderazgo de las PeSD y sus organizaciones representativas, fue vital para que nuevamente se llevará a cabo una revisión del tema a escala internacional, proceso que decantó con la promulgación de la ONU de la Convención sobre los Derechos de las PcD y su Protocolo Facultativo en 2006. Chile adoptó la Convención a través del Decreto 201 del Ministerio de Relaciones Exteriores (MINREL), entrando en vigor 2008. Uno de los primeros desafíos fue la suscripción de un nuevo cuerpo legal que, ya desde un enfoque inclusivo, permitiera abordar las tradicionales restricciones y limitaciones que han debido enfrentar las PeSD. Se trata de la promulgación, en 2010, de la Ley N.º 20.422, marco legal que en su 2º artículo busca garantizar las siguientes prerrogativas:

- Vida independiente.
- Accesibilidad universal.
- Diseño universal.
- Intersectorialidad.
- Participación y diálogo social.

La vigente ley contiene ciertas competencias que los municipios ostentan en el ámbito de la discapacidad⁷, dos de las cuales se mantienen del anterior cuerpo legal (Ley N.º 19.284), ellas son:

- Tomar las medidas técnicas para la adaptación de los medios de transporte de pasajeros, bajo los estándares propuestos por el Ministerio de Transporte y Telecomunicaciones.
- Velar porque se reserven un número suficiente de estacionamientos para las PeSD en los establecimientos comerciales, industriales; de servicios públicos y privados; los que exhiban espectáculos artísticos, culturales y deportivos y los edificios destinados a un uso que conlleva la concurrencia de público⁸.

Por otro lado, la nueva ley agrega dos nuevas competencias a los municipios:

- Fiscalizar que se cumpla con la accesibilidad a edificaciones y nuevas obras en edificios de uso público, o bien en aquellos que presten un servicio a la comunidad o edificaciones colectivas. También, se suma el acceso al espacio público en las áreas urbanas y a los bienes nacionales de uso público.
- Conceder, gratuitamente, autorización para la instalación de negocios de propiedad de personas en situación de discapacidad en las ferias autorizadas.

Finalmente, otros dos aspectos que contiene la vigente ley y que involucran a los municipios, son procurar que las PeSD participen en condiciones de igualdad en los procesos de selección de personal y destinar los fondos que se recauden por concepto de multas, por acciones arbitrarias o ilegales, a programas o acciones que vayan en beneficio de las PcD.

En 2016, el Comité de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad entregó sus observaciones al informe inicial de Chile respecto al grado de cumplimiento de la Convención sobre los derechos de las personas de discapacidad dejando en claro

⁷ La Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades (Nº 18.695) identifica las funciones privativas en discapacidad sobre transporte público y construcción o urbanización.

⁸ Al respecto, es importante tener en claro que la primera de ellas es una competencia compartida con los organismos nacionales y regionales, mientras que la segunda es privativa de los municipios.

que se requiere contar con una estrategia específica que permita que las disposiciones legales efectivamente se plasmen en la gestión pública en discapacidad⁹.

Como se ve, el tema de la discapacidad en las tres últimas décadas ha estado en continua revisión internacional, poniendo en el centro del debate los derechos de las PeSD. Chile, como país miembro de la ONU, ha adecuado su gestión pública de forma de atender el desafío de la inclusión social de las PeSD, comprometiéndose en esta labor a los municipios.

En lo que sigue se revisa el tema de la modernización del Estado, poniendo atención a lo que refiere a los Gobiernos locales (municipios).

Modernización del Estado

Gestión municipal y calidad de sus servicios

Fue en Dictadura cuando se transfirió la gestión de la educación, la salud y parte de los servicios sociales para el *combate a la pobreza* por parte de los municipios, en contraste los Gobiernos de la Concertación transitaron en dirección a la descentralización política y administrativa, fundamentalmente, a través de la elección popular de los alcaldes y concejales (desde el año 1992).

Un autor que ha estudiado el proceso de modernización de la gestión pública en Chile es Tello (2011), quien sostiene que el primer organismo que camino por esta senda fue el Servicio de Impuestos Internos (SII) dada la necesidad de introducir tecnologías de la información y la comunicación (TICs) que permitieran, a su vez, mejorar la recaudación tributaria. Prontamente, se unieron otras reparticiones públicas, producto de la necesidad de mejorar la atención de usuarios y usuarias, fue el caso del Instituto Normalización Previsional (INP); el Servicio de Registro Civil e Identificación (SRCI) y el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

⁹ El documento Observaciones finales sobre el informe inicial de Chile elaborado por el Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (abril de 2016) está disponible en http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/CHL/CO/1&Lang=Sp (consultado el 20 de noviembre de 2017)

Bajo el Gobierno de Frei Ruiz-Tagle, por su parte, la descentralización fue subsumida bajo la lógica de la modernización de la gestión pública chilena, la que, a su vez, se fundó en tres ejes:

- Mayor democracia, asumida como mayor participación ciudadana.
- Gestión eficaz, orientada a la calidad de los servicios y a la consecución de resultados.
- Eficiencia en el servicio público en vista de economizar recursos.

En su Gobierno se creó, también, el Comité Interministerial de Modernización de la Gestión Pública, cuya misión fue “*impulsar y coordinar los esfuerzos modernizadores de los ministerios y servicios del Estado y diseñar y proponer políticas generales sobre la materia*” (Tello, 2011, p. 250).

La modernización del Estado tuvo como uno de sus focos principales la gestión municipal, prestando atención a la calidad de sus servicios. En 1994, la SUBDERE lanzó el programa de fortalecimiento institucional de la gestión municipal (PROFIM). En 1999, se creó el PROFIM II, el que en su puesta en marcha consideró a 25 municipios, en conjunto con 7 asociaciones municipales, los cuales podían optar a:

- Proyectos de elaboración y actualización de instrumentos de planificación territorial;
- Capacitación a funcionarios municipales: en gestión municipal y herramientas tecnológicas;
- Implementación de tecnologías de la información y comunicación (TICs) y mejoramiento en la gestión;
- Fomento de la participación ciudadana;
- Estudios para el fortalecimiento de la gestión municipal.

Le siguió el programa PROFIM Extensión (2003 y 2004), el cual consideró a las 100 municipalidades más pobres del país y cuyo término coincidió con un proceso de reestructuración que vivió la División de Municipalidades de la SUBDERE, el cual decantó en la creación del Departamento de Fortalecimiento Municipal en 2005. Entre los años 2005 y 2006 operó el Fondo de Gestión Municipal, el cual fue reemplazado

luego por el Programa para el Mejoramiento Continuo de la Calidad de los Servicios Municipales y el 2009 se puso en marcha el Programa de Mejoramiento Progresivo de la Gestión Municipal, dirigido a aquellos municipios que daban sus primeros pasos hacia la mejora continua de la calidad.

También en 2006, se implementó un sistema de acreditación de los servicios municipales, Según la Guía N° 2 el objetivo del sistema ha sido mejorar “*los servicios que éstas prestan a la ciudadanía, apoyándolas, guiándolas e incentivándolas para que inicien y se mantengan en un camino de mejoramiento de su gestión y resultados, hasta alcanzar niveles de excelencia*”¹⁰ (SUBDERE, 2007, p. 09).

Para ello, se diseñó un modelo de gestión de la calidad el cual establece un conjunto de prácticas definidas como claves para alcanzar una gestión de excelencia¹¹. Las municipalidades, por su parte, aplican una autoevaluación de su gestión global y de su gestión de servicios en las áreas de desarrollo comunitario, servicio a la comunidad, tránsito y transporte, administración y finanzas y servicios estratégicos, estos últimos corresponden a aquellos directamente relacionados con la estrategia de desarrollo comunal. Todo este proceso permite identificar las brechas en la gestión y poner en marcha luego planes de mejora.

A continuación, se revisan las estadísticas nacionales en discapacidad.

Estadísticas nacionales en discapacidad

Se observa que hay diferentes fuentes de información, ellas son:

- a. Censo, del Instituto Nacional de Estadísticas (INE).
- b. Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) administrada primeramente por el MIDEPLAN y en la actualidad por el Ministerio de Desarrollo Social.

¹⁰ SUBDERE. Guía N° 1. Sistema de acreditación de los servicios municipales. Recuperado el 29-04-2017 de http://www.subdere.gov.cl/sites/default/files/documentos/articles-83248_recurso_1.pdf

¹¹ Las dimensiones de la calidad de la gestión municipal serán tratadas con mayor profundidad en el capítulo del marco teórico.

- c. Encuesta de Calidad de Vida y Salud, del Ministerio de Salud (MINSAL/ ENCAVI).
- d. Encuesta Nacional de la discapacidad (ENDISC), llevado a cabo por FONADIS y luego por el SENADIS.

Censos (1992 al 2012)

El Censo de 1992 es el primero que estimó la prevalencia de la discapacidad en Chile, estimando que había 283.880 personas, lo que representaba a un 2,1% de la población chilena. Por discapacidad se entendió *“toda limitación grave que afecta de manera permanente a quien la padece, en cualquier actividad. Tiene su origen en una deficiencia [tales como] ceguera total, sordera total, mudéz, deficiencia mental o parálisis-lisiado”*. (INE, 1999, p. 31).

A su vez, el Censo 2002 estableció que en Chile un 2,2% de la población tenía algún tipo de discapacidad, lo que equivalió a 334.377 personas. Según Zondek, et al (2006) en esta medición se consideró que una persona con discapacidad era aquella que declarará contar con una *“ceguera o sordera total; mudéz; las que mencionaron ser lisiado o tener parálisis y las que señalaran ser deficiente mental”* (Zondek, et al, 2006, p. 13).

Como se puede ver, ambos Censos se remitieron solamente a conocer las deficiencias severas, obviando otros grados de discapacidad. En claro contraste con sus antecesores, el Censo 2012 concluyó que un 12,7% de la población general tenía alguna discapacidad, un total de 2.119.316 personas¹². Al respecto, hay que tener presente dos consideraciones. En primer lugar, se constata la adopción de una nueva definición de la discapacidad, en sintonía con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), promulgada por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 2001. En segundo lugar, los cuestionamientos que se efectuaron a la calidad del proceso censal han impedido analizar en detalle la variable discapacidad con los datos censales. Por lo mismo, el total de personas con discapacidad entregado por el Censo de 2012 no representa un dato válido.

¹² Recuperado 17-10-2017 en http://www.senadis.gob.cl/sala_prensa/d/noticias/2990/censo-2012-en-discapacidad-revela-que-las-personas-con-discapacidad-son-el-principal-grupo-vulnerable-en-Chile-SaladePrensa-Senadis

Encuestas CASEN (1996 al 2011)

La CASEN 1996 fue la primera de su tipo que midió la discapacidad, estimando que un 4,3% de la población nacional tenía algún tipo de discapacidad (616.434 personas). Luego, la CASEN 2000, estimó la población con discapacidad en un 5,3%, lo que en cifras corresponde a 788.509 personas. En la CASEN 2000, se recogió la definición de la ley 19.284 sobre PcD, es decir, aquella persona que, *“como consecuencia de una o más deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que las hubiera originado, vea obstaculizada, en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social”*.

Por su parte, la CASEN 2003, concluyó que en Chile un 3,6% de la población tenía al menos una discapacidad, vale decir, 565.913 personas. La CASEN 2006 avanzó bastante en el conocimiento del tema, toda vez que los responsables de dicha medición decidieron hacer cambios en la forma como se estaba midiendo la discapacidad. Se puso, entonces, una especial atención en preguntar sobre “condiciones permanentes o de larga duración”, lo que dio como resultado que un 6,9% de la población nacional tenía alguna discapacidad (en cifras, son 1.119.867 personas).

La CASEN 2009 cifró la discapacidad en un 7,6% de la población nacional, con una prevalencia mayor de las mujeres (690.322) por sobre los hombres (564.627). Por último, la CASEN 2011 volvió a cambiar la definición de PeSD, esta vez de acuerdo a la nueva ley 20.422, entendiéndola como *“aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”*.

La CASEN 2011 estimó que un 6,3% de los habitantes del país tenían algún tipo de discapacidad y la CASEN 2013 un 6,5%.

Encuesta de Calidad de Vida y Salud del Ministerio de Salud (ENCAVI)

La ENCAVI 2000¹³, tuvo la virtud de haber centrado el interés en las dificultades que las personas experimentaban en el desarrollo de sus actividades habituales, tal como plantea el equipo de investigadores que desarrollaron la primera ENDISC en el país su valor radicó en “ubicar la discapacidad como un problema de dificultades para el desempeño a raíz de un estado de salud afectado, y ligarlo de manera dinámica con calidad de vida y daño crónico de la salud¹⁴” (SENADIS, 2005, p. 22).

Es por esta razón que sus resultados son diametralmente opuestos a la mayor parte de las estimaciones de los CENSOS y la CASEN. Según las cifras de la ENCAVI 2000, un 21,7% de la población chilena tenía al menos una discapacidad, lo que equivalió a 3.292.296 personas.

Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC)

El propósito de la ENDISC (2004) fue “medir la prevalencia de la discapacidad en sus diversos tipos y grados; y la medida en que esta condición afecta a las personas en las distintas dimensiones de su vida¹⁵” (SENADIS, 2005, p. 21).

Los resultados de la ENDISC-2004 dan cuenta que en Chile un 12,9% de la población tiene alguna discapacidad (2.068.072), lo que equivale a 1 de cada 8 personas. La prevalencia fue mayor entre las mujeres, con un 58,2%, y en los tramos etarios entre 30 y 64 años (51%) y 65 o más (35,1%). El peso relativo, de acuerdo al grado de discapacidad, se descompone en un 7,2% de PcD leve; un 3,2% moderado y un 2,5% severo, tal como se ve en la siguiente tabla.

Tabla 1: Grados de discapacidad en Chile

Grado de discapacidad	N°	Definición
Leve	1.150.133	Presentan alguna dificultad para llevar a cabo sus actividades diarias, pero lo hacen de una manera independiente, sin apoyo de terceros y superando los obstáculos del entorno.

¹³ La ENCAVI 2006 no consulta directamente por la discapacidad, sino por la frecuencia en las dos últimas semanas de problemas de salud o enfermedades.

¹⁴ Recuperado 17-03-2017 en http://historico.ine.cl/canales/chile_estadistico/encuestas_discapacidad/pdf/introduccion1.pdf

¹⁵ Idem.

Moderada	513.997	Presentan una disminución o imposibilidad considerable de su capacidad para realizar la mayoría de las actividades diarias, llegando incluso a requerir apoyo en labores básicas de auto cuidado; supera con dificultades sólo algunas barreras del entorno.
Severa	403.492	Presentan graves dificultades o ven imposibilitada la realización de sus actividades diarias, requiriendo del apoyo o cuidados de una tercera persona; no logra superar las barreras del entorno o lo hacen con gran dificultad.

Fuente: ENDISC, 2004

Otro dato relevante es que un 34,6% de los hogares del país estaban habitados al menos por una PeSD, lo que representa 1 de cada 3 hogares. En este ámbito, se puede ver la influencia de la variable urbano/ rural, si bien hay un mayor número de PeSD en el medio urbano, en términos relativos la tasa de prevalencia en lo rural es mayor que en lo urbano, con un 15,5%, es decir, casi 3 puntos porcentuales más alta que la media nacional (12,9%) y que la media urbana (12,5%). Además, la tendencia es que el número de PeSD vaya disminuyendo en el sector urbano a medida que aumenta el grado de severidad, situación diferente a la que ocurre en los territorios rurales, tal como se refleja en la tabla siguiente:

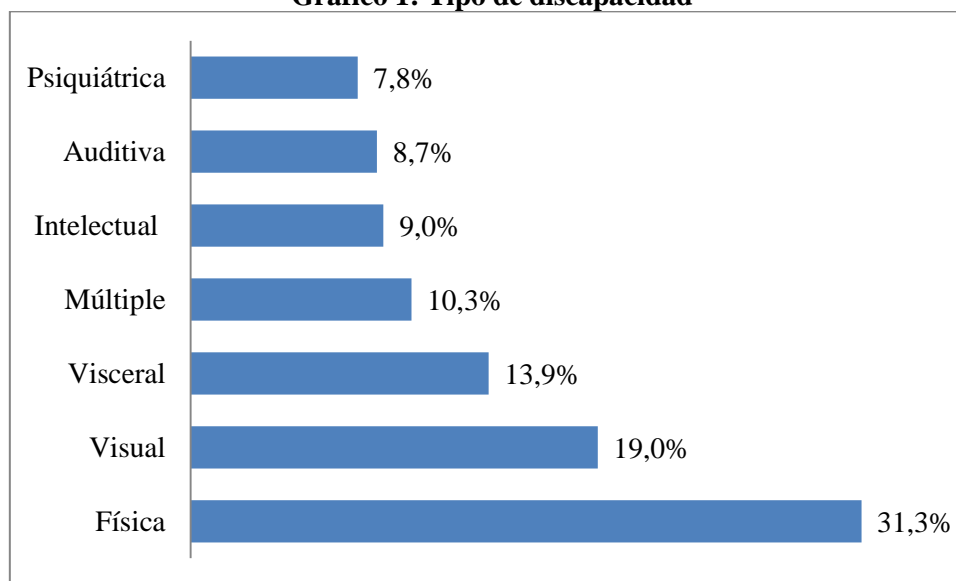
Tabla 2: Lugar de residencia, según grado de discapacidad

Grado de discapacidad					
Lugar de residencia	Tasa x 100 (PeSD)	Total	Leve	Moderada	Severa
Urbana	12,5%	83,7%	84,7%	83,5%	81,1%
Rural	15,5%	16,3%	15,3%	16,5%	18,9%

Fuente: ENDISC, 2004

Por último, otro elemento de interés tienen que ver con el tipo de deficiencia que tienen las PeSD. Como se puede ver, en el gráfico N°1, la discapacidad física es la condición más frecuente entre las PeSD (31,3%), seguida de las deficiencias visuales (19,0%) y las viscerales (13,9%), las que corresponden a problemas en el aparato respiratorio, cardiovascular y digestivo, principalmente. Otro dato importante es aquel 10,3% de personas con discapacidad que tiene una deficiencia múltiple.

Gráfico 1: Tipo de discapacidad



Fuente: ENDISC, 2004

En lo que sigue se revisan los datos entregados por la ENDISC 2004 a nivel de la región Metropolitana, marco territorial en el cual se inscribe esta tesis.

ENDISC 2004, resultados de la Región Metropolitana (R.M)

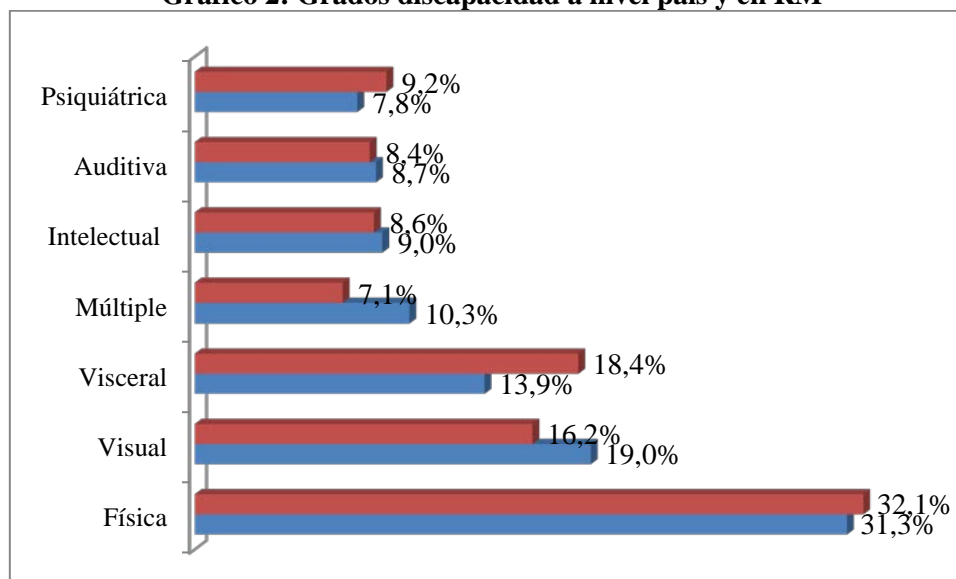
El informe ejecutivo sobre la Región Metropolitana¹⁶ de la ENDISC (2005) deja en evidencia que se trata de una de las regiones con menor porcentaje de PeSD en Chile, con un 11,5%, situándose por sobre las regiones de Magallanes (6,9%), Valparaíso (8,5%) y Antofagasta (11,4%). En cuanto al grado de discapacidad, un 6,8% de la población presenta discapacidad leve; un 2,7% moderado y un 2,1% severo.

Otro aspecto interesante de observar es lo que sucede con el género, ya que el porcentaje de mujeres que presentan discapacidad es algo mayor en comparación a nivel país. En la R.M, las mujeres representan un 61,5% del total, mientras que el porcentaje nacional es de 58,2%.

En relación al tipo de discapacidad, como se puede ver en el gráfico N°2, hay un predominio de las de tipo física (32,1%), claro que, esta vez seguidas por la discapacidad visceral (18,40%). Las menos frecuentes son la auditiva (8,4%) y la múltiple (7,1%), tal como se refleja en el siguiente gráfico.

¹⁶ Recuperado el 17-04-2017 en <http://www.ine.cl/estadisticas/sociales/discapacidad>

Gráfico 2: Grados discapacidad a nivel país y en RM



Elaboración propia en base a ENDISC, 2004

Una caracterización general de la realidad de las personas con discapacidad ofrece los siguientes términos:

- En lo ocupacional: Un 32% de los mayores de 15 años con discapacidad realiza algún tipo de trabajo remunerado, lo que implica que 1 de cada 9 realice exclusivamente trabajo remunerado; 1 de cada 5 efectúe indistintamente trabajo remunerado y quehaceres del hogar; 2 de cada 5 efectúen exclusivamente trabajo remunerado y quehaceres del hogar; y 1 de cada 5 no realice ninguna actividad.
- En lo educacional: Hay un notorio contraste entre el 8,0% de PeSD que han logrado acceder a estudios superiores (25.644 personas en la R.M) y aquel 39,9% que sólo tiene estudios básicos incompletos. La brecha es tan evidente que el respectivo informe regional (s/a) concluye que *“en la Región Metropolitana por cada 1 persona con discapacidad que estudia, existen 11 personas con discapacidad que no lo hacen”* (FONADIS-INE, s/a, p. 07).
- Condición socio-económica: 1 de cada 4 personas con NSE bajo presenta algún tipo de discapacidad. En NSE medio, la razón es 1 de cada 8 personas, mientras que en el NSE medio alto y alto, existe 1 por cada 21 que no la tienen.

A continuación se presentan los resultados de la ENDISC 2015.

ENDISC 2015

El Segundo Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC, 2015) tuvo como objetivo principal “*determinar la prevalencia y caracterizar la discapacidad a nivel nacional, identificando las principales brechas de acceso a las personas en situación de discapacidad en Chile y, a partir de ello, evaluar los resultados en la aplicación de la normativa nacional e internacional y en las políticas, planes y programas existentes en la materia*” (SENADIS, 2016, p. 21).

Los resultados de la población general (2 a más años) indican que un 16,7% de la población nacional tiene algún tipo de discapacidad, vale decir, un total de 2.836.818 personas. Se mantiene la tendencia que indica que a mayor edad aumenta el porcentaje de PeSD, es así como un 5,8% de las personas que tienen entre 2 y 17 años tienen discapacidad, mientras que entre las personas de 60 o más años representan un 38,3%. En cuanto al género el contraste es manifiesto, un 20,3% de las mujeres tienen discapacidad, en comparación con el 12,9% de los hombres.

Según el grado de discapacidad, un 11,7% tiene una condición leve o moderada y un 8,3% severa¹⁷. Además, un 10,6% de las mujeres mayores de 18 años tienen discapacidad severa, en comparación con el 5,9% de los hombres.

Respecto al nivel socio-económico (NSE), y también considerando la población mayor de 18 años o más, en el quintil I hay un 25,5% de PeSD y en el quintil II hay un 24,4%; cifras que contrastan significativamente con el V quintil, donde un 12,4% tiene algún tipo de discapacidad.

En la región Metropolitana, hay un 17,2% de PeSD, porcentaje que se sitúa bajo las regiones de Arica-Parinacota (23,4%), Atacama (19,2%), O’Higgins (19,9%), Biobío (18,3%), Los Ríos (19,5%) y Magallanes (20,5%).

A diferencia de lo que ocurre con la ENDISC 2004, en esta nueva medición no existen grandes diferencias entre el grado de discapacidad y el lugar de residencia (urbano/rural). En el medio urbano, las PeSD severas llegan a un 8,4% y las PeSD leves

¹⁷ Esta variable considera al universo de los adultos, vale decir, personas de 18 o más años, entre los cuales hay un total de 2.606.914 PeSD (20%).

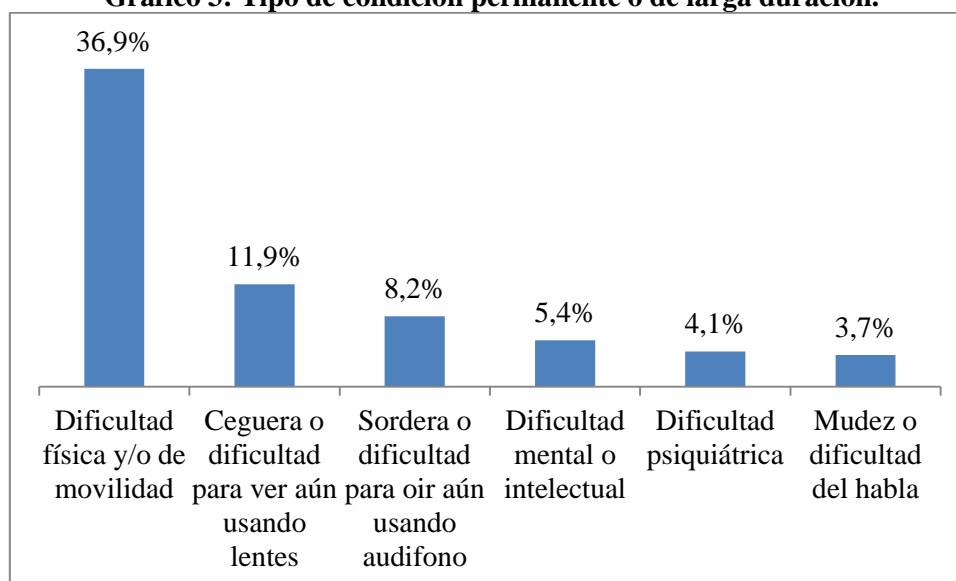
o moderadas a un 11,5%, mientras que en el medio rural es un 8% y un 12,9%, respectivamente.

Ahora bien, esta nueva encuesta, al igual que la CASEN 2006, presenta un cambio respecto a la forma de medir el tipo de discapacidad, entendiendo que la discapacidad puede responder a una condición transitoria o permanente. Surge, entonces, una nueva variable que se denomina “*presencia de alguna condición permanente o de larga duración*”, atributo que se manifiesta en los ámbitos de:

- Mudez o dificultad en el habla.
- Dificultad física y/o movilidad
- Dificultad psiquiátrica.
- Dificultad mental o intelectual.
- Sordera o dificultad para oír, aun usando audífono.
- Ceguera o dificultad para ver, aun usando lentes.

Además, esta nueva variable comprende tanto a las PeSD, como aquellas personas que no están en situación de discapacidad (PsSD). Entre las las PeSD hay un 51,6% que tiene este atributo, prevaleciendo las que tienen dificultades físicas y/o en la movilidad (36,9%) y las que tienen ceguera o dificultad en la vista (11,9%), tal como se ve en el siguiente gráfico.

Gráfico 3: Tipo de condición permanente o de larga duración.



Elaboración propia en base a ENDISC, 2015

A continuación, se presentan los principales resultados de la Encuesta Nacional de Gestión Municipal.

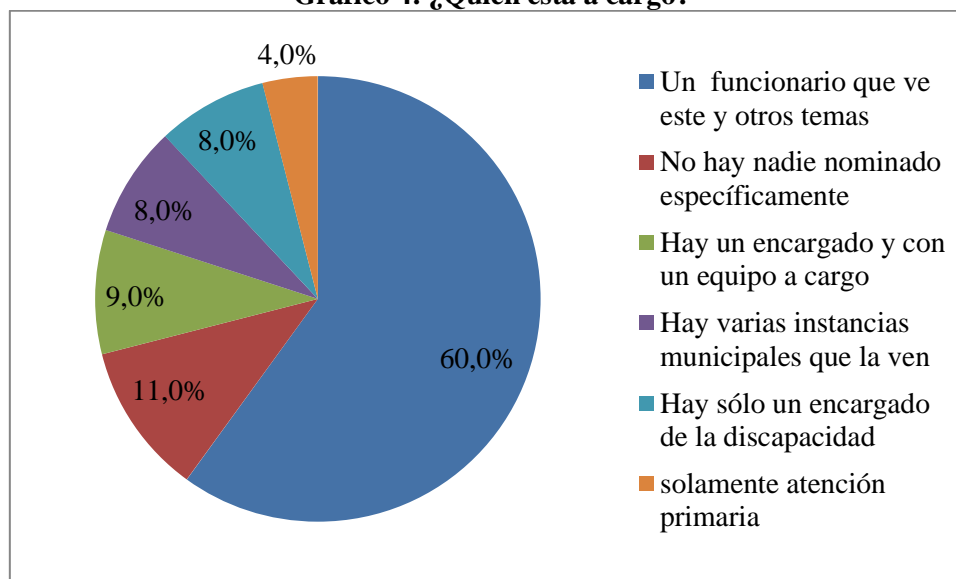
Estadísticas nacionales en gestión en discapacidad

Los resultados de la “Primera Encuesta Nacional sobre Gestión Municipal de la Discapacidad”, desarrollada por la Secretaría Ejecutiva del Sistema de Protección Social (MIDEPLAN, 2008), son hasta el instante las únicas estadísticas que existen en el país sobre el tema¹⁸.

En relación a la estructura y la organización municipal, lo más común es que haya un sólo funcionario encargado de la discapacidad y que cumpla otras funciones indistintamente (60%). Sólo un 9% de los municipios indica contar con un encargado y un equipo de trabajo y un 8% tiene a un encargado municipal con dedicación exclusiva, tal como se ve en el siguiente gráfico.

¹⁸ En 2013 y 2014, se intentó efectuar una segunda versión de la Encuesta, pero lamentablemente la participación de los municipios no permitió lograr los objetivos buscados.

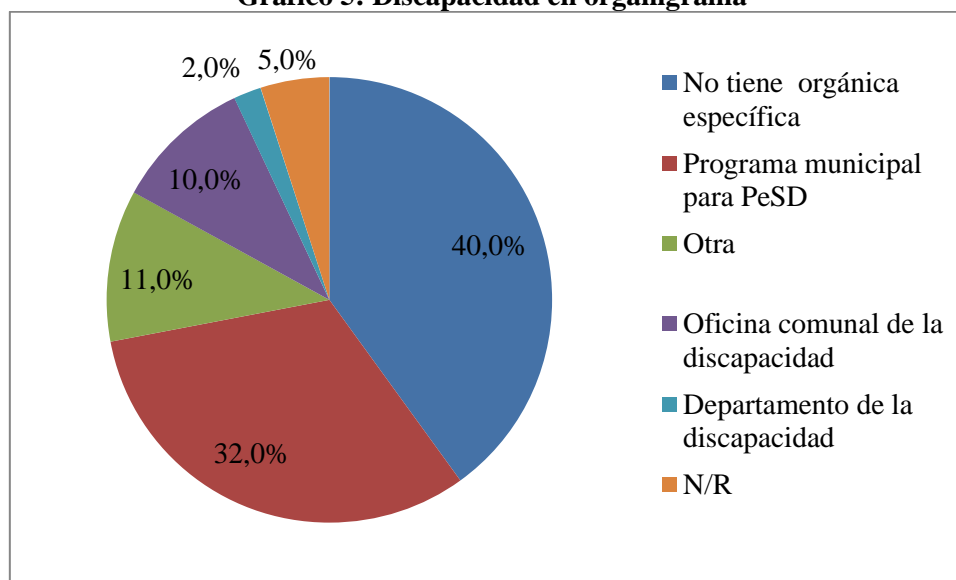
Gráfico 4: ¿Quién está a cargo?



Fuente: Encuesta Nacional sobre Gestión Comunal de la Discapacidad (2008)

También se ve que, del conjunto de las municipalidades, un 40% reconoció no contar con una orgánica específica en materia de discapacidad. Entre aquellos que sí tienen un organigrama, un 32% funciona a través de un programa y sólo un 10% tiene una oficina comunal de la discapacidad, tal como se aprecia en el siguiente gráfico.

Gráfico 5: Discapacidad en organigrama



Fuente: Encuesta Nacional sobre Gestión Comunal de la Discapacidad (2008)

La mayor parte de las unidades municipales a cargo de la discapacidad fueron creadas recientemente. Un 36% entre el 2000 y el 2004 y un 24% desde el 2005 en adelante, mientras que un 30% fueron implementadas entre 1995 y 1999. A su vez, un 36% indica

tener explícitamente incorporada a la discapacidad en la política de desarrollo social y/o comunitario de la municipalidad, o en su Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO). Un 25% cuenta con un catastro municipal de PeSD.

Respecto al recurso humano (RRHH), lo más común es que los equipos de trabajo no superen las 5 personas. En esta situación se encuentra el 46,5% de municipios que indica tener “al menos una persona” y el 28,7% que señala disponer de 2 a 5 personas. En contraste, los equipos con más de 10 personas, corresponden sólo al 2,4%.

Tabla 3: Cantidad de RRHH

RRHH	%
Al menos una persona	46,5
Entre 2 y 5	28,7
Más de 5	4,2
Más de 10	2,4
No tiene	0,6
N/R	17,5

Fuente: Encuesta Nacional sobre Gestión Comunal de la Discapacidad (2008)

Respecto al grado de preparación y la formación continua de los equipos o personas a cargo de la discapacidad¹⁹ hay diferencias importantes, tal como se detalla a continuación.

- *Entre aquellos que llevan el tema y tienen un equipo a cargo:* Existe un mayor grado de preparación (20% tienen formación en medicina, terapia ocupacional o carreras afines), pero más dificultades en la formación continua (46% ha asistido a seminarios o cursos de actualización).
- *Entre aquellos que llevan el tema, sin equipo:* Existe menor nivel de preparación (10% tienen formación en medicina, terapia ocupacional o carreras afines), pero un 62% ha podido asistir a seminarios o cursos de actualización.

¹⁹ En este punto se presenta sólo las estadísticas de aquellos encargados sin un equipo de trabajo por ser la opción más frecuente (no se considera entonces a los encargados de la discapacidad que sí disponen de un equipo).

En cuanto a la atención de usuarios y usuarias, la mayoría llega referido de los centros de salud de atención primaria (59,5%) para resolver problemas sociales.

Tabla 4: Razones por las cuales llegan

Razones por las cuales llegan	%
Derivados de salud primaria para resolver temas sociales	59,5
Referidos desde otras oficinas municipales que no ven discapacidad	39,3
Llegan porque no han tenido soluciones entre otras instancias	38,7
Primera atención: solicitan información sobre la red comunal de atención	38,4
Otra	21,5

Fuente: Encuesta Nacional sobre Gestión Comunal de la Discapacidad (2008)

Independientemente del modelo de gestión, las principales funciones que desempeñan los municipios son: gestionar ayudas técnicas (72,2%), tramitar beneficios (71,9%) y atender público para informar o derivar (65,9%), tal como se aprecia en la siguiente tabla.

Tabla 5: Funciones (respuesta múltiple)

Funciones	%
Gestión de ayudas técnicas	72,2
Tramitar beneficios	71,9
Atiende público (información y derivación)	65,9
Gestiona proyectos para apoyar iniciativas comunitarias en discapacidad	46,8
Es contraparte comunal del FONADIS	42,3
Participa de alguna red comunal de discapacidad	29,6
Brinda apoyo psicosocial a los usuarios que atiende	27,8
Abre expediente de casos para seguimiento a las derivaciones	27,2
Lidera o coordina alguna red local para personas con discapacidad	25,7
Lleva las estadísticas comunales sobre discapacidad	16,0
Aplica algún instrumento de diagnóstico psicosocial	12,1
Otra	10,9

Fuente: Encuesta Nacional sobre Gestión Comunal de la Discapacidad (2008)

Estas funciones se inscriben en ciertos ámbitos o líneas de acción priorizadas en la labor municipal. Al respecto, lo más frecuente es que se gestionen recursos financieros para

cubrir servicios específicos (47,4%) y se potencien iniciativas comunitarias de y para PeSD (44,4%), tal como se ve en la tabla que está a continuación.

Tabla 6: Líneas de acción (respuesta múltiple)

Líneas de acción o ámbitos de gestión	%
Gestionar recursos para financiar servicios específicos de PeSD y sus familias	47,4
Fortalecer las iniciativas comunitarias de y para PeSD	44,4
Fortalecer las redes comunales de la discapacidad	38,7
Incorporar a las PsD de la comuna al sistema de protección social	36,9
Posicionar el tema en otras áreas de la gestión social del municipio	29,9
Desarrollar una estrategia de intervención para las PeSD y sus familias	27,8
Integrar el trabajo de la unidad a otras áreas de protección social del municipio	27,2

Fuente: Encuesta Nacional sobre Gestión Comunal de la Discapacidad (2008)

Se consulta por una serie de situaciones que son deseables de alcanzar²⁰. Como se podrá ver a continuación, el hecho de apoyar a una organización comunitaria cuando necesita respaldo para realizar iniciativas a favor de PsD es la práctica más lograda por los municipios (46,6%). Por el contrario, la falta de consideración de las PeSD en las iniciativas relacionadas con la protección social de las personas vulnerables es el atributo menos logrado (13%).

Tabla 7: Situaciones analizadas

Situaciones analizadas	N	A	B	C	D
Cuando una PsD o su familiar necesitan apoyo, sabe exactamente a qué lugar del municipio acudir o es fácil que lo identifique	293	31.4%	38.8%	33.6%	6.9%
Cuando una PsD o su familiar solicita orientación sobre dónde concurrir y qué beneficios obtener, recibe satisfactoriamente la información que necesita.	298	43.6%	42.7%	23.1%	4.7%
Cuando se levantan iniciativas vinculadas a la protección social de las personas vulnerables de la	298	20.8%	33.2%	39.0%	13.0%

²⁰ La columna A representa la categoría Muy de acuerdo. Esto ocurre muy cercanamente a lo descrito; B = De acuerdo. Esto suele ocurrir así en la mayoría de los casos; C = En desacuerdo. Actualmente no es posible asegurar que esto ocurra de esa forma; y D = Totalmente en desacuerdo. Actualmente no hay posibilidades de que eso se concrete así

comuna, hay consideraciones específicas para las PsD					
Áreas municipales estratégicas para la protección social como Subsidios, Ficha de Protección Social y UIF, se encuentran y coordinan en función de PsD.	295	29.5%	44.8%	21.0%	5.9%
En las redes locales de intervención actualmente existentes (para grupos vulnerables) hay representación del tema de la discapacidad.	292	14.7%	50.9%	11.3%	3.1%
Cuando una PsD o su familiar es recibida en primera atención por la unidad municipal, es derivada a otras instancias y acompañada en ese proceso.	290	28.3%	35.3%	12.0%	6.2%
Cuando una PsD o su familiar es atendida por temas sociales, se produce coordinación con los centros de salud donde se atiende o debiera atenderse.	293	34.8%	50.9%	11.3%	3.1%
Cuando una organización comunitaria necesita respaldo para realizar iniciativas a favor de PsD, la municipalidad concurre y participa de ese proceso.	292	46.6%	35.3%	12.0%	6.2%

Fuente: Encuesta Nacional sobre Gestión Comunal de la Discapacidad (2008)²¹

También, identifica espacios de mejora percibidos por los encargados de la discapacidad. Al respecto, los puntos más sensibles son la falta de un programa de trabajo (61,6%) y la capacitación del RRHH (60,7%), tal como se ve a continuación.

Tabla 8: Oportunidades de mejora

Oportunidades de mejora	N	%
Tener un programa de trabajo claro en torno al tema de discapacidad en la comuna	204	61,6
Capacitar a los gestores municipales de la discapacidad	201	60,7
Contar con una política municipal de protección social para la discapacidad	197	59,5
Contar con presupuesto propio para financiar servicios o iniciativas	173	52,3

²¹ Los porcentajes que se presentan en esta tabla no necesariamente suman 100%, siendo los datos publicados por este estudio.

sin cobertura		
Incrementar la relación con la red de salud de la comuna	158	47,7
Intensificar la vinculación del tema (y quien lo coordina) con otras áreas municipales	139	42,0
Mejorar la relación con las organizaciones comunitarias que trabajan en el tema	100	30,2

Encuesta Nacional sobre Gestión Comunal de la Discapacidad (2008)

Por último, la encuesta identifica comunas con alto estándares en la gestión municipal, entendiéndose por ellas las que cumplen con los siguientes criterios²²:

- ✓ El funcionario tiene un equipo cargo o bien el funcionario tiene dedicación exclusiva para ver el tema de la discapacidad.
- ✓ El funcionario a cargo tiene formación médica o bien tiene cursos de especialización en discapacidad.
- ✓ Tienen una oficina o departamento o programa municipal de discapacidad.
- ✓ Tiene presupuesto municipal propio.

Hitos históricos de la gestión municipal en Chile

En 2011, la Asociación Chilena de Municipalidades (MUNITEL) hizo público un documento que sistematizó diferentes tipos de intervenciones municipales en discapacidad, el cual, además, entrega datos históricos importantes sobre el proceso de instalación del tema en los municipios. La municipalidad de La Pintana fue una de las primeras en abordarlo a nivel país, cuando en 1992 creó su Programa Municipal de Apoyo a la Discapacidad, el cual entregaba prestaciones sociales, culturales y deportivas. En 1995, la Municipalidad de Concepción daría un nuevo paso, con la creación de su Departamento de la Discapacidad, el cual fue el primero de su tipo en el país. En 1997, la MUNITEL hizo un llamado a los municipios a incorporar la discapacidad en su gestión, pero dejando en sus manos la decisión sobre que fórmula emplear. En 2000, la municipalidad de EL Bosque creó su Oficina de la Discapacidad,

²² En el caso de la Región Metropolitana, las comunas que cumplieron con tales criterios son Maipú, El Bosque, La Pintana, Peñalolen, Puente Alto y Peñalolen.

mientras que, en 2007, implementó su CCR. La municipalidad de Lo Barnechea, por su parte, en 2005, inaugura su Programa Intersectorial de Apoyo Terapéutico (PIAT), el cual provee de recursos terapéuticos a niños y niñas de la comuna.

Por otro lado, los entrevistados de nivel nacional y local relevan el rol fundamental que la comunidad ha jugado en la instalación de la discapacidad en los municipios, y donde la capacidad de persuasión de las organizaciones sociales de la discapacidad (destacando, por ejemplo, los consejos comunales de la discapacidad²³) ha sido el motor para lograr torcer voluntades al interior de los municipios, captando el interés de algún profesional o técnico municipal, generalmente del área de salud o social (DIDECO), quien comenzó a apoyarlos en la búsqueda de soluciones y en la organización de sus actividades.

El rol de FONADIS y del Ministerio de Salud (MINSAL) también ha sido relevante en la provisión de servicios municipales en discapacidad, organismos que desde mediados del 2000 vienen trabajando conjuntamente en la promoción de la Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC) a nivel comunal, lo cual culminaría con el Convenio de Cooperación para el reforzamiento de la RBC (FONADIS-MINSAL, 2004-2006). En 2010, el MINSAL daría a conocer las Orientaciones Metodológicas para el desarrollo de las estrategias de Rehabilitación en Atención Primaria de Salud, APS, (2010-2014).

Actualmente, SENADIS destaca por la implementación de su Estrategia de Desarrollo Inclusivo (EDLI), la cual se describe a continuación.

Estrategia de Desarrollo Local Inclusivo (EDLI)

Según los profesionales de SENADIS (2015) la EDLI corresponde a un “conjunto de procedimientos, acciones o prácticas que se desarrollan en espacios locales a objeto de asegurar el establecimiento de comunidades que busquen garantizar igualdad de resultados, autonomía y vida independiente de sus miembros, ausencia de

²³ La Sociedad de Fomento Fabril (SOFOFA), ha jugado un rol importante en la creación de los Consejos Comunales de la Discapacidad, desde 1992, a través de su Comisión de Discapacidad y en el marco de la responsabilidad social empresarial (RSE).

discriminación arbitraria y accesibilidad universal en constante diálogo con la sociedad civil". (Senadis, 2015, p. 03).

Se trata de una estrategia que nace de diferentes programas o líneas de acción que ejecutaba SENADIS en los territorios locales. Su objetivo general es *“impulsar y fomentar el desarrollo local inclusivo a nivel comunal en Chile, desde una perspectiva integral de gestión municipal inclusiva, por medio del apoyo y cooperación técnica a las municipalidades, así como desde la coordinación intersectorial de los gobiernos locales para reorientar o profundizar las políticas de desarrollo municipal en esta perspectiva”* (Senadis, 2015, p. 18).

Sus principales referencias son el enfoque de Derechos Humanos; los modelos y/o estrategias de Determinantes Sociales; Desarrollo Humano, Desarrollo Inclusivo y a la RBC. En total, son 6 los ámbitos de acción, tal como se observa en el siguiente cuadro.

Tabla 9: EDLI. Ámbitos de acción

Ámbitos	Ítem	Índice basado en
Subsistencia, Ingresos y Trabajo	Trabajo Remunerado	OMIL inclusiva
Educación Inclusiva	Básica, Media y Superior	Programa de Integración Educativa, Proyecto de Educación Institucional y Diseño Universal de Aprendizaje.
Protección y garantía social	Asistencia Personal (Servicios de Apoyo y Cuidados)	Vida independiente
	Acceso a la justicia	Igualdad, estructura, sistemas de respuestas, derivaciones, protocolos, redes
Salud Inclusiva	Rehabilitación	Implementación RBC
Fortalecimiento Comunitario	Organizaciones de PeSD, Participación y Movilización Comunitaria	Participación social (asociatividad, fortalecimiento, mecanismos, principios, estructura, niveles, capacitación, redes)
Transversales	Accesibilidad entornos	Edificio Consistorial, Edificio de atención

		de público y acceso a beneficios, proyecto arquitectónico emblemático
	Accesibilidad web	Página web municipal es accesible para la entrega de información y la realización de trámites en línea.
	Fortalecimiento de la Oficina/Departamento /Programa /Encargado discapacidad municipal	Capacitación, fortalecimiento de recursos humanos y físicos, sistemas de coordinación internos y externos, entre otros.

Fuente: EDLI, 2015

Cada uno de estos ámbitos cuenta con una evaluación inicial y de salida, cuyo eje es el Índice Integral de Inclusión Municipal (IMDIS), un instrumento de medición desarrollado por SENADIS²⁴, el que permite determinar las brechas en materia de inclusión y orientar un proceso de mejora continua en la gestión en discapacidad. Se compone de 8 dimensiones, cuales son:

- Oficina Discapacidad.
- Vida Independiente.
- Participación.
- Salud.
- Inclusión Laboral.
- Educación.
- Atención temprana.
- Acceso a la justicia.

Las dimensiones, por su parte, se expresan en 203 indicadores, los que funcionan como preguntas y están agrupadas en 5 factores, ellos son:

- Estratégico.
- Operacional o procedimental.
- Estructura física y humana.
- Coordinación.

²⁴

Recuperado el 15-10-2017 en http://www.senadis.gob.cl/pag/425/1700/indice_de_inclusion_municipal_en_discapacidad_imdis

- Trabajo en red y beneficiarios

En términos operacionales, la EDLI funciona por medio de 6 acciones generales desarrolladas secuencialmente en un marco temporal que puede ir desde 6 meses a 2 años. El primer paso es la ya mencionada evaluación de entrada de la oferta municipal; el segundo es el levantamiento de la demanda ciudadana en inclusión social y discapacidad, funcionando a través de una convocatoria a las organizaciones sociales de la discapacidad (OSD) de la comuna; el tercero es la ejecución del plan de financiamiento EDLI; el cuarto es el Plan de Asesoramiento, el cual se dirige a la unidad a cargo de la discapacidad, en conjunto con las unidades de Intermediación Laboral, Obras; Desarrollo Comunitario, Salud y Educación Municipal, entre las principales; el quinto es la Coordinación Intersectorial local, la cual se lleva a cabo a través de las Direcciones regionales de SENADIS, quienes organizan reuniones y promueven acuerdos entre entidades públicas y privadas; el sexto paso es la evaluación de salida.

Está dirigida a todos aquellos municipios que cuentan con Programa, Oficina o Departamento de la Discapacidad, los cuales, según la Encuesta Nacional sobre Gestión Comunal de la Discapacidad (MIDEPLAN, 2008), corresponden a 150 de los 345 Municipios del país. Los municipios se seleccionan a través de una convocatoria pública.

La estrategia se inició en 2015, con 23 municipios seleccionados²⁵, en 2016 fueron 26 los municipios, de los cuales 5 eran de la Región Metropolitana (Alhue, Peñalolen, Curacaví, María Pinto, Lo Prado). En 2017, son 26 las municipalidades, en la RM corresponden a Cerro Navia, Renca, Macul, La Granja y Recoleta.

Si bien se trata de una estrategia recientemente implementada, lo cierto es que ya está entregando sus primeros resultados, avanzando en el fortalecimiento del trabajo intersectorial al interior de los municipios.

²⁵ En la página web de SENADIS no se encontró información específica sobre los municipios seleccionados en 2015, pero sí acerca del proceso de selección de las instituciones ejecutoras del Plan de Apoyo a la EDLI, en el cual viene indicado el número de municipios por regiones: 5 en la Metropolitana; 4 en Los Lagos y Biobío; 3 en Valparaíso, 2 en La Araucanía; 1 en Atacama, O'Higgins, Maule, Aysén, Magallanes y Los Ríos.

Gestión municipal discapacidad en las comunas de Ñuñoa y El Bosque

Actualmente, la municipalidad de El Bosque cuenta con una Oficina de la Discapacidad, al interior de la cual funciona un CCR. Por su parte, la municipalidad de Ñuñoa hasta principios de 2017, no tenía “una orgánica específica”²⁶, aunque dispone de diferentes tipos de prestaciones dispersas en sus diferentes unidades municipales. En paralelo, las PeSD de ambas comunas tienen cobertura en Salud y Educación, además de una oferta de servicios deportivos, entre lo principal.

Se revisa, en lo que sigue, la gestión municipal en discapacidad de cada comuna, comenzando con datos socio-demográficos relevantes.

EL BOSQUE

Según el reporte comunal de la Biblioteca del Congreso Nacional (BCN, 2015), la comuna presenta un crecimiento poblacional de un 10,43%, pasando de 175.594 personas en 2002 a 193.915 en 2015. Respecto a la variable etarea, hay un número parecido de personas entre 15 y 29 años y personas entre 45 y 64 años, siendo los dos grupos etareos con mayor número de población.

Tabla 10: Edad, comuna El Bosque (2012).

Tramo etareo	N°	%
0-14	40.112	20,69
15-29	46.906	24,19
30-44	40.696	20,99
45-64	47.737	24,62
65 o más	18.464	9,52
Total	193.915	100

Fuente: Reportes Comunales BCN.

En relación a los indicadores sociales, en 2013, había un 13,21% de personas en situación de pobreza en la comuna, lo que la situaba sobre la RM (9,20%), pero levemente abajo en comparación con el país (14,4%).

²⁶ Como ya se sostuvo anteriormente, la municipalidad está en proceso de creación de la oficina de inclusión social y discapacidad (Actualmente, se encuentra en estudio la creación de la oficina por parte de la Contraloría Municipal), la cual se encuentra abierta desde marzo del 2017, pero no está decretada aun su constitución.

En cuanto a los servicios de salud, la comuna cuenta con 6 consultorios urbanos y 1 centro de salud. La mayor parte de su población, en 2015, estaba inscrita en los servicios de salud municipal (190.185), al igual con lo que sucede en la cobertura del Fondo Nacional de Salud (FONASA), sumando 149.307 en 2013.

Respecto a los indicadores municipales, en 2014, un 59,10% de sus ingresos provenían del Fondo Común Municipal (FCM), mientras que un 15,9% son propios y permanentes. El gasto en salud y educación ha ido incrementándose, tal como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 11: Gastos educación y salud, comuna El Bosque

	Miles de \$		
Ámbito	2010	2012	2014
Educación	8.007.463	10.741.756	11.738.326
Salud	8.105.693	10.693.392	14.144.223

Fuente: Reportes Comunales BCN.

La participación de las organizaciones de la sociedad civil se expresa en un alto número de clubes deportivos y otros tipos de organizaciones comunitarias, entre las cuales se encuentran las de discapacidad.

Tabla 12: Asociatividad, comuna El Bosque (2014)

Tipo organización	N°
Clubes deportivos	685
Centros de madres	65
Centros de Padres y Apoderados	75
Centros u Organizaciones del Adulto Mayor	135
JJVV	130
Uniones comunales	6
Otras organizaciones comunitarias funcionales	870
Total	1.966

Fuente: Reportes Comunales BCN

Por su parte, los orígenes de la gestión municipal en discapacidad en El Bosque, tal como ocurre con la gran mayoría de los municipios que tienen una unidad o programa a cargo de la discapacidad, obedecen a la demanda ciudadana, la cual fue recogida por el

actual Alcalde, el Sr. Sadi Melo, quien en 1997, radicó la tramitación de las ayudas técnicas para PeSD en el Departamento Social (DIDECO).

En el año 2000 se decreta la constitución de la Oficina de la Discapacidad, la cual en sus inicios tuvo como foco principal la labor psicosocial. El trabajo municipal, en conjunto con la comunidad, fue clave para que el 2007, se creará un CCR, ampliando el campo de acción al área de la rehabilitación, respondiendo, entonces, a la demanda no cubierta de atención para las PeSD física, mayores de edad, que residían en la comuna.

La Oficina de la Discapacidad y el CCR tienen como una primera función instalar la variable discapacidad en todas las unidades municipales, tarea que, como ya sostuvo, se ha visto reforzada desde el 2015 por medio de la ejecución de la EDLI.

Actualmente, la planificación se rige por 5 líneas de acción. Según la cuenta pública de la I.M El Bosque del 2015, ellas son:

- i. *Promoción.* Entrega de herramientas, conocimientos y desarrollo de habilidades a personas, familias o comunidades para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.
- ii. *Prevención.* Busca evitar la ocurrencia de enfermedades específicas en los individuos o grupos sociales de alto riesgo.
- iii. *Rehabilitación.* Consiste en un proceso sistemático mediante el cual la persona restaura sus capacidades para desarrollarse con el medio físico, social y psicológico. Funciona a través del CCR El Bosque.
- iv. *Desarrollo Comunitario.* Busca recomponer las relaciones comunitarias, articular el contacto entre el movimiento asociativo y generar participativamente la definición compartida de las necesidades, problemáticas y posibles soluciones entre el mayor número posible de agentes sociales (instituciones, movimiento social y asociativo y bases sociales afectadas).
- v. *Trabajo intersectorial.* Busca colocar la temática en la agenda de otros sectores, como un problema que les atañe y en cuya solución se encuentran involucrados.

También, la cuenta pública (2015) permite identificar los productos asociados a cada línea de trabajo, los que se resumen en el siguiente cuadro.

Tabla 13: Productos y líneas de acción. Oficina Municipal Discapacidad El Bosque.

Línea de acción	Productos
Promoción	Charlas sobre beneficios sociales; Confección de mural itinerante con la comunidad; Seminario de derechos sexuales y reproductivos de las PeSD; y campañas comunicacionales masivas: diario mural, radio y maletín de servicios.
Prevención	Educación de patologías; Taller expresión de emociones con PcD visual; y Consejerías familiares.
Rehabilitación	Plan y atención de usuarios/as (incluye seguimiento); entrenamiento sobre el uso de ayudas técnicas; vinculación de usuarios/as del CCR a actividades recreativas y culturales; talleres de hidromasaje y ergoperapia, entre las principales.
Desarrollo comunitario	Acompañamiento y asesoramiento de organizaciones formales e informales; Taller liderazgos; Actividad de devolución de resultados diagnóstico participativo y plan asociado; Celebración del día de la discapacidad comunal y del día del deporte adaptado; Tramitación de ayudas técnicas; talleres deportivos, entre los principales
Fortalecimiento Comunitario	Participación social (asociatividad, fortalecimiento, mecanismos, principios, estructura, niveles, capacitación, redes)
Trabajo intersectorial	Trabajo con unidades municipales (OML, deporte y comunicaciones); coordinación con colegios; seguimiento participación y actualización de ventanilla Única.

Fuente: Cuenta Pública, IM El Bosque. 2015

La cuenta pública del 2016 de la Municipalidad, por su parte, permite ligar las líneas de acción a los siguientes 8 objetivos:

- Promoción derechos y deberes en la comunidad.
- Desarrollo y/o fortalecimiento el trabajo organizacional.
- Sensibilización y difusión sobre la temática de discapacidad.
- Entrega de herramientas a la comunidad con discapacidad para el ejercicio de sus derechos.
- Fomento del deporte y la recreación inclusiva.
- Desarrollo del autocuidado en PsD y sus familias.

- Desarrollo de habilidades físico – funcionales y potenciar el desempeño de las PsD.
- Promoción del trabajo en red.

La planificación del trabajo de la Oficina de la Discapacidad es informada a la Unión Comunal de la Discapacidad, recogándose previamente su opinión a través de los diagnósticos participativos, en reuniones de trabajo mensuales y por medio del trabajo de los “territorialistas” de la Oficina.

El recurso humano de la Oficina de la Discapacidad es el siguiente:

- 2 trabajadores sociales. Uno a cargo de las ayudas técnicas y la atención de la demanda derivada desde la Alcaldía o que llega espontáneamente. El otro destinado a las visitas domiciliarias y los análisis de caso en el CCR. Ambos, además, apoyan las gestiones en el territorio.
- 2 terapeutas ocupacionales. Uno destinado, principalmente, al trabajo territorial y el otro ejerce labores en el CCR.
- 2 ½ Kinesiólogos. Con labores en el CCR.
- 2 Fonoaudiólogos. Con funciones territoriales.
- 1 Psicóloga. A cargo de atención de casos y talleres.
- 2 Educadores diferenciales. Una a cargo de la unidad y el otro con labores como “territorialista”.
- 1 Profesor de educación básica (con especialidad en lo deportivo). Funciones en los talleres deportivos.
- 2 Administrativos.

Algunos de éstos RRHH son contratados por la municipalidad (ya sea directamente por la Oficina o bien por las unidades de Salud y Educación²⁷), mientras que otros son externos, productos de convenios de cooperación con universidades (terapia ocupacional, kinesiología y fonoaudiología).

²⁷ Este punto será tratado con mayor profundidad en la parte de compromiso y desarrollo de las personas, ya que tiene directa relación con el tema de la capacitación del RRHH.

En cuanto al presupuesto²⁸, parte de los recursos de la Oficina de la Discapacidad provienen desde el propio Municipio, aunque también ha sido capaz de sumar otras fuentes de financiamiento. Según la cuenta pública (2016) el total del presupuesto ascendió a \$218 millones, \$45 millones fueron aportados por el municipio, lo que representa un 21% aproximadamente. En la siguiente tabla se resume el presupuesto de acuerdo a los diferentes ítems contemplados.

Tabla 14: Presupuesto, 2016. Oficina Municipal Discapacidad El Bosque.

Descripción (del Bien, Servicio y/o Beneficio)	Monto
Presupuesto Municipal (operación y RRHH).	\$45.000.000
Convenio Universidades por uso campo clínico	\$ 2.000.000
Recurso Humano Externo	\$45.000.000
Otros RRHH + insumos, entregados desde el SSMS	\$21.000.000
Proyecto EDLI	\$75.000.000
25 Ayudas Técnicas	\$30.000.000
Total	\$218.000.000

Fuente: Cuenta Pública, IM El Bosque. 2016

La gestión municipal en discapacidad se extiende a los sectores de la salud y la educación municipal, reflejándose en los instrumentos que les rigen, vale decir el Plan de Salud Comunal (2014) y el PADEM (2015).

El Plan de Salud Comunal (2014) contiene el programa de Atención domiciliaria a usuarios en situación de dependencia severa²⁹, el cual, en 2013, brindó atención médica a 167 personas de todas las edades, además de entrega de capacitación y ayuda económica a sus cuidadores.

El Plan Anual de Educación Municipal (PADEM, 2015) da cuenta de dos tipos de servicios educacionales ofrecidos por la Municipalidad de El Bosque. Por un lado, la administración de la escuela especial Anne Sullivan, la cual ofrece cobertura a niños y niñas con discapacidad auditiva. Por otro lado, el programa de Atención a las

²⁸ En este punto, cabe tener presente, además, la entrega de recursos financieros que la Oficina de Subsidios hace, como es el caso del Subsidio a la Discapacidad Mental. Además, esta unidad recibe los antecedentes de las PeSD para la gestión de la pensión básica solidaria de Invalidez (PBSI), en el marco del Pilar Solidario o el sistema de Protección Social.

²⁹ Se la suele conocer como programa postrados.

Necesidades Educativas Especiales (NEE), el cual cuenta con un RRHH compuesto por: Educadores Diferenciales; Psicopedagogos; Profesores de Educación General Básica; Psicólogos; Fonoaudiólogos y Asistentes Social y/o Orientadores Familiares. En 2014 ofreció cobertura a 1.215 estudiantes en 18 establecimientos escolares.

ÑUÑO A

Según el reporte comunal de la BCN (2015), la comuna presenta un decrecimiento poblacional, con un -12,6%, pasando de 163.511 personas en 2002 a 142.857 en 2015. Respecto a la variable etarea, hay un mayor número de personas adultas (entre 45 y 64 años), tal como se ve en la siguiente tabla.

Tabla 15: Edad, comuna Ñuñoa (2012).

Tramo etareo	N°	%
0-14	20.886	14,62
15-29	30.570	21,40
30-44	31.168	21,82
45-64	36.844	25,79
65 o más	23.389	16,37
Total	142.857	100

Fuente: Reportes Comunales BCN.

En relación a los indicadores sociales, en 2006, la comuna tenía a un 4,3% de su población en situación de pobreza, en claro contraste con lo que ocurría con el país (13,7%).

En cuanto a los servicios de salud, la comuna cuenta con 5 centros de salud ambulatorios. Cerca de la mitad de su población, en 2015, estaba inscrita en los servicios de salud municipal (78.158), y un número levemente mayor tiene cobertura de FONASA, sumando 85.981, en 2013.

Respecto a los indicadores municipales, en 2011, un 61,94% de sus ingresos son propios y permanentes y sólo un 6,13% provenían del Fondo Común Municipal (FCM). El gasto en salud y educación prácticamente se ha duplicado entre 2005 y 2011, tal como se observa en la siguiente tabla.

Tabla 16: Gastos educación y salud, comuna Ñuñoa

	Miles de \$		
Ámbito	2005	2008	2011
Educación	5.593.696	8.900.784	10.747.796
Salud	2.765.212	4.552.598	5.715.869

Fuente: Reportes Comunales BCN.

La participación social, tiene un alto número de centros de apoderados y otras organizaciones comunitarias, entre las cuales se encuentran las de discapacidad.

Tabla 17: Asociatividad, comuna Ñuñoa

Tipo organización	N°
Clubes deportivos	54
Centros de madres	32
Centros de Padres y Apoderados	98
Centros u Organizaciones del Adulto Mayor	43
JJVV	39
Uniones comunales	2
Otras organizaciones comunitarias funcionales	119
Total	387

Fuente: Reportes Comunales BCN

Respecto a la gestión municipal en discapacidad, cabe tener presente que la decisión de no tener una unidad específica a cargo de la discapacidad es una medida compartida entre el anterior alcalde de la municipalidad, Sr. Pedro Sabat, y la que sigue siendo la principal organización comunal de la discapacidad (el Consejo Comunal de la Discapacidad de Ñuñoa)³⁰.

La carencia de una unidad a cargo de la discapacidad tiene como correlato la falta de un plan de trabajo, lo que no significa que no existan avances en la comuna en cuanto a la discapacidad. La revisión de las cuentas públicas municipales y las entrevistas permiten ver que el trato directo entre los dirigentes del Consejo Comunal de la Discapacidad y las autoridades municipales permitió los siguientes logros:

³⁰ Los motivos de esta decisión serán tratados con mayor profundidad en el subcapítulo de planificación estrategia y liderazgo.

- Educación: Mejoras en infraestructura escuelas especiales de la comuna, asesoría a directoras de las escuelas para la implementación de un plan de inserción laboral para estudiantes con discapacidad y seminarios y talleres educativos.
- Obras. Levantamiento del estado de la accesibilidad de la infraestructura y el espacio público.
- Transporte. Incorporación del bus de la integración.
- Deportes. Inclusión de PeSD en los talleres deportivos, a lo que se suman en 2014 la organización de Olimpiadas Especiales entre niños con discapacidad cognitiva y el apoyo de los estudiantes del colegio Hellen Keller para su participación en un torneo paralímpico.
- Información. Elaboración de un catastro de PeSD en la comuna.

La oferta programática de la Corporación Municipal de Deportes se compone por talleres inclusivos y otros exclusivos para PeSD. Además, en sus dependencias, se reúne semanalmente una organización social de discapacidad de la comuna, a la cual se le facilita el espacio, tal como sucede con las escuelas especiales de Ñuñoa.

En sintonía con lo anterior, existe una oferta de prestaciones municipales de distinta índole, la cual se encuentra dispersa en varias unidades municipales. La mayoría corresponde a políticas sectoriales de nivel nacional, siendo el municipio el encargado de ejecutarlas. En primer lugar, desde el 2015 existía una funcionaria de DIDECO a cargo de gestionar las ayudas técnicas entregadas por SENADIS. Esta dirección, a través de su Departamento de Asistencia Social participa, además, en la tramitación de las pensiones básica de invalidez (PBSI) y el subsidio de la discapacidad mental, recogiendo los antecedentes proporcionados por las PeSD de la comuna que postulan a estos beneficios.

En segundo lugar, está el sector de la salud por medio del programa de atención a postrados o de Atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, el cual es ejecutado por el área de Salud de la Corporación Municipal de Desarrollo Social de Ñuñoa. Su público objetivo considera a aquellas PeSD que no estén en condiciones de desarrollar las actividades de la vida cotidiana normalmente o en forma autónoma, los cuales son visitados periódicamente en sus domicilios por un grupo multidisciplinario

de profesionales de la salud (kinesiólogos, enfermeras y doctores). Además, las personas inscritas pueden optar a insumos como alimentación especial, medicamentos, pañales desechables, exámenes médicos y sillas de ruedas, entre otros.

A lo anterior, se suma el centro comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM), el cual cuenta con los siguientes programas:

- *Programa de Trastornos Psiquiátricos severos*: Incluye patologías como la Esquizofrenia.
- *Programa de Depresión*: Incluye los trastornos ansiosos y del ánimo severos.
- *Programa Infanto-juvenil*: Aborda los casos de déficit atencional, con o sin hiperactividad, además de trastornos emocionales y del comportamiento.

En tercer lugar, está la oferta educacional que la misma Corporación Municipal de Desarrollo Social de Ñuñoa brinda a los estudiantes de la comuna. Se divide en dos tipos de servicios. El primero corresponde a la administración de 3 escuelas especiales, siendo la única que cuenta con cobertura en discapacidad intelectual o cognitiva (colegio Aurora de Chile), discapacidad física (colegio Amapolas) y discapacidad visual (colegio Hellen Keller). El segundo corresponde al Programa de Integración Escolar (PIE), iniciativa que, según el PADEM (2017), en el año 2016, cubrió a 14 establecimientos escolares municipales, brindando atención a un número creciente de estudiantes con NEE, los que fueron 824 en 2013 y 1.146 en 2016³¹.

Por último, es importante reiterar que está en proceso de formalización la Oficina de la Inclusión social y Discapacidad, la cual tendrá como sello la constitución de una comuna accesible para las PeSD, haciéndose cargo, entonces, de las deficiencias que aun presentan las veredas, calles y la falta de señalización adaptada.

En lo que sigue se presenta el marco teórico de esta investigación.

³¹ Visto en PADEM 2016. Recuperado 15-10-2017 en https://www.cmdsnunua.cl/wp-content/uploads/2017/08/padem_2017.pdf

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

Se presenta la discusión teórica sobre los dos conceptos centrales de esta investigación. En primer lugar, los diferentes paradigmas y conceptos que se han ensayado a la hora de definir qué es la discapacidad. En segundo lugar, la calidad de los servicios municipales, un proceso que cuenta con un cuerpo teórico, el cual, como ya se ha dicho, se inscribe en el interés por modernizar la gestión del Estado.

DISCAPACIDAD

En las últimas cinco décadas, la discapacidad se ha visto expuesta a cambios conceptuales muy relevantes. Así lo afirma Schalock (1999), uno de los principales investigadores del tema, al sostener que *“A lo largo de mis 30 años de trabajo en el campo del retraso mental y del desarrollo de las discapacidades, he observado -y he sido parte de- un cambio radical en el modo de pensar sobre las personas con discapacidades y los servicios y apoyos que les proporcionamos”* (Schalock, 1999, s/p).

Según Claudia Muñoz³² es posible distinguir diferentes etapas históricas en el mundo occidental relacionadas con la forma de concebir la discapacidad. En la Grecia clásica y en el Imperio Romano, lo que prevalece es una dicotomía. Por un lado, las PeSD son tratados violentamente, como queda de manifiesto en la costumbre espartana de arrojar a los “niños no aptos” en el despeñadero del monte Taigeto. Pero, en paralelo, son sujetos de admiración y respeto, como la expresión de algo excepcional que se inscribe en el orden de lo sobrenatural.

La siguiente fase va desde los siglos VI al XV, y en ella prima una concepción demonológica. En consecuencia, se les asocia al mal y a lo perverso, por añadidura, son violentamente tratados. Luego, desde el siglo XVI al XIX, impera el enfoque organicista, despertándose un interés científico por la discapacidad, aunque,

³² Muñoz, Claudia. Evolución histórica de la discapacidad, concepto de discapacidad y nuevo enfoque CIF. Recuperado en enero 2014 de <https://es.scribd.com/doc/52609076/EVOLUCION-HISTORICA-DE-LA-DISCAPACIDAD>

paralelamente, es el período del gran encierro, recluyéndoseles en los manicomios y en las casas de orate que se diseminaron por toda Europa.

Ya, ad portas del siglo XX, se entra a un nuevo período, el cual se caracteriza por una mayor profundidad en la discusión del término. No sólo aumentan el número de enfoques y modelos, sino que hay cambios cualitativos de gran trascendencia. Con todo, en la primera mitad del siglo XX priman dos perspectivas. La primera es la socio-ambiental, la que se sitúa en la década de 1910, y donde el foco está en como la persona dañada o *lisiada* puede readaptarse a su medio. Rápidamente, esta perspectiva es superada por el modelo médico-rehabilitador o biomédico, el que nace en el marco de la II Guerra Mundial y que se centra en la rehabilitación de la(s) deficiencia(s) de las funciones o estructuras corporales y mentales.

En la segunda mitad del siglo XX, por su parte, prevalecen los modelos de la integración y la autonomía personal, los cuales cuestionan desde donde surge la discapacidad y desde donde procurar la integración. Si para el primero es el individuo el que se tiene que adaptar al medio ambiente, para el segundo es el medio el que debe facilitar la autonomía de las personas con discapacidad.

Otra referencia son Egea y Sarabia (s/a), quienes, apoyándose en las reflexiones de Puig de la Bellacasa, plantean la existencia de tres modelos y paradigmas de la discapacidad, estos son:

- *Modelo tradicional*: Hay una concepción animista de la discapacidad asociada al castigo divino o la intervención del mal.
- *Paradigma de la rehabilitación*: La discapacidad se asocia a un problema de salud, de manera que lo que prevalece es la intervención médico-profesional.
- *Paradigma de la autonomía personal*: La discapacidad tiene un componente subjetivo, a lo que se añade la heterogeneidad de las experiencias que tienen las PeSD. El objetivo es lograr una vida independiente.

Los mismos autores, recogen otra clasificación, aportada esta vez por Casado (1991), quien reconoce la existencia de los siguientes modelos:

- *Integración utilitaria*: La “providencia” y/o la fatalidad son las explicaciones para aceptar la existencia de los “diferentes”, a quienes se le integran en la medida que resultan útiles para cumplir determinadas funciones.
- *Exclusión aniquiladora*: Las PeSD son recluidas en instituciones cerradas o en el ámbito doméstico.
- *Atención especializada y tecnificada*: Se centra en la constitución de instituciones que brindan servicios especializados para los “usuarios.
- *Accesibilidad*: El fin es la "normalización", de las personas con discapacidad.

De acuerdo a Palacios y Bariffi (2007), la discapacidad puede ser entendida conforme a tres grandes modelos. El primero corresponde al modelo de la prescindencia, luego está el modelo rehabilitador (o médico-rehabilitador) y el social. En modelo de la prescindencia las causas de la discapacidad derivan del orden religioso, ya sea por un castigo o una señal divina, por lo cual la respuesta sería “*prescindir de las personas en situación de discapacidad, ya sea a través de la aplicación de políticas eugenésicas, ya sea situándolas en el espacio destinado para los anormales y las clases pobres*” (Palacios & Bariffi, 2007, p.14).

A su vez, este modelo tiene dos sub-componentes, el primero es el eugenésico, el cual culminaba frecuentemente en el asesinato de las PeSD. Y el segundo es el de la marginación, muy corriente en la Edad Media, época en la cual las PeSD eran parte de los grupos excluidos.

Ya en los inicios del siglo XX, específicamente en el contexto de las dos guerras mundiales, se impone el modelo biomédico o médico-rehabilitador. Bajo ese prisma, se entiende a la discapacidad como un problema de salud personal, la que debía ser tratada en la perspectiva de rehabilitar, total o parcialmente, aquella estructura y/o función corporal o mental dañada. De ahí que conceptos como *lisiado*, *impedido* y *minusválido* fueran las nociones que acompañaron a los planteamientos públicos sobre la discapacidad³³.

³³ Un ejemplo claro es la Declaración de los Derechos de los Impedidos del Alto Comisionado de los Derechos Humanos de Naciones Unidas, en 1975

Desde la década de 1950 en adelante el debate se enriquece todavía más en la medida que comienzan a asociarse ciertos principios que intentan establecer que cabe esperar y hacer con respecto a la discapacidad. En primer lugar, está el principio de la normalización, impulsado por Bank-Mikkelsen, director del Servicio Danés para el Retraso Mental, el cual rápidamente amplía su rango de influencia a todos los tipos de discapacidad.

En segundo lugar, tenemos el principio de la integración, promovido en el Reino Unido, en 1978, por Mary Warnock, y que quedó plasmado en el “Informe Warnock”. Este documento promueve la integración escolar de las PeSD como una respuesta contraria a la segregación que se vivía en las escuelas especiales. Rápidamente el principio comienza a ser aplicado a otros ámbitos de lo social. Su importancia radica, además, en que replanteo la relación entre el medio y la persona con discapacidad. Así nos lo recuerdan Egea, C y Sarabia, A (s/a) cuando afirman que se basa en *“la legitimidad de los derechos y deberes sustantivos de la persona, el reconocimiento de los principios de igualdad y derecho a la diferencia entre todas las personas y contempla la "necesidad especial" como situación de excepcionalidad a la que el entorno debe dar respuesta”* (Egea y Sarabia, s/a, p. 04).

Es así como, desde fines de la década de 1970, es posible apreciar a una corriente de opinión que se fue gestando en el mismo seno de las agrupaciones de PeSD y en el mundo académico, y cuyos postulados ponían en cuestión la relación entre la sociedad y la discapacidad. De acuerdo a Palacios y Bariffi (2007) estos planteamientos se sostienen en la idea de que *“las causas que dan origen a la discapacidad no son ni religiosas, ni científicas, sino que son preponderantemente sociales; y que las personas en situación de discapacidad pueden aportar a las necesidades de la comunidad en igual medida que el resto de personas —sin discapacidad—, pero siempre desde la valoración y el respeto de su condición de personas, en ciertos aspectos, diferentes”* (Palacios & Bariffi, 2007, p.19).

Según Verdugo (2003), son varios los aportes del modelo social en el ámbito académico, incentivando, por ejemplo, la reflexión crítica de disciplinas como la sociología, creándose una corriente de estudios y sumando PeSD a los cuerpos académicos. Se trató, entonces, de *“fomentar el debate y análisis en disciplinas como la*

sociología que mantenían un alejamiento del campo de la discapacidad. Además, ha estimulado la participación activa en la vida académica de muchas personas en situación de discapacidad, y ha llegado a proyectar un campo específico de estudio académico como son los ‘Estudios sobre discapacidad’ (Disability studies)” (Verdugo, 2003, p.07)

El modelo social de la discapacidad también ha sido objeto de crítica, cuestionándose la premisa que establecería una antinomia entre las personas discapacitadas y las no discapacitadas, de tal modo que las primeras tendrían el patrimonio de *discoursear* sobre la discapacidad. Otro foco de crítica es el reduccionismo en el cual se incurre, al concentrar la atención exclusivamente en como la sociedad *discapacita* y enarbolar respuestas que corresponden casi exclusivamente a una acción política que busca emancipar a este grupo minoritario y oprimido.

Podemos ver que estas diferentes clasificaciones responden a dos grandes criterios. Por un lado, se pone el foco en las explicaciones que históricamente las sociedades han argüido con respecto al origen de la discapacidad. Y, por otro lado, se atiende a las respuestas que las sociedades han concebido, junto con los fines perseguidos. En lo medular, lo que se observa es un tránsito desde una concepción naturalista de la discapacidad- como algo dado e invariable-, a una valoración socio-política del tema, donde el propio individuo y la sociedad son cuestionados en busca de las fórmulas que apunten hacia la integración/inclusión de las PeSD.

La irrupción de nuevos pensadores desde las ciencias sociales y desde el humanismo³⁴ ha permitido que se extrapolen otras corrientes de pensamiento o que se enfrente el tema desde nuevos ángulos, tal como ha ocurrido en el caso de la Sociología.

Sociología y Discapacidad

Recientemente, esta disciplina ha considerado a la discapacidad como objeto de estudio. Se trata aún de un proceso incipiente y que no logra despertar un consenso transversal

³⁴ Esta última ha tenido un rol importante en los aspectos bioéticos asociados a la discapacidad.

en la disciplina. Una de las razones que explican este rezago tiene relación con el ámbito académico propiamente tal, existiendo un trabajo interdisciplinario que todavía resulta insuficiente, de tal manera que ciertos objetos de estudio parecen ser parte del patrimonio de determinada ciencia. En esa línea se manifiesta, Miguel Ferreira (2007), cuando plantea que disciplinas como la medicina y la psicología *se “han arrogado el derecho a la comprensión y tratamiento del fenómeno de la discapacidad. La primera, porque se supone que está en condiciones de tratar científicamente las causas que producen el fenómeno; la segunda, porque se supone que está en condiciones de tratar científicamente sus consecuencias”* (Ferreira, 2007, p. 02).

Siguiendo a Ferreira (2007), las disciplinas de la medicina y la psicología se han acercado a la discapacidad desde una posición que, en general, ha desatendido las dimensiones sociales del fenómeno, olvidando, entre otros aspectos, el papel del movimiento asociativo de la discapacidad o la “toma de conciencia” de las propias PeSD. Y, pese a todo, los aspectos sociales de la discapacidad se han hecho cada vez más evidentes. La promoción de los derechos de las PeSD ha significado el enorme desafío de considerar la participación social, junto con las barreras y obstáculos que el medio social impone. En paralelo, la relación entre lo social y la discapacidad ha dejado al descubierto la variabilidad del término, de manera que lo que en una época se entendió por discapacidad, no necesariamente se aplica en otros contextos sociales y períodos históricos.

De acuerdo a Ferreira (2007), autores como Mike Oliver (1990) fueron esenciales para alejarse de aquella idea que consideraba a la discapacidad como un fenómeno universal e invariable, pregonando una postura que el mismo Ferreira incluye dentro de la vertiente materialista de la discapacidad. Esta corriente explica la emergencia o “visibilización” de la discapacidad como una condición propia de las sociedades capitalistas, donde se impondría una doble distinción:

- Desde el punto de vista económico prevalece una “partición” entre aquella fuerza de trabajo que cae dentro de lo útil y calificado, en contraste con aquella otra que ofrece atributos opuestos. El retiro de estos últimos de la órbita productiva estaría ligado, a su vez, al surgimiento del asistencialismo institucional.

- Desde el punto de vista ideológico, la cuestión se centra en el individuo y en la búsqueda de la maximización de sus beneficios. Como correlato, la discapacidad pasa a ser algo atomizable, es decir, un atributo o condición del individuo.

La conjunción entre ideología y economía propició una nueva valoración de la discapacidad, la cual, como ya hemos dicho, puso de relieve la condición de detrimento físico y/o mental y las posibilidades de recuperarlas a través del tratamiento personal.

A juicio de Ferreira (2007) el acierto de la vertiente materialista está en reflexionar sobre los factores estructurales que permitieron instalar a la discapacidad en el debate público. Por el contrario, ha subestimado los factores culturales asociados al fenómeno. Son precisamente estos factores los que, en palabras de Ferreira (2007), han permitido que se haya *“transformado el imaginario social en el cual la discapacidad ha sido integrada como referente simbólico y como patrón conductual por parte de las personas no discapacitadas* (Ferreira, 2007, p. 06-07).

Los planteamientos del sociólogo francés Pierre Bourdieu (1975) han revitalizado la discusión epistemológica y teórica de las ciencias sociales en general, a través de una propuesta que aporta una mirada novedosa de la realidad social. Según sus reflexiones, la actividad científica y académica, ha estado subsumida en dicotomías y oposiciones que, muchas veces, terminan monopolizando la discusión. Entre las antinomias que predominan en el campo científico se encontrarían las siguientes: individuo/ sociedad y objetivismo/ subjetivismo.

Para Bourdieu, estas dicotomías no han hecho más que desvirtuar la comprensión de la realidad social, toda vez que se apoyan en premisas que, al menos, resultan discutibles. Es el caso, por ejemplo, de la dicotomía “individuo-sociedad”. Al observar la realidad social se aprecia que no existe aquel individuo que decide libremente, independiente de sus las circunstancias. Por otro lado, tampoco existe una sociedad que constriña y determine todas las actividades de los sujetos.

Estas antinomias pierden valor en la medida que asumimos la complejidad del mundo social, una realidad que, de acuerdo a Bourdieu, condiciona las prácticas de los

agentes³⁵, pero donde nunca se pierde la oportunidad de regirse por los principios de orientación que tenemos incorporados en nuestros habitus³⁶.

En el área de la discapacidad, la corriente bourdiana ha sido asumida por Patricia Brogna (2009), quien la entiende como *“una perspectiva relacional [que deja] en evidencia la doble existencia de lo social, (...) las estructuras sociales externas, lo social hecho cosas, plasmado en condiciones objetivas, y las estructuras sociales internas, lo social hecho cuerpo”* (Brogna, 2009, p.166).

Brogna (2009) nos remite, en relación al campo, a un conjunto de relaciones de fuerza entre agentes o instituciones, en una lucha por formas específicas de dominio y monopolio de un tipo de capital³⁷. El habitus, por su parte, opera como un atributo interno que se transforman en el principio no elegido de todas las elecciones, el cual opera como una suerte de sentido práctico que lleva al agente social a desenvolverse habitualmente, sin detenerse a reparar en cada acción que lleva a cabo.

Siguiendo a Brogna (2009), la discapacidad está marcada por continuidades y discontinuidades entre diferentes visiones que, a lo largo de la historia, se han ido arraigando y consolidando. Se trata de comprender que *“lejos de superarse, las representaciones y visiones que el hombre ha ido construyendo a lo largo de la historia coexisten en el ahora. Con mayor o menor fuerza, legitimidad o hegemonía, todas las visiones ocupan posiciones en el campo, y- encarnadas como están en nosotros a través de sus disposiciones duraderas y transmisibles, el habitus- podemos descubrirlas detrás de las prácticas sociales más asépticas e inocentes”*. (Brogna, 2009, p.175).

Esta tensión entre continuidad y discontinuidad es factible de apreciar en las clasificaciones anteriormente nombradas³⁸. Es el caso, por ejemplo, del modelo tradicional, una perspectiva que ha sido largamente rebatida, primero por el modelo biomédico y luego por el modelo social, y, sin embargo, todavía es posible rastrearla en

³⁵ Bourdieu habla de condicionar y no de determinar, en el afán de establecer un pool de alternativas que tienen los agentes sociales y que ponen en juego a través de un sentido práctico atribuido a las acciones.

³⁶ Cabe tener presente que, en sus inicios, Bourdieu hablaba de un sentido práctico que orienta las acciones de los agentes sociales, posteriormente introdujo el concepto de habitus.

³⁷ Bourdieu reconoce diferentes modos de capital, entre ellos el educativo, económico, cultural y simbólico.

³⁸ Nos referimos a las clasificaciones aportadas por Egea y Sarabia.

la opinión de los medios de comunicación, sobre todo cuando tienden a atribuir el origen de la discapacidad a lo divino y actuar desde la conmiseración y la lástima.

La tensión entre continuidad y discontinuidad es reconocida, también, por Acuña y Bulit (2010), autores que, a propósito de su análisis de las políticas de discapacidad en Argentina, nos recuerdan la vigencia que aún tienen aquellos modelos que parecen haber sido superados. En sus propias palabras, *“el paradigma rehabilitador que se mantiene marcadamente arraigado en la cultura general, en las políticas diseñadas y vigentes desde hace más de veinte o treinta años, en las costumbres administrativas, en los intereses de muchos efectores, en el diseño institucional de muchas organizaciones de la sociedad civil (OSC) y hasta en las propias aspiraciones de muchas PcD y sus familias”* (Broyna, 2009, p.36).

La propuesta de Broyna (2009) se sintetiza en lo que llama *“el modelo de la encrucijada”*, un enfoque que busca analizar la discapacidad de una manera dinámica y relacional. El modelo se compone por tres grandes factores, los que confluyen e interactúan entre sí, ellos son:

- La particularidad biológica- conductual. Se trata del rasgo físico, funcional o de conducta que distingue a la persona del medio social que le circunda.
- La organización político- económica. Considera las diferentes formas como las sociedades se organizan, por ejemplo, sociedades nómades o sedentarias, con economías de subsistencia o producción de excedentes; sociedades con sistemas políticos de clan o de Estado moderno, etc.
- El marco normativo-cultural. Son las representaciones y significados que se le atribuyen a la discapacidad, en conjunto con las prácticas, discursos e identidades que al respecto se formulan.

Las visiones que histórica y culturalmente se han configurado respecto a la discapacidad se han nutrido de estos diferentes componentes, enfatizando en algunos modelos y enfoques un aspecto por sobre otro. Para efectos de esta de tesis, se considerarán algunas de las perspectivas mencionadas por Broyna debido a la pertinencia y la vigencia que tienen en la discusión y la forma como se ha encarado el tema en Chile, ellas son:

- *Visión caritativa-represiva*: Está influida por el cristianismo, siendo sus ejes la caridad, el castigo, el milagro y la redención. El habitus se sostiene en la visión de lo peligroso y lo infrahumano, mientras que la respuesta de la sociedad es la reclusión.
- *Visión médico-reparadora*: Se configura en la medida que se intenta diagnosticar y luego darle tratamiento clínico a las discapacidades. El eje está dado por un problema de salud que se intenta curar o reparar.
- *Visión normalizadora-asistencialista*: La vertiente cultural vuelve a cobrar importancia, siendo el foco principal la normalización del “discapacitado”. La organización política-económica se encarna en un Estado que comienza a diseñar políticas asistencialistas, junto con el apoyo de ONG(s) y familiares.
- *Visión social*: Es un intento por superar las representaciones de la discapacidad como un problema de salud y/o como una tragedia personal³⁹, enfatizando la situación de segregación, discriminación y oposición que viven las personas con discapacidad. Bajo esta visión, otra vertiente que cobra relevancia es la organización política social, produciéndose un repliegue del Estado, una fragmentación social y una mayor concentración de la riqueza. Todos estos cambios, han significado que las personas con discapacidad se organicen, movilicen y reivindiquen un trato digno y equitativo con mayor fuerza.

La discapacidad, entonces, será definida en los términos que Brogna (2009) propone, vale decir, “*como una compleja construcción social que resulta de la interrelación de tres elementos: (a) la particularidad biológica-conductual de un sujeto (individual o colectivo); (b) la organización económica y política, y (c) el aspecto normativo-cultural del grupo o sociedad a la que el sujeto pertenece [y donde] el proceso de construcción se desarrolla a través de estructuras sociales externas e internas, y se objetiva en las*

³⁹Esta idea de tragedia personal puede relacionarse tanto con la visión caritativa-represiva, como con la visión médico-reparadora. La primera tiene un sesgo que atribuye la discapacidad al mal, por su parte, la segunda la atribuye a la enfermedad.

prácticas de invalidación y segregación entre un sujeto (individual o colectivo)”
(Broyna, 2009, p.184).

CALIDAD DE LOS SERVICIOS MUNICIPALES Y SERVICIOS EN **DISCAPACIDAD**

Desde mediados de la década del 2000 se aprecia en nuestro país un inusitado interés por la gestión municipal, el cual se inscribe en una revisión a escala internacional que tiene como foco la administración pública en general. A nivel Iberoamericano, esta tarea ha estado guiada por dos documentos que han sentado las bases sobre lo que se entiende por calidad, ellos son:

- El Modelo Iberoamericano de excelencia en la gestión. Su primera versión data de 1999, mientras que actualmente rige la V versión. 2012.
- La Carta Iberoamericana de calidad en la Gestión Pública (CICGP). Fue difundida por el Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) en 2009 y luego reemplazada por una nueva versión, en 2010, con una metodología específica para la implementación de dicha carta.

El surgimiento de estos instrumentos ésta antecedido por las políticas neoliberales que adoptaron la mayoría de los Estados Iberoamericanos, las que desde fines de la década de 1970 y especialmente en la del 80, no alcanzaron las metas perseguidas, por el contrario los problemas económicos y políticos se agudizaron, todo lo cual lleva a que el CLAD, en 2009, aprobará la CICGP, documento que pone de manifiesto la necesidad de *“reconstruir el Estado para enfrentar los nuevos desafíos de la sociedad post-industrial, un Estado para el siglo XXI, que además de garantizar el cumplimiento de los contratos económicos, debe ser lo suficientemente fuerte como para asegurar los derechos sociales y la competitividad de cada país en el escenario internacional”* (CLAD, 1999, p.364).

Un autor que aborda el tema de los usuarios y usuarias es Tecco (2002), quien afirma que la participación social en la gestión municipal se ha circunscrito, preferentemente, en la búsqueda de mejorar la calidad y eficiencia de las políticas públicas, pero que, en ese camino, no se ha revelado la capacidad de contribuir al desarrollo de las prácticas

ciudadanas, siendo que son ellas las que permiten *“otorgar significado a la participación de los sujetos en actividades colectivas, a su capacidad para establecer formas organizadas de acción y vincularse con el mundo de las relaciones sociales”* (Tecco, 2002, p.08⁴⁰).

En Chile, en 2007, la SUBDERE elaboró la Guía N°2, denominada “Modelo de Gestión de la calidad de los servicios municipales”. En este documento se reflexiona sobre el concepto de modelo, reconociendo que se trata de *“(…) un mecanismo que permita comparar el estado de una organización respecto de ese modelo, es decir, cuanto falta para alcanzar lo que el modelo propone. Esto es lo que permite definir las mejoras a implementar para ir acercándose progresivamente al ideal propuesto”* (SUBDERE, 2007, p. 07).

Siguiendo esta guía, la puesta en marcha de un modelo de gestión en la calidad de los servicios municipales está sustentada en siete principios, ellos son:

- Autonomía. Se buscan municipios con mayores atribuciones, recursos y competencias.
- Equidad entre los municipios. El reconocimiento de la diversidad de experiencias de gestión y la tendencia a disminuir las brechas de inequidad.
- Eficiencia y eficacia. Calidad en la prestación de servicios, en términos de alcanzar resultados y la forma cómo se obtienen.
- Liderazgo y compromiso. Vinculado al mejoramiento continuo de la calidad en la gestión de servicios municipales y en la obtención de resultados.
- Transparencia, probidad y participación. Adopción de prácticas que faciliten el control interno y externo a través de la generación de información oportuna y accesible.
- Gestión orientada hacia la satisfacción de usuarios y usuarias. Prácticas vinculadas a las demandas y necesidades de la población y con una perspectiva de derechos.
- Apreciación de las personas como principal factor estratégico. Velar por el desarrollo y bienestar del recurso humano que trabaja al interior del municipio.

⁴⁰ Visto en Cravacuore, Daniel (Comp.): “Innovación en la Gestión Municipal”. Edición de la Federación Argentina de Municipios (FAM) y la Universidad Nacional de Quilmes, Bernal, Buenos Aires, 2002.

La implementación de este modelo requiere, además, la sujeción a siete criterios, ellos son:

- *Liderazgo y planificación estratégica.* Un sistema de liderazgo que motive y que genere consenso en torno a dos inquietudes íntimamente ligadas, (a) qué hacer y (b) para qué hacer. En cuanto a la planificación estratégica, cabe entenderla como la formulación de los objetivos que se persiguen, la manera para alcanzarlos (planes) y una fórmula evaluativa para saber si efectivamente se lograron las metas impuestas.
- *Compromiso y desarrollo de las personas.* La motivación del recurso humano que trabaja en la municipalidad se constituye en un pilar fundamental para caminar hacia una gestión de la calidad. El fin es procurar un ambiente propicio para una cultura de la excelencia.
- *Recursos financieros y materiales.* Identificación de necesidades y la planificación en el uso de los medios económicos y físicos.
- *Relación con usuarios y usuarias.* Capacidad de satisfacer sus demandas y expectativas. Para ello, es fundamental saber quiénes son; cuáles son sus necesidades y expectativas; y qué tan satisfechos se encuentran con los servicios brindados.
- *Prestación de servicios municipales.* Las actividades se organizan en función de procesos. Dichas actividades deben estar organizadas coherentemente y ser conocidas interna y externamente (usuarios y usuarias).
- *Información y análisis.* La dotación de información fiable y oportuna para la toma de decisiones.
- *Resultados de la gestión municipal y de la calidad de los servicios.* Resultados orientados a la creación de valor. No se agota en lo operacional y financiero, sino que considera también la satisfacción del personal interno, del usuario y usuaria, de proveedores y de organismos asociados.

Otra referencia importante es Fernández (2006), quien al evaluar las políticas de atención para PeSD en España afirma que, hasta la década de 1980, prevaleció el *enfoque de bienestar social*, el cual se encarnó en acciones de auxilio y caridad que

garantizaban la atención a las PeSD, pero se soslayaba el peso de los obstáculos y barreras del medio social. Con la divulgación de la “Declaración de los derechos de los impedidos”, ONU 1975, el panorama cambió radicalmente, el foco estuvo entonces en los derechos de las PeSD.

Hay dos instrumentos que han servido como ejes rectores para la atención pública de las PeSD en Europa. En primer lugar, la Agenda Social Europea (Niza, 2000), la cual recoge diferentes fórmulas para afrontar la discriminación, y, en segundo lugar, el Congreso Europeo de la Discapacidad (Madrid, 2002), el cual derivó en la Declaración de Madrid y la celebración del año Europeo de la Discapacidad (2003).

Siguiendo a Fernández (2006), la legislación española ha considerado el tema de la calidad de la atención en discapacidad, estableciéndose los siguientes principios.

1. *Vida independiente*. A través del cual la PeSD ejerce el poder de decisión sobre su propia existencia y participa activamente en la vida de su comunidad.
2. *Normalización*. Apunta a llevar una vida normal, accediendo a los mismos lugares, ámbitos, bienes y servicios que están a disposición de cualquier otra persona.
3. *Accesibilidad universal*. Condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos, objetos, herramientas y dispositivos y servicios, para ser utilizables por todas las personas. Presupone la estrategia de «diseño para todos» y los “ajustes razonables” que deban adoptarse.
4. *Diseño para todos/as*. Se trata de proyectar, desde el origen, y siempre que ello sea posible, entornos, procesos, bienes, productos, servicios, objetos, instrumentos, dispositivos o herramientas, de tal forma que puedan ser utilizados por todas las personas.
5. *Diálogo civil*. Principio por el cual las organizaciones representativas de PeSD y de sus familias participan, en los términos que establecen la normativa, en la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas para PeSD.
6. *Transversalidad*. Principio que rige en las políticas y líneas de acción de carácter general, en cualquiera de los ámbitos de actuación pública, en donde se tendrán en cuenta las necesidades y demandas de las personas con discapacidad.

Ya en la década del 2000 es posible apreciar varias iniciativas relacionadas con la calidad de la atención de PeSD en España, las cuales, según Fernández (2006), tienen varias características. En primer lugar, hay una dispersión de modelos, lo cual implica que haya diferentes referencias, como es el Modelo de Excelencia FEQM, las normas ISO e iniciativas de alguna discapacidad en particular, como en el caso del autismo y el retardo mental. En segundo lugar, la variedad de metodologías, considerando cartas de servicios, premios de calidad y programas de mejora. En tercer lugar, la concordancia de valores y principios.

CAPÍTULO 3

MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se presenta información respecto al tipo de investigación, las etapas de investigación y sus componentes (producción de información e instrumentos), el análisis de la información y las consideraciones éticas que tiene un estudio sobre discapacidad.

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se concibió como una investigación exploratoria y descriptiva, dado que no existe evidencia en Chile respecto a la calidad de los servicios municipales en discapacidad. Al respecto, hay que tener presente que las estadísticas que existen sobre la gestión municipal en discapacidad tienen cierto grado de desactualización (ya que son del año 2008); que sus resultados no ofrecen una serie de datos en el tiempo que permita comparar cifras; y que este marco de evidencia no es fruto de una reflexión previa acerca de cómo se puede llevar la gestión municipal a mayores estándares de calidad.

Se utilizó, una metodología cualitativa, la que recogió en etapas secuenciadas la opinión de diferentes actores de nivel nacional y comunal, buscando analizar la calidad de los servicios en discapacidad de dos comunas con diferente tipo gestión desde el punto de vista de actores internos del municipio y externos.

ETAPAS DE LA INVESTIGACIÓN

Con el fin de dar respuesta a los objetivos del estudio, la investigación se desplegó en cuatro grandes etapas. La primera consistió en una revisión y sistematización de información secundaria, la segunda contempló la ejecución de 4 entrevista semi-estructuradas con informantes claves de nivel nacional, la tercera consideró el trabajo de campo en dos comunas de la RM y la última se destinó a la integración y análisis de la información obtenida. A continuación, se revisan cada una de las etapas y sus respectivas actividades.

Etapa 1. Revisión y sistematización de información secundaria

La etapa inicial buscó recoger y sistematizar información secundaria sobre la calidad de la gestión pública en general y la gestión municipal en discapacidad en particular, lo que se hizo principalmente a través de la lectura de libros, artículos e informes.

La información considerada fue de diferente orden y tipo. A nivel internacional, se revisó las declaraciones y acuerdos impulsados por los principales organismos internacionales competentes en la discapacidad y la calidad de la gestión pública.

A nivel nacional, por su parte, se consideró la normativa, las políticas, planes y programas que desde la SUBDERE, FONADIS y SENADIS se han implementado, junto con las estadísticas oficiales.

Esta información sirvió de referencia para la construcción de los instrumentos que se usaron en las etapas posteriores (pautas de entrevistas).

Etapa 2. Entrevistas semi-estructuradas a informantes de nivel nacional

Se escogió esta técnica para recoger los diferentes puntos de vista que existen sobre la calidad de la gestión municipal en discapacidad. La entrevista semi-estructurada, de acuerdo a Canales (2006), funciona en base a *“una pauta de preguntas ordenadas y redactadas por igual para todos los entrevistados pero de respuesta abierta o libre”* (Canales, 2006, p.230).

Las entrevistas semi-estructuradas consisten en una conversación entre un entrevistador y un entrevistado, generalmente, es grabada en audio para su posterior transcripción y análisis. Se efectuaron 4 entrevistas, entre los siguientes perfiles:

Tabla 18: Entrevistados. Segunda fase.

N	Perfil de entrevistado	Institución/Organización
1	Dirigente nacional de la discapacidad	Asociación Chile de Municipalidades (MUNITEL)

		Unión Nacional de Padres y Amigos de Personas con Discapacidad Mental (UNPADE)
1	Dirigente nacional de la discapacidad	
1	Profesional	SENADIS
1	Profesional	SENADIS

Para estas primeras 4 entrevistas se aplicó una pauta de preguntas que contempló las siguientes dimensiones:

- Presentación y antecedentes generales. Rol de los municipios, actores claves y público atendido.
- Gestión interna. Modelos de gestión, presupuesto, RRHH y difusión/comunicación.
- Vínculo con organizaciones sociales y otros actores sociales relevantes.
- Incidencia o resultados de la gestión municipal en discapacidad.

Para resguardar la confidencialidad, en el análisis los entrevistados, las citas de este primer grupo de entrevistados serán identificadas de la siguiente manera:

- Profesional institución nacional (2). Corresponde a las personas que trabajan en SENADIS.
- Dirigente organización nacional (2). Corresponden al representante de UNPADE y la presidenta de la Comisión Nacional de la Discapacidad de la MUNITEL.

Etapa 3. Trabajo de campo en comunas.

Las dos fases anteriores permitieron contar con más antecedentes para la elección de las comunas, afinándose los criterios para la selección y recogiendo recomendaciones en voz de los primeros entrevistados.

Un primer criterio tuvo que ver con las diferencias en los modelos de gestión, apostando por dos de las fórmulas más usualmente empleadas en la gestión municipal en discapacidad, las que, cabe recordar, corresponden a “no tener una orgánica específica” y una Oficina Comunal de la Discapacidad.

Un segundo criterio respondió a la viabilidad práctica, es decir, al hecho de contar con el consentimiento de las personas a cargo de la gestión municipal en discapacidad.

Lo anterior, dio como resultado que se escogiera a las comunas de Ñuñoa y El Bosque. Por un lado, la municipalidad de Ñuñoa, hasta principios del 2017, funcionó “sin una orgánica específica”, lo que en los hechos equivale a ofrecer servicios diseminados y dispersos por varias unidades municipales⁴¹.

Por otro lado, la municipalidad de El Bosque, en 1997, decidió crear una Oficina Comunal de la Discapacidad y en 2000 un Centro de Rehabilitación Comunal (CCR), el cual tiene la particularidad de estar inserto en DIDECO, y no en el área de salud como tradicionalmente ocurre con este tipo de unidades en los municipios.

En cada uno de estos municipios se realizaron las siguientes actividades:

- Levantamiento y sistematización de información secundaria. Esta vez, se trató del acopio y análisis de los instrumentos de gestión municipal, como es el caso del PLADECO y otros de similar naturaleza (en el área de la salud, educación, etc).
- Entrevistas semi-estructuradas a funcionarios municipales. Con las personas a cargo de la discapacidad en los municipios y con profesionales de otras áreas, como educación y deporte municipal, debido a que ofrecían otro tipo de servicios a la población comunal con discapacidad.
- Entrevistas semi-estructuradas a dirigentes de la sociedad civil y con usuarios y usuarias en situación de discapacidad.

En total, se efectuaron 13 entrevistas a profesionales municipales, dirigentes de la discapacidad y usuarios y usuarias. En cuanto a los entrevistados municipales, se consideró la opinión de los encargados municipales de la discapacidad y profesionales a cargo del PIE, siendo infructuosas las gestiones para sumar a algún entrevistado de la

⁴¹ En la actualidad, el municipio avanza en la implementación de una nueva oficina de inclusión social y discapacidad.

unidad de salud de Ñuñoa o El Bosque. En la siguiente tabla, se identifican los entrevistados según su perfil y comuna.

Tabla 19: Entrevistados. Tercera fase.

Perfiles	Ñuñoa	El Bosque
Encargados discapacidad	2 ⁴²	1
Profesionales otras áreas	1	1
Dirigentes OSC discapacidad	1	1
Usuarios o usuarias/ PesD	3	3
Total	7	6

Todas estas entrevistas giraron en torno a las dimensiones de la calidad de los servicios municipales, la que, cabe recordar, corresponde a:

- Liderazgo y planificación estratégica.
- Compromiso y desarrollo de las personas.
- Recursos financieros y materiales.
- Prestación de servicios municipales.
- Relación con usuarios y usuarias.
- Información y análisis.
- Resultados de la gestión municipal y de la calidad de los servicios.

Para resguardar la confidencialidad, en el análisis los entrevistados, las citas de este segundo grupo de entrevistados serán identificadas de la siguiente manera:

- Profesional municipal Ñuñoa (3). Corresponde a las personas que trabajan en el municipio, ya sea en DIDECO, en la Corporación Municipal de Deportes y la futura Oficina de la Inclusión Social y la Discapacidad.
- Profesional municipal El Bosque (2). Corresponden a la encargada de la Oficina de la Discapacidad y la encargada del programa PIE (educación).

⁴² Una primera entrevista se hizo con la encargada en DIDECO de tramitar las ayudas técnicas y una segunda entrevista con el que será el próximo Director de la Oficina de la Inclusión Social y la Discapacidad.

- Dirigentes organización Ñuñoa/El Bosque. Presidenta de la Unión Comunal de la Discapacidad de El Bosque y presidenta del Consejo Comunal de la Discapacidad de Ñuñoa.
- Usuarios(as) Ñuñoa/El Bosque. Corresponde a las personas que han recibido alguna tipo de prestación relacionada con la discapacidad en Ñuñoa y las personas que están inscritas en la Oficina de la Discapacidad o el CCR en El Bosque.

Una última fase se concentró en el análisis de la información.

Etapa 4. Análisis de la información

Cabe recordar que la información provino tanto de fuentes secundarias como primarias, esta última se obtuvo preferentemente a través de entrevistas a informantes de nivel nacional y comunal (Ñuñoa y El Bosque). Para ambos casos, el análisis se hizo a través de la asignación de códigos.

La tradición sociológica, tal como afirma Fernández (2006), considera el análisis de diferentes tipos de textos escritos. Por un lado, aquellos generados por medio de técnicas de elicitation sistemática, las que se refieren al traspaso de información de forma fluida. Por otro lado, textos libres, entre los cuales se contienen las respuestas a entrevistas semi-estructuradas.

Independiente del tipo de textos, los códigos funcionan como un sistema clasificador que le otorga sentido a la información recolectada. Según Fernández (2006), los códigos *“son etiquetas que permiten asignar unidades de significado a la información descriptiva o inferencial compilada durante una investigación. En otras palabras, son recursos mnemónicos utilizados para identificar o marcar los temas específicos en un texto”* (Fernández, 2006, p.04).

La tarea de análisis concretamente comenzó con una primera revisión de la información obtenida, en algunos casos fueron los textos que se identificaron por medio de la revisión de información secundaria, en otros casos, a través de la lectura de las

transcripciones de las entrevistas. Se establecieron, entonces, notas al costado y se reconocieron las primeras categorías de análisis, las que se rigieron, en general, por las dimensiones de la calidad de los servicios municipales.

Posteriormente, se construyó una matriz de sistematización, en la cual se vaciaron las frases o textos seleccionados, constatándose que efectivamente se ajustaran a las dimensiones contempladas. En los casos que no hubo un ajuste, se abrieron nuevos códigos, vale decir, categorías emergentes, las cuales correspondieron aspectos normativos que condicionan la gestión municipal en discapacidad, específicamente, se trató de contenido referido a las leyes de participación social y anti-discriminación.

Posterior a la codificación se efectuó la tarea de integrar la información secundaria y primaria obtenida.

ASPECTOS ÉTICOS

Se consideró un “consentimiento informado”, el cual buscaba incentivar la libre participación en el estudio y garantizar la confidencialidad en el tratamiento de la información.

El contenido del consentimiento informaba sobre los objetivos de la investigación y el marco en el cual se efectuaba el estudio. Se le entregó a cada entrevistado de forma previa a la entrevista, una vez leído fue firmado por ambas partes y quedó una copia para entrevistado y entrevistador.

Además, para garantizar la confidencialidad y el buen uso de la información, no se incluyó el nombre de la persona que emite determinada cita, sino que asoció al perfil del entrevistado. Esto significa que la protección de la confidencialidad se realizó usando etiquetas, las cuales hacen referencia al cargo de la persona, pero sin identificarla.

CAPÍTULO 4.

RESULTADOS

Este capítulo aborda la gestión municipal de la discapacidad de acuerdo a las dimensiones de la calidad de los servicios municipales. Se comienza por el liderazgo y planificación estratégica, luego el compromiso y desarrollo de las personas, los recursos materiales y financieros, la prestación de servicios municipales, la relación con usuarios y usuarias, la información y análisis y los resultados de la gestión. Se finaliza con las fortalezas y las debilidades.

Liderazgo y planificación estratégica

Los entrevistados plantean cuatro ideas que constituyen retos insoslayables para acercar la planificación en discapacidad municipal a mayores estándares de calidad. En primer lugar, superar la influencia que aún mantiene el modelo biomédico, de forma tal que la creación de institucionalidad al interior de los municipios (programas, oficinas y CCR, entre las más comunes), si bien ha sido un avance sustantivo, no por eso constituye una solución en sí misma. En segundo lugar, hacer frente al voluntarismo que prima en el área, descansando muchas de las acciones en liderazgos ejercidos por personas. En tercer lugar, ligar la planificación estratégica con la normativa vigente en el terreno de la participación social y de la discriminación. Por último, la necesidad de hacer frente al tema de la accesibilidad dado el inminente vencimiento de los plazos que al respecto ha comprometido el país ante los organismos internacionales.

“Yo diría que surge, posteriormente la oficina como tal, como una respuesta institucional, orgánica, estructural, pero en la mayoría de las que conocí, su inspiración se mantenía en el enfoque biomédico y asistencialista, y de servicio y de inclusión social poco o casi nada (...) hoy día pedimos que haya una administración pública a nivel local y también a nivel nacional, inclusiva, participativa y no discriminatoria”

Dirigente. Organización Nacional.

En general, hay coincidencia entre los entrevistados respecto a la importancia de dotar de una institucionalidad específica a los municipios, un punto que como ya se sostuvo es compartido por los responsables de Encuesta Nacional de Gestión Municipal (2008), ya que ello permitiría contar con un plan de acción, destinar recursos para las metas que se quieran alcanzar y contar con un referente claro para las PeSD. Pero, también, hay una postura contraria, la que se vale del principio de la inclusión para descartar la creación de unidades especiales a cargo de la discapacidad, recomendando, en su lugar, la generación de una cultura municipal inclusiva, vale decir, que todos los funcionarios estén al tanto sobre cómo atender a las PeSD.

“una política inclusiva es lo que corresponde al tema de la discapacidad, no a departamentos estancos que segreguen, pero sigo dándome cuenta que eso es terriblemente ambicioso, porque eso es un cambio de cultura de un municipio completo”

Dirigente. Organización Ñuñoa.

La experiencia de la comuna de Ñuñoa es gráfica en cuanto a que la falta de una orgánica específica significa que haya dispersión de recursos y dificultades en la rendición de cuentas, dos componentes fundamentales en cualquier planificación.

“no es una postura del alcalde, sino que está determinada por una opinión de una organización social que es relevante en la comuna (...) porque el no tener una oficina encasillada genera que los recursos en el presupuesto se diluyen, que no están puestos ahí, significa que no hay un personal que tenga que rendir cuentas con un plan anual, donde tenga que decir mire yo tenía comprometido tales programas”

Dirigente. Organización Ñuñoa

De la cita anterior, se deduce, además, que el liderazgo en Ñuñoa ha recaído en la comunidad organizada, destacando los Consejos Comunales de la Discapacidad, un actor muy importante en varios territorios locales y que tienen la ventaja de contar con el apoyo de la SOFOFA. En Ñuñoa se ve que existía un trato directo con las autoridades municipales (alcalde y los jefes de las direcciones municipales) para resolver qué ejecutar y cómo hacerlo.

La planificación estratégica de la Oficina de la Discapacidad de El Bosque está alineada con SENADIS. Dentro de sus líneas y productos considera el trabajo coordinado con la Unión Comunal de la Discapacidad y otras organizaciones representativas del campo de la discapacidad, quienes han participado, por ejemplo, de la actualización del PLADECO. No obstante, persiste el desafío de que las organizaciones de la discapacidad participen activamente en la elaboración de la planificación.

“no hemos entrado a que ellos participen de la construcción, pero está íntimamente relacionada esta planificación con los diagnósticos participativos que hacemos con ellos”

Profesional Municipal. El Bosque.

Se ve, entonces, que existen fórmulas diferentes a la hora de recoger la opinión de los actores claves de la sociedad civil en ambas comunas. En Ñuñoa, se privilegiaba el trato directo con las autoridades municipales, estableciéndose compromisos y acciones puntuales en uno y otro ámbito. En el caso de El Bosque, el trabajo con las organizaciones está incorporado en la planificación estratégica de la Oficina de la Discapacidad, operando concretamente a través de reuniones mensuales y en el trabajo que cada “territorialista” de la Oficina lleva a cabo en su sector, lo que se expresa en la participación en los diagnósticos participativos y en los instrumentos de planificación comunal (PLADECO).

En la comuna de El Bosque existen diferentes liderazgos al interior de la municipalidad. Los entrevistados coinciden en destacar el apoyo que el actual Alcalde, SR. Melo, le ha dado a la discapacidad. Se mencionan, también, los liderazgos de la Administradora Municipal, la directora de DIDECO, la Dirección de Desarrollo, Innovación y Emprendimiento Territorial y la de Obras. En cuanto a las organizaciones sociales de la discapacidad, el liderazgo no sólo descansa en la Unión Comunal de la Discapacidad, sino que en algunos dirigentes con discapacidad, quienes actualmente ocupan cargos directivos en Juntas de Vecinos.

“Sí, tenemos dirigentes que partieron como dirigentes de la discapacidad y son presidentes de juntas de vecinos, o secretarios de juntas de vecinos (...) y son reconocidos, que eso es lo importante”

Profesional Municipal. El Bosque.

Uno de los problemas comunes que tiene la planificación estratégica en El Bosque y Ñuñoa es la manifiesta necesidad de reforzar el trabajo intersectorial, de manera que las unidades municipales que ofrecen servicios y actividades para las PeSD dialoguen y coordinen acciones efectivas en conjunto.

“hay un lío sí, porque a nosotros igual nos llegan todos los postrados, y ahí estamos en una conversación porque también hay que tomar definiciones para mejorar la atención y también tenemos que optimizar los recursos”

Profesional Municipal. El Bosque.

Hay otros dos problemas que enfrenta la planificación estratégica de ambas comunas. El primero son las barreras que aún se mantienen en el acceso a la información para las PeSD, donde queda mucho que avanzar en el acceso a la información. El segundo es la amenaza que significa la persistencia de una cultura asistencialista y del modelo biomédico en el ámbito de la discapacidad, lo que significa que se mantengan barreras actitudinales y físicas que dificultan la real inclusión de las PeSD.

“Yo creo que también pasa de la forma como las organizaciones se vinculan con las autoridades, pero desde una cosa mucho más real (...) que la cuenta pública pueda contar con un intérprete, o sea eso sí que habla que les interesa que todos los vecinos, sean personas sordas o no, puedan tener acceso a esa información”

Profesional. Institución Nacional.

“pero es el enfoque asistencialista el que prima, es un servicio donde las familias no tienen diríamos ninguna relación orgánica con el municipio, no participan en la toma de decisiones, no participan, te informan”

Dirigente. Organización Nacional.

En síntesis, existe una postura que aboga por la creación de institucionalidad en discapacidad al interior de las municipalidades, pero también un grupo que está en contra de este tipo de decisiones, calificándola como discriminatoria y segregadora. Sin embargo, la experiencia de Ñuñoa es el reflejo de cómo la falta de un plan de trabajo

atenta contra la planificación estratégica en general, existiendo dispersión de recursos y una comunidad desinformada. En Ñuñoa y El Bosque existe un liderazgo importante de las organizaciones de la sociedad civil, pero diferencias en el trato con las autoridades municipales, en el caso de Ñuñoa se privilegia la relación directa, mientras que en El Bosque el tema está contenido en la planificación anual, operando por medio de reuniones mensuales y con los territorialistas. En ambas comunas existe la necesidad de fortalecer el trabajo intersectorial, un área donde El Bosque tiene mayores avances producto de la reciente ejecución de la EDLI. También, enfrentan el peso del modelo biomédico, lo que hace que aún persista una cultura asistencialista y que el sector público no asuma con propiedad los derechos de las PeSD, desatendiendo las esferas de la participación social y la anti-discriminación.

Compromiso y desarrollo de las personas (RRHH)

En general, existe coincidencia entre los entrevistados respecto a que los terapeutas ocupacionales son un tipo de profesional idóneo para integrarse a la gestión municipal en discapacidad dada la formación académica que actualmente reciben. También, en este terreno, la experiencia del equipo profesional a cargo de la EDLI, permite recomendar la conformación de equipos que combinen competencias profesionales del área social y de la salud (rehabilitación).

“los terapeutas son formados en el tema de la discapacidad, eso es potente, se manejan en tecnología asistida, ¿no?, en ayudas técnicas, vienen como preparados para hartas cosas que son necesarias”

Profesional. Institución Nacional

Un grupo de entrevistados plantean la necesidad de reforzar las competencias de las personas a cargo de las ayudas técnicas en DIDECO⁴³, sus conocimientos sociales pueden ser muy funcionales desde el punto de vista administrativo, pero se descuida el tema técnico, vale decir, cuales son las ayudas técnicas que existen y a quienes sirven realmente.

⁴³ Es el caso de Ñuñoa, comuna que como ya se dijo no tiene una unidad específica, pero si diferentes servicios diseminados al interior del municipio.

“que las ayudas técnicas también las maneje una persona que sepa de discapacidad, no una asistente social, porque ella sabe de asistencia social, los trámites que hay que hacer para llegar a la ayuda técnica, pero no sabe qué tipo de audífono puede necesitar la persona, si es del oído derecho o del izquierdo”

Dirigente. Organización Nacional

La falta de RRHH destinados exclusivamente al tema en Ñuñoa es el reflejo de la dispersión de esfuerzos y dificulta la rendición de cuentas. Por el contrario, la Oficina de la Discapacidad de El Bosque cuenta con un equipo multidisciplinario compuesto por profesionales y técnicos de las áreas de lo social, la salud y la educación, los cuales cubren las 5 líneas del plan de trabajo, tanto en las dependencias de la unidad como en los 6 sectores de la comuna.

Un tema pendiente para las municipalidades de El Bosque y Ñuñoa⁴⁴ es la falta de conocimientos y habilidades entre la mayoría de los funcionarios de la planta municipal a la hora de tratar con las PeSD, transformándose la comunicación y la entrega de información en una barrera importante.

“saber un poco más de que variables manejar para atender a este tipo de personas, porque si hay que tener, desde la ley estoy hablando, desde la implementación, desde que clase hacer, que clase no hacer, nos faltaría un poco más de capacitación”

Profesional Municipal. Ñuñoa

Entre el equipo de la Oficina de la Discapacidad de El Bosque es posible reconocer dos retos adicionales. El primero es la capacitación o formación continua del RRHH, lo que se ve dificultado porque no todos están contratados y porque una parte del equipo depende administrativamente de otras áreas municipales. Un segundo reto es la alta rotación que hay en el RRHH en discapacidad.

⁴⁴ En este plano, también es necesario, destacar que la Corporación Municipal de Deportes de Ñuñoa ha integrado a su equipo de trabajo a PeSD, tanto en funciones administrativas como las de monitor deportivo.

“porque me tomó de un momento la kinesióloga, claro que después ella, como tiene alumnos en práctica, y cada sesión, a veces ha durado dos o tres veces una pareja de integrantes de los institutos (...) hay rotación”

Usuario/a. El Bosque

En resumen, la conformación de equipos multidisciplinarios, con competencias en lo social y en la rehabilitación, es una medida que permite fortalecer la gestión municipal en discapacidad. En ambas comunas existe el problema de la falta de conocimiento de la planta municipal en general en cuanto al trato que se le debe brindar a las PeSD, transformándose en una barrera del entorno. La ausencia de RRHH destinado exclusivamente para la discapacidad en Ñuñoa tiene como resultado la dispersión de los esfuerzos y que no exista rendición de cuentas en la gestión en discapacidad. En la Oficina de El Bosque, por su parte, existen retos en la formación continua y con la rotación del RRHH.

Recursos financieros y materiales

En términos generales, existe una gran precariedad en la gestión municipal en discapacidad, con escasez de recursos materiales y con presupuestos muy acotados.

“Claro, un pedazo del área social del municipio, donde tiene un computador con internet, que es la exigencia que tenemos que tener. Pero ese el recurso”

Dirigente. Nivel Nacional

El modelo de gestión de Ñuñoa implica que no haya recursos financieros, ni materiales destinados específicamente para la gestión municipal en discapacidad. Antes bien, los últimos alcaldes de la comuna, Srs. Sabat y Zarhi, han apostado por la entrega de subvenciones municipales a las organizaciones de la discapacidad.

Dado el modelo de gestión en Ñuñoa, los entrevistados de la comuna no tienen antecedentes para pronunciarse sobre las cifras que efectivamente invierte el municipio en discapacidad.

“No tengo idea, porque no conozco cual es el monto, no podría decir cuánto es (...) yo creo que ninguno de ellos sabe cuánto invierte, porque van los distintos departamentos trabajando aparte el tema”

Dirigente. Organización Ñuñoa

En la comuna de El Bosque también existe una política de entrega de subvenciones a organizaciones sociales, pero en paralelo hay recursos financieros y materiales asignados específicamente para la gestión municipal en discapacidad, los cuales provienen de las arcas municipales (cubre los costos operacionales y parte del RRHH) y de fuentes externas (convenios con Universidades y recursos del MINSAL y SENADIS, principalmente).

Existe una favorable evaluación de estos recursos por parte de los usuarios y usuarias de El Bosque, quienes los consideran suficientes y bien distribuidos. Entre los dirigentes, hay una postura contradictoria. Se percibe que existen recursos suficientes, pero que existe una mala distribución de las asignaciones que reciben las organizaciones de la discapacidad.

“No creo que sean insuficientes, creo que están mal repartidos, como te decía, en algunas cosas (...) en crear un tremendo espacio de rehabilitación, tienen hartos profesionales, está bien equipado”

Dirigente. Organización El Bosque

La detección de necesidades queda en manos del equipo a cargo de la unidad de discapacidad en El Bosque. En Ñuñoa, por el contrario, no está formalizada esta tarea.

En cuanto a las posibilidades de financiamiento externas al municipio, los entrevistados de nivel nacional recomiendan buscar más allá de los que ofrece SENADIS.

En resumen, los entrevistados de Ñuñoa desconocen cuanto efectivamente se invierte en discapacidad y que recursos materiales se destinan para esta labor. En ambas comunas (Ñuñoa y El Bosque) opera la entrega de subvenciones para las organizaciones de la discapacidad, sin embargo, en El Bosque existe además un presupuesto y recursos materiales propios, lo cual proviene de las arcas municipales y de fuentes externas. Los

recursos materiales, en especial el equipamiento de la Oficina de la Discapacidad es bien evaluado por los usuarios/as, no ocurre lo mismo con los dirigentes de la discapacidad quienes tienen una opinión favorable respecto a la cantidad de recursos, pero reparos en cuanto a su distribución entre las propias organizaciones.

Prestación de servicios municipales

Independiente del modelo de gestión, hay una gran variedad de servicios ofrecidos por los municipios de Ñuñoa y El Bosque. No obstante, hay coincidencia que sigue siendo insuficiente, dado que aún existe un gran número de PeSD que no acceden a esta oferta producto de las barreras del entorno.

“Existe menor cobertura porque puede haber una mayor barrera, o sea una persona sorda, si tú no sabes lenguaje de señas, o sea, a menos que vaya con un intérprete, va ser complejo que el funcionario municipal pueda atenderlo, y por ende la persona dice yo no voy a un lugar donde no me van a entender (...) en discapacidad física si no tenemos los accesos universales, una personas en silla de ruedas no va a poder ni siquiera entrar a una oficina, no va a poder ni siquiera realizar un trámite. Por otro lado, una persona con discapacidad psiquiátrica, ya el estigma de tener discapacidad psiquiátrica es potente, y eso también va a generar barreras en torno a la atención que pueda recibir”

Profesional. Institución Nacional

Con el fin de hacer referencia a la opinión de los entrevistados se comenzará abordando aquella oferta que es ejecutada por los municipios, pero que proviene desde las políticas sectoriales del Gobierno Nacional (principalmente, educación y salud), para luego tratar la oferta que surge desde los propios territorios locales.

En cuanto a la educación hay una opinión favorable sobre el programa de integración escolar (PIE) dado que permite cautelar los derechos de las PeSD. No obstante, hay un problema en cuanto a los cupos que permite la ley, los cuales resultan insuficientes, dejando a voluntad de las autoridades de los colegios la búsqueda de salidas alternativas que permitan dar cobertura a todos quienes lo necesiten. En el caso de Ñuñoa, destaca

por su oferta educacional, la cual cubre la discapacidad física, mental y sensorial (visual).

“esta ley te condiciona a 7 alumnos por curso, y eso nosotros ya no podemos declarar más, y eso no es inclusivo (...) justamente el año pasado yo estuve en un colegio donde estaba copado ese límite, pero el Director y la Encargada o Coordinadora del PIE dijo, bueno hay algunos chicos con otras necesidades, y tenemos que trabajar igual”

Profesional Municipal. El Bosque

En salud, tal como ya se mencionó, los entrevistados de El Bosque tienen una opinión contradictoria producto de los problemas de coordinación entre la Oficina de la Discapacidad y los encargados del Programa de Atención Domiciliaria a personas con Dependencia Severa (conocido también como programa postrados). En el caso de Ñuñoa, la funcionaria de DIDECO a cargo de la tramitación de las ayudas técnicas manejaba información sólo de los aportes económicos que su unidad disponía para los pacientes de los programas postrado y crónico.

“el postrados se puede evaluar un monto mensual dependiendo de los gastos que tengas, por ejemplo hay personas que están en el postrados que tiene ayudas mensuales de noventa mil pesos en la farmacias, para pañales, los medicamentos, y en el crónico hay un tope que son hasta cincuenta mil pesos”

Profesional Municipal. Ñuñoa

También, en el área de salud es importante referirse a la oferta en rehabilitación. En esta línea, los juicios de los entrevistados dan cuenta del problema manifiesto que existe en cuanto a la cobertura de personas adultas que requieren este tipo de servicios en las diferentes comunas del país, una tendencia que irá en incremento dado el comportamiento demográfico de la población.

“nosotros no tenemos rehabilitación, no hay porque la hacen organizaciones como la Teletón, que es súper sesgada porque solamente la rehabilitación es un tema físico (...), y yo ¿qué hago con un adulto mayor que queda con una discapacidad por una amputación por una diabetes?”

Dirigente. Organización Nacional

Hay una buena evaluación entre los usuarios y usuarias de las gestiones que la Oficina de Discapacidad de El Bosque hace para satisfacer sus necesidades, situación que no ocurre en Ñuñoa, donde existe mucha desinformación sobre donde deben recurrir las PeSD.

“Hasta el momento cero, cero invitación, ahí mismo las visitadoras podrían orientarnos a uno, oiga vaya a tal parte, acérquese a tal parte, aquí hay una dirección o vaya a hablar con tal persona para que lo ayude a conseguir lo que quiere”

Usuario/a. Ñuñoa

Ambos municipios tienen una oferta de servicios deportivos. En Ñuñoa, la participación de una directora del Consejo Comunal de la Discapacidad fue vital para que la Corporación Municipal de Deportes se abriera a hacer talleres deportivos inclusivos, los cuales son bien evaluados por los usuarios y usuarias, quienes destacan, en especial, el trato de alguno de los monitores a cargo de las actividades.

“la niña, o sea el baile a mí no me gusta, siempre me ha gustado ir con el Christopher (...) porque era entretenido”

Usuario/a. Ñuñoa

En El Bosque las instalaciones deportivas están adaptadas a las PeSD. Los usuarios y usuarias entrevistados están al tanto de la oferta deportiva, saben en qué consiste y cómo se puede acceder a ella.

La municipalidad de El Bosque ofrece varios servicios que provienen de las propias necesidades de la comunidad, los cuales se agrupan en las líneas de acción de la promoción, prevención y desarrollo comunitario, esta última se compone de actividades de participación y recreación para las PeSD, las cuales son bien evaluadas por los usuarios y usuarias de la Oficina de la Discapacidad, en especial, producto del interés que manifiestan las autoridades de la comuna.

“yo soy parte de la organización donde están los discapacitados, ahí nosotros nos reunimos el día miércoles y viernes, a compartir, a conversar, a hacer proyectos, a

hacer proyectos para ir a paseo, y juntar dinero, nos juntamos a tomar once, a participar, a veces llegan visitas, llega el Alcalde, los concejales, a dar charlas y ofrecer cosas nuevas”

Usuario/a. El Bosque

En las comunas de Ñuñoa y El Bosque existen problemas comunes en los servicios de transporte y los de apoyo para la inclusión laboral. El primero sigue representando un obstáculo para que las PeSD puedan acceder a la oferta municipal, a pesar de la adquisición de vehículos propios por parte de ambas comunas. El segundo, por su parte, tiene como principal escollo la colocación efectiva de PeSD en el mundo laboral, a pesar de las capacitaciones que se hacen y de la educación a la que acceden.

“y un tercero que tiene que ver con talleres polideportivos, que esta, pero como que no funciona mucho, porque hay que ir a buscar a la gente (...) cuesta un poco más porque hay que trasladarlos”

Profesional Municipal. Ñuñoa

“tenemos gente que está con muchas capacitaciones, muchas capacitaciones, en lo que se te ocurra, repostería, etc, pero no hay bolsa de trabajo, ¿qué sacas tú con tener a una persona capacitada en muchas cosas, si no hay bolsa de trabajo?”

Dirigente. Organización El Bosque

En resumen, existe una nutrida oferta de servicios a nivel municipal, la cual ha ido incrementándose en el tiempo, pero sigue siendo de difícil acceso para las PeSD. Hay diferentes opiniones según los tipos de servicios. En el área del deporte hay una opinión favorable en ambas comunas. En la educación existe en Ñuñoa una cobertura nutrida para las diferentes discapacidades y en ambas comunas hay una valoración positiva del programa PIE, pero la cobertura sigue siendo insuficiente. En salud existe una valoración positiva de los servicios del CCR de El Bosque, pero también consciencia que existen problemas de coordinación con el sector municipal de salud y que la cobertura de los adultos que requieren rehabilitación es un problema que va incrementándose a nivel país. Hay actividades que han nacido de los propios intereses de la comunidad de El Bosque, los cuales son bien evaluados por los usuarios y usuarias de la Oficina de la Discapacidad. Al igual como sucede en el resto del país, el servicio

de transporte y las acciones de apoyo para la inserción laboral son los planos más deficientes en la gestión municipal.

Relación con usuarios y usuarias

Los entrevistados dejan de manifiesto barreras actitudinales que son el legado de la cultura asistencialista que aún tienen un lugar en la discapacidad en Chile.

“es muy diferente, por ejemplo, yo he estado en Buenos Aires y uno, por decirle, va a cualquier parte, la gente no se hace un lado, lo ayuda al tiro, es otra. Otro trato, uno sube al bondi, como le dicen allá, si hay 10 personas, se paran para ayudarlo, aquí nadie, todos miran al lado, es más indiferente la gente”

Usuario/a. Ñuñoa

La diferencia en los modelos de gestión de ambas comunas implica que existan diferentes opiniones sobre la relación con los usuarios y usuarias. En el caso de Ñuñoa, hay una evaluación que en general es desfavorable tanto de los propios usuarios y usuarias, los dirigentes sociales y los funcionarios municipales, planteándose que existe desinformación y que no se favorece la participación ciudadana de las organizaciones sociales de base.

En El Bosque existe una buena evaluación de los usuarios y usuarias sobre la atención que se les brinda y las oportunidades de desarrollarse en otros planos. Los dirigentes de la discapacidad, por su parte, tienen juicios encontrados, por un lado, hay una positiva evaluación de la forma como la Oficina de la Discapacidad ha favorecido la participación social de las PeSD, por otro lado, existe un desgaste en las relaciones entre los dirigentes y el personal de la unidad.

“Algo que te voy a contar que a mí como dirigente me dejó muy contenta, a los chiquillos también, que en el Censo que se hizo este año el municipio pidió un Censo inclusivo (...) ha sabido administrarlo muy bien, pero se perdió el otro lado, el lado humano, me entiendes, ya porque antes yo veía el tema del interés humano que había para con las personas”

Dirigente. Organización El Bosque

En ambas comunas hay un problema con la atención de los usuarios y usuarias que acuden por primera vez al municipio, encontrándose expuestos a una excesiva burocracia, a la desinformación y al desconocimiento de muchos funcionarios municipales sobre el trato que hay que brindarle a las PeSD.

“siempre es mejor que ellos se informen antes de llegar al municipio (...) la atención va a ser buena, la acogida va a ser buena, pero el peloteo no se lo van a pasar por alto”

Dirigente. Organización El Bosque

Independiente de las diferencias en el modelo de gestión, existe el reto común de fomentar la autonomía de las PeSD, de modo que sean personas autovalentes.

“pero también nos hemos dado cuenta que como sociedad tratamos a estos niños como guaguas y finalmente lo que estamos haciendo es hacerles un daño (...) le hemos dicho como son las cosas, cuando lo hemos retado, él entiende”

Profesional Municipal. Ñuñoa

En síntesis, falta crear una real cultura inclusiva y promover la participación social de las PeSD. Esto último es particularmente marcado en Ñuñoa, donde además las PeSD se ven enfrentadas a la desinformación general. En El Bosque, los usuarios y usuarias se sienten que su opinión es considerada, algo similar ocurre con los dirigentes, aunque también las relaciones se han ido desgastando con el tiempo. Ambas comunas tienen el reto de fortalecer la autonomía de las PeSD y mejorar sus procesos para la atención de aquellas personas que por primera vez acuden a los municipios.

Información y análisis

Los entrevistados de nivel nacional dan cuenta de los canales de información usualmente ocupados por los municipios para comunicar su oferta para las PeSD, incorporándose últimamente las redes sociales y contando con productos más

tradicionales, como dípticos y trípticos (folletería). Por el contrario, la información por vía web tiene la desventaja de la inaccesibilidad.

“hay varios facebook promocionando, pero también existe el tríptico, el díptico y en estas ferias de atención municipal que se realizan, yo creo que ese es el fuerte (...) yo creo que poco, porque no se maneja tanto la accesibilidad web”

Profesional. Institución Nacional.

Ambas comunas apuestan por la entrega de información en folletería, por la web municipal y por el tradicional método del “boca a boca”, sin embargo, la falta de una unidad a cargo de la discapacidad en Ñuñoa implica que exista mucha desinformación entre las PeSD de la comuna.

El CCR de El Bosque, además, ha incorporado un consentimiento informado para mayor transparencia en la entrega de la información, el cual es firmado por los usuarios y usuarias cuando hacen su ingreso, asimismo, también, se considera su opinión para mejorar la atención.

“Si, te preguntan lo que uno quiere mejorar y ellos lo ponen en curso (...) a través de un papel que uno tiene que firmar cuando hace el consentimiento de entrar acá (...) los talleres fueron a través de que uno va dando a sus sesiones y le van diciendo que tipo de talleres y te pueden inscribir”

Usuario/a. El Bosque

A diferencia de lo que ocurre en El Bosque, la comuna de Ñuñoa cuenta con un catastro de PeSD y un levantamiento sobre el estado de la infraestructura física y vial, dos productos que han sido gestionados por el Consejo Comunal de la Discapacidad y que son usados actualmente por el municipio. Para cubrir la carencia de un catastro, la Oficina de Discapacidad de El Bosque obtiene información desde el registro social de hogares.

“Tenemos lo del INE, lo del Consejo Comunal de la Discapacidad, la chica hizo un cruce, sabemos un poco, y también el historial social de la municipalidad de Ñuñoa”

Profesional Municipal. Ñuñoa

La Oficina de El Bosque cuenta con varias herramientas para el análisis de su gestión. En primer lugar, hay un registro de atenciones y carpetas por cada usuario/a. En segundo lugar, existe un registro estadístico mensual (REM) para el área de salud. En tercer lugar, hay indicadores cualitativos de desempeño en el CCR. En cuarto lugar, existen encuestas que periódicamente se aplican a los usuarios y usuarias.

“Indicadores de desempeño en el CCR sí, pero en la oficina son netamente más cualitativos, en el CCR sí, tenemos indicadores de desempeño tanto cuantitativos como cualitativos (...) El registro estadístico mensual (REM), que pide salud, en este caso para poder seguir con el financiamiento del convenio que teníamos”

Profesional Municipal. El Bosque

En síntesis, ambas comunas disponen de diferentes medios de información, siendo la folletería y el “boca a boca” los medios más tradicionalmente usados, pero la carencia de una unidad a cargo de la discapacidad implica que prime mucha desinformación entre las PeSD de la comuna de Ñuñoa. La información por la vía web ha ido en aumento, sin embargo, existe el problema generalizado en cuanto a su inaccesibilidad. Respecto al análisis de la información, la comuna de Ñuñoa tiene la ventaja de contar con un catastro de PeSD, a diferencia de El Bosque, donde hay productos para la evaluación de la gestión, como indicadores de desempeño y encuestas aplicadas periódicamente entre usuarios y usuarias.

Resultados de la gestión municipal y de la calidad de los servicios

Los entrevistados de nivel nacional dejan en evidencia la importancia del territorio comunal a la hora de marcar la pauta sobre que lo que se debe hacer en discapacidad y también porque es en este marco donde se pueden lograr cambios significativos en la calidad de vida de las PeSD. Asimismo, manifiestan que existe una deuda con la discapacidad ante la falta de cumplimiento de los acuerdos que rigen en la Convención de la ONU sobre los derechos de las PeSD.

“eso habla de cómo el territorio habla, como te va entregando la forma de trabajar (...) es desde ahí donde se generan las posibilidades de resolver desde cosas más básicas a cosas que son mucho más trascendentales, que no pasan por el alimento que se necesite en el momento, desde la gestión de una hora importante para el hospital”

Profesional. Institución Nacional.

“y el Estado chileno todavía tiene la mala costumbre de delegar sus responsabilidades en el mundo del asistencialismo, por ejemplo, o de organizaciones privadas, y no asumir desde su institucionalidad en plenitud la responsabilidad de atender las demandas de salud, educación, trabajo, accesibilidad, etc. como hoy día lo exige y lo obliga las normas internacionales y la nueva legislación”

Dirigente. Organización Nacional.

En términos generales, los resultados de la gestión se ven afectados por las barreras del entorno, entre las que, tal como ya se planteó, destacan la falta de información y conocimiento sobre el trato efectivo hacia las PeSD, lo que termina siendo un obstáculo significativo al interior de los municipios.

Existen diferencias en los resultados de la gestión municipal. En el caso de Ñuñoa, a pesar de no contar con una unidad a cargo de la discapacidad, hay resultados en el plano de la información y el análisis, contando con un catastro de PeSD a nivel comunal y con un levantamiento sobre el estado del espacio público, aunque todavía está pendiente efectuar las mejoras en la accesibilidad de la infraestructura vial y física. Otro plano que tiene resultados favorables es el educacional, contando con una cobertura escolar para personas con discapacidad física, mental (cognitiva) y visual. En lo deportivo, también hay avances, en especial, en la apertura de los talleres deportivos para la participación de PeSD. No obstante, en opinión de los entrevistados, la gestión en discapacidad en su conjunto se ve afectada por la carencia de un plan de trabajo y por la incapacidad de crear una cultura municipal inclusiva.

“él anterior Alcalde, Sabat, tuvo varias cosas que hizo por la discapacidad, pero eran puras cosas que brillaban mucho, pero que no son permanentes”

Profesional Municipal. Ñuñoa

“hay mucho funcionario que tiende a decir vaya al Consejo, el Consejo no es una oficina, no hace esas acciones, pero es la forma en la que operan los funcionarios y si en el fondo en vez de resolver del tema, aprender del tema, lo visualizan como que no está el tema y lo tiran afuera”

Dirigente. Organización Ñuñoa

Hay coincidencia entre los entrevistados respecto a que la comuna de El Bosque ha logrado constituirse en un referente a nivel país en la gestión municipal en discapacidad, superando incluso a comunas con mayores recursos. Su labor en discapacidad se ha hecho en sintonía con las demandas y expectativas de su población con discapacidad.

“hablando con otros dirigentes, de otras comunas, comunas con más antigüedad que ésta, con mejores recursos económicos y no están tan avanzado como nosotros, o sea nos falta, pero mal no estamos (...) siempre se toma como ejemplo en el tema de la discapacidad”

Dirigente. Organización El Bosque

La oficina de la discapacidad de El Bosque ofrece buenos resultados en su gestión, así lo afirman los usuarios y usuarias del CCR, como también el propio equipo a cargo de la Oficina, quienes, a modo de ejemplo, plantean que existen inconvenientes con la alta administrativa de los usuarios dado que no se quieren ir producto de la atención que le brinda el equipo.

“Buena, demasiada buena (...) yo llegue en silla de ruedas, ahora estoy en bastones”

Usuario/a. El Bosque

Los resultados de la gestión en El Bosque, también, se han visto fortalecidos producto de la ejecución de la EDLI, permitiendo que otras unidades municipales consideren efectivamente en su gestión a las PeSD y brindando cobertura de atención en domicilio a las PeSD severas.

Sin embargo, existe un déficit en el entorno, faltando mejorar la infraestructura vial y física de la comuna de El Bosque, situación que también es compartida por Ñuñoa. La

necesidad de reforzar la inclusión laboral de las PeSD y mejorar el servicio de transportes son temas pendientes en los resultados de la gestión municipal.

“No es el municipio el que en sí falla, no es el alcalde él que falla, es el entorno (...) hemos pedido veredas, recién se están implementado”

Dirigente. Organización El Bosque

En resumen, los entrevistados coinciden en la importancia que tiene el territorio a la hora de marcar la pauta sobre qué hacer con respecto a la discapacidad, sin embargo, existe una falta de cumplimiento respecto a los acuerdos de la Convención sobre los derechos de las PeSD y un entorno municipal que sigue siendo poco amable con la discapacidad. Hay diferentes resultados en cada comuna. En Ñuñoa, hay avances en educación, en deporte y en el manejo de información clave (catastro y levantamiento sobre el estado del espacio público), no obstante, la falta de un plan de trabajo único hace que no haya un horizonte claro sobre dónde dirigir los recursos y los esfuerzos. La municipalidad de El Bosque es un referente a nivel nacional en discapacidad, sus resultados, además, se han visto fortalecidos producto de la ejecución de la EDLI, no obstante, al igual como sucede en Ñuñoa, existen deficiencias en el estado del espacio público, en la inclusión laboral de las PeSD y en el transporte.

A continuación, se presentan las principales fortalezas y debilidades en la gestión municipal de Ñuñoa y El Bosque.

Fortalezas

Se ve que existen diferentes fortalezas según el modelo de gestión. En Ñuñoa la falta de una unidad a cargo de la discapacidad ha sido suplida, en parte, por el liderazgo que tiene el Consejo Comunal de la Discapacidad, un actor cuya opinión es recogida constantemente por la municipalidad. La cobertura en educación y en deporte es otra de las fortalezas de la comuna, siendo, por ejemplo, la única comuna en Chile que tiene 3 escuelas municipales para las personas con discapacidad física, mental (cognitiva) y visual. La elaboración de un catastro de PeSD y el levantamiento del estado de la infraestructura son otras fortalezas.

En la comuna de El Bosque existen varias fortalezas. En primer lugar, resulta indudable que la municipalidad ejerce un liderazgo a nivel país en materia de discapacidad, situándose por sobre comunas que tienen más recursos y que cuentan con una planta municipal mucho más nutrida. En esa línea, el hecho de contar con una institucionalidad en discapacidad y con un plan de trabajo que se ha implementado mancomunadamente con la comunidad es fundamental. En segundo lugar, existe un equipo multidisciplinario empoderado en su gestión, el cual tiene la confianza de las autoridades municipales y cuenta con la aprobación de los usuarios y usuarias. En tercer lugar, hay liderazgos a nivel de las OSC, de forma tal que los dirigentes de la discapacidad han crecido en sus competencias y capacidades para el trabajo comunitario. En cuarto lugar, la ejecución de la EDLI ha permitido que se sumen nuevos profesionales a la gestión municipal en discapacidad y transversalizar el tema en las otras unidades municipales. Por último, existen instrumentos para la evaluación de la gestión.

“La fortaleza es que te suban el ánimo, te digan que tú puedes salir adelante, no que te vas a quedar ahí en la silla (...) no sé ve cómo mucha debilidad, porque hasta los estudiantes que llegan acá te dan la misma, ¿cómo se llama esto?, la misma atención que los profesionales”

Usuario/a. El Bosque

Debilidades

Nuevamente existen diferencias según el modelo de gestión. En Ñuñoa existe un importante grado de desinformación sobre lo que la municipalidad hace en materia de discapacidad, existiendo confusión por parte de las PeSD sobre cómo y que ayuda obtener. En el caso de los dirigentes de la discapacidad y los funcionarios municipales, por su parte, existe desinformación sobre la inversión total en discapacidad y acerca de la labor que realizan otras unidades municipales. Otra debilidad es la falta de un plan general en discapacidad que guíe los servicios que hoy en día ofrecen las diferentes unidades del municipio.

La gestión municipal en discapacidad de El Bosque se ve afectada por la falta de un catastro municipal de PeSD. También, los entrevistados plantean que, a pesar de existir varios liderazgos, aún persiste una suerte de voluntarismo en la gestión del tema, de manera que lo que se hace queda condicionado por la presencia de determinadas personas.

“Otra debilidad es que yo creo que si no estuviéramos como Oficina, no estaría el tema puesto, y depende mucho de las personas encabezando las unidades (...) que pase por un tema personal, yo creo que eso es una debilidad”

Profesional Municipal. El Bosque

Asimismo, las condiciones contractuales del personal de El Bosque dificultan la capacitación y la formación continua.

En opinión de los entrevistados hay cuatro debilidades compartidas por ambos municipios. La primera es la inclusión laboral de las PeSD, es decir, el tránsito desde la educación al mundo del trabajo sigue siendo un problema importante en la discapacidad. La segunda tiene que ver con la adaptación del medio, constituyéndose la infraestructura física y el trato de los funcionarios municipales en general barreras para el desenvolvimiento de las PeSD. La tercera dice relación con el transporte para PeSD. La cuarta se refiere a la necesidad de reforzar la intersectorialidad municipal, apostando a un trabajo más coordinado con todas las unidades que ofrecen algún servicio o producto a las PeSD.

CONCLUSIONES

Una primera conclusión respecto a la gestión de la discapacidad desde la perspectiva de la calidad de los servicios municipales en discapacidad radica en el plano de la planificación estratégica y el liderazgo, existiendo un debate sobre si se debe o no contar con una institucionalidad específica. Al respecto, la experiencia de la municipalidad de Ñuñoa es gráfica en cuanto a cómo la ausencia de una unidad en discapacidad se traduce en la falta de un plan de trabajo, existiendo finalmente dispersión de recursos y esfuerzos. Los liderazgos de la sociedad civil son relevantes en la gestión municipal en discapacidad de ambas comunas, pero se expresan de diferente forma. En Ñuñoa prima el trato directo entre la Unión Comunal de la Discapacidad y las autoridades municipales, en El Bosque la relación con la comunidad organizada está incluida en el plan de trabajo anual de la Oficina de la Discapacidad. Ambas comunas tienen deficiencias en el trabajo intersectorial y se ven expuestas a la influencia que aún tiene el modelo biomédico, lo que hace que subsista una cultura asistencialista que atenta contra la real inclusión de las PeSD. También, las comunas tienen el desafío de fortalecer la labor municipal en materia de anti-discriminación y seguir avanzando en el plano de la participación social.

En relación al compromiso y desarrollo de las personas (RRHH), se concluye que la conformación de equipos con competencias en lo social y en la salud (rehabilitación) es un capital importante para la gestión municipal en discapacidad, siendo EL Bosque la comuna que más ha avanzado en este plano a través de una planta multidisciplinaria. Sin embargo, hay una tarea pendiente en Ñuñoa y EL Bosque en cuanto al trato que la planta municipal en general le brinda a las PeSD. Además, en Ñuñoa la falta de recursos humanos destinados a la discapacidad genera inconvenientes para la rendición de cuentas y es una fuente de confusión para las PeSD. En la comuna de El Bosque, por su parte, existen retos en la formación continua del personal de la Oficina de la Discapacidad y en cuanto a la rotación del personal.

En cuanto a los recursos materiales y financieros, no existe claridad en la municipalidad de Ñuñoa sobre cuánto es el monto total destinado a la discapacidad y tampoco acerca de los recursos materiales que están disponibles para el uso de las PeSD. Ambas comunas funcionan con la entrega de subvenciones municipales a las organizaciones

comunales de la discapacidad, pero El Bosque cuenta con recursos materiales y financieros propios para su gestión municipal en discapacidad, los cuales son bien evaluados por los usuarios y usuarias.

La prestación de servicios municipales para PeSD ha ido en aumento en ambas comunas. A pesar de la inexistencia en Ñuñoa de institucionalidad y de un plan de trabajo integral, si hay una oferta importante de servicios, destacando el caso de educación, donde existe una cobertura de matrículas escolares para la discapacidad física, sensorial (visual) y mental. Además, destaca su oferta deportiva, la cual considera talleres “inclusivos”. En la esfera de la salud, hay una buena evaluación de la atención del CCR de El Bosque, no obstante, al igual como sucede con Ñuñoa, existe la necesidad de reforzar la coordinación entre las unidades municipal de salud y discapacidad. Por su parte, el servicio de transporte y el apoyo en la inserción laboral son los planos más rezagados en ambas comunas.

La relación con usuarios y usuarias es una dimensión que tiene que lidiar con la falta de una real cultura inclusiva en la planta municipal de ambas comunas, lo cual, en el caso de Ñuñoa, se agrava más producto de la desinformación general sobre la gestión municipal en discapacidad. Además, está el reto de orientar a las PeSD que acuden por primera vez a las municipalidades, de forma que previamente sepan dónde dirigirse y con qué antecedentes llegar.

La información se sigue entregando por los medios tradicionales (boca a boca y folletería), ambas comunas tienen el reto de adaptar sus páginas web. La comuna de Ñuñoa tiene la ventaja de contar con un catastro de PeSD, en cambio El Bosque no dispone de esta herramienta, pero si maneja antecedentes proporcionados por los usuarios y usuarias (encuestas) e indicadores de desempeño para medir los resultados de su gestión.

Las probabilidades de tener mejores resultados de la gestión aumentan cuando la gestión se dirige desde las necesidades y expectativas del territorio. Con mayor o menor distancia, El Bosque y Ñuñoa siguen presentando el reto de generar una cultura municipal inclusiva, de modo que sus funcionarios estén al tanto sobre cómo se debe tratar a las PeSD, y adaptar la infraestructura e instalaciones municipales. La comuna de

El Bosque se ha posicionado como un líder en la gestión municipal en discapacidad en todo Chile, ofreciendo resultados concretos en los planos de la rehabilitación, en la participación social de las PeSD y en la calidad de la atención en general. La comuna de Ñuñoa, a pesar de no contar con una unidad específica en discapacidad, ofrece resultados en educación y en deporte, asimismo, tiene la ventaja de manejar un catastro de PeSD, pero lo anterior no es el fruto de un plan de trabajo, sino que la suma de voluntades y esfuerzos personales que no permiten proyectar a la comuna de acuerdo a un horizonte claro y conocido por todas las PeSD que habitan en su territorio.

En síntesis, la calidad de la gestión municipal en discapacidad se ve favorecida cuando un municipio dispone de una planificación estratégica para organizar sus servicios y cuando el diseño de los servicios se hace conforme a las necesidades y expectativas de la población comunal. La oferta de prestaciones municipales en discapacidad ha ido en aumento, expresándose en los frentes de la rehabilitación, salud, educación y deporte, entre los principales, quedando pendiente la tarea de incluir efectivamente a las PeSD en el ámbito laboral. Otros retos son la capacitación de los funcionarios municipales de modo que estén al tanto sobre el trato que se le debe dar a las PeSD; contrarrestar la influencia que aún tiene el modelo bio-médico en la discapacidad y fortalecer el trabajo intersectorial entre las unidades que ofrecen servicios para las PeSD.

BIBLIOGRAFIA

- Asociación Chilena de Municipalidades. (2011). Intervenciones municipales para PcD. Santiago, Chile. MUNITEL. Colección Municipal.
- Acuña, C y Bulit, L (Comp.) (2010). Políticas sobre la discapacidad en la Argentina: El desafío de hacer realidad los derechos. Buenos Aires. Siglo XXI Editores.
- Barrera, P. Fritz, M. 2008. Integración laboral de personas en situación de discapacidad física pertenecientes a agrupaciones de la Red Provincial de y para la Discapacidad de Concepción que se encontraban trabajando durante el año 2008. Tesis de grado para optar al título de asistente social, Departamento de Servicio Social, Universidad de Concepción. Concepción
- Brogna, P. (Comp.) (2009). Visiones y revisiones de la discapacidad. México. Fondo de Cultura Económica.
- CLAD (Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo). (2009).
- Carta Iberoamericana de Calidad en la Gestión Pública. ICAP-Revista Centroamericana de Administración Pública.
- Cravacuore, Daniel (Comp.) (2002): “Innovación en la Gestión Municipal”. Buenos Aires. Edición de la Federación Argentina de Municipios (FAM) y la Universidad Nacional de Quilmes, Bernal.
- Cisternas, M. S. (2005). Informe sobre el estado de situación de la política chilena en materia de discapacidad: (énfasis en el ámbito laboral). Santiago, Chile. Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Egea, C & Sarabia, A. (s/a). Visión y modelos conceptuales de la discapacidad. Recuperado de <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/visiondis.pdf>
- Ferreira, M. A (2007). Sociología de la discapacidad: investigación y compromiso. Recuperado de http://www.mferreira.es/Documentos_nuevo/M_Ferreira.pdf
- Fernández, I. (2006). Mejora de la calidad en la atención a personas con discapacidad en Andalucía. España. Dirección General de Personas con Discapacidad. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social Junta de

- Andalucía. Canales, M. (Comp.). (2006). Metodologías de la Investigación Social, Introducción a los Oficios. Santiago. Editorial LOM.
- Fernández, L. 2006. ¿Cómo analizar datos cualitativos?. Universidad de Barcelona, España. Recuperado de <http://www.ub.edu/ice/recerca/fitxes/fitxa7-cast.htm>
 - FONASA (Fondo Nacional de la Discapacidad). (2004). Plan Nacional de Acción para la Integración Social de las Personas con Discapacidad 2004-2010. Santiago, Chile. Recuperado de <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/plan.integ.soc.persdiscap2004-10.pdf>
 - FONASA. (2005). Primer Estudio Nacional de la Discapacidad 2004-2010. Santiago, Chile.
 - FONASA -INE. (s/a). Informe Ejecutivo, región Metropolitana. Santiago, Chile.
 - Gutiérrez, P. (2014). Cuerpo, discapacidad y prácticas institucionales: una visión crítica de su evolución histórica en Chile. Santiago, Chile. Revista Chilena de Terapia Ocupacional, Vol. 14, N°2.
 - Hoover, J. Maritza, L. (2007). La discapacidad: una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. Revista Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12.
 - INE (Instituto Nacional de Estadísticas). (1992). *Chile y los Adultos Mayores: Impacto en la Sociedad del 2000*. Recuperado de <http://www.ine.cl/docs/default-source/sociales/adultos-mayores/mayor2000.pdf?sfvrsn=6>
 - MIDEPLAN (Ministerio de Planificación y Cooperación). (2006). Estudio Pertinencia de los Programas de Asistencia y Promoción para las Personas con Discapacidad que participan en el Sistema de Protección Social Chile Solidario. Santiago, Chile. Recuperado de <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/chs/1140953651493ef038b99a2.pdf>
 - MIDEPLAN. 2003. Resultados de la VIII Encuesta CASEN. Documento N13: Situación de las Personas en situación de discapacidad en Chile, Santiago, Chile.
 - MIDEPLAN. 2008. Primera Encuesta Nacional sobre Gestión Municipal. Santiago, Chile.

- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL (2015) CASEN 2013. Inclusión social de personas con dificultades y/o condiciones permanentes y de larga duración. Síntesis de Resultados Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/documentos/Casen2013_inclusion_social.pdf
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL (s/a). Resultados Discapacidad, Encuesta CASEN 2011. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/layout/doc/casen/publicaciones/2011/RESULTADOS_FINALES_DISCAPACIDAD.pdf
- ONU (Organización Naciones Unidas) (2016). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Recuperado de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Palacios, A & Bariffi, F. (2007). La discapacidad como una cuestión de derechos humanos: Una aproximación a la convención internacional sobre los derechos de las personas en situación de discapacidad. Ediciones Cinca
- Shalock, R (1999). Hacia una nueva concepción de la discapacidad. III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas en situación de discapacidad. Universidad de Salamanca, España.
- SENADIS (Servicio Nacional de la Discapacidad). (2015). Estrategia de Desarrollo Local Inclusivo, EDLI. Enfoque, objetivos, diseño. , Santiago, Chile. Departamento de Políticas y Coordinación Intersectorial, SENADIS.
- SENADIS. (2013). Política Nacional para la Inclusión Social de las Personas en situación de discapacidad. 2013-2020. Santiago, Chile. Recuperado de <http://www.senadis.gob.cl/descarga/i/1238>
- SENADIS. (2015). II Estudio Nacional de la Discapacidad. Santiago, Chile. Recuperado de http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/endisc/docs/Libro_Resultados_II_Estudio_Nacional_de_la_Discapacidad.pdf
- SUBDERE (Subsecretaria de Desarrollo Regional y Administrativo). (2007). Guía N° 1. Sistema de acreditación de los servicios municipales. Santiago, Chile. Recuperado de http://www.subdere.gov.cl/sites/default/files/documentos/articles-83248_recurso_1.pdf

- SUBDERE. (2007). Guía N° 2. Sistema de acreditación de los servicios municipales. Santiago, Chile. Recuperado de http://www.subdere.gov.cl/sites/default/files/documentos/articles-83248_recurso_2.pdf
- Tello, F.H (2011) La política de reforma y modernización de la gestión pública en Chile. Actores y procesos. Talca, Chile. Revista UNIVERSUM · N° 26 · Vol. 2.
- Verdugo, M. A. (2003). La concepción de discapacidad en los modelos sociales. Recuperado de <https://campus.usal.es/~inico/publicaciones/Verdugo-ModelosSoc.pdf>
- Zondek, A. et al (2006). Discapacidad en Chile: Pasos hacia un modelo integral del funcionamiento humano. Santiago, Chile. FONASA.

ANEXOS

ANEXO I: Pautas de entrevistas

Pauta etapa II: Entrevistados de nivel nacional

Presentación del entrevistado: Nombre.

1. ¿Cuál es su cargo, que funciones cumple y en que consiste, en términos generales, el trabajo que su unidad cumple en beneficio de las PeSD?

Antecedentes generales

2. ¿Cuál es el rol que actualmente los municipios cumplen en el ámbito de la discapacidad?
3. ¿Cuáles son los actores claves en la gestión municipal en discapacidad y que rol le atribuye a cada uno?
4. ¿Cuáles son las características generales del público- PcD- que se atiende en los municipios?

Gestión municipal en discapacidad:

5. A su juicio, ¿dónde debería radicar la administración de la discapacidad en las municipalidades?, ¿Por qué?
6. ¿Qué perfil profesional o técnico deberían tener los funcionarios que trabajan en la gestión municipal de la discapacidad? y ¿cuál es el perfil actual?
7. ¿Considera suficiente los recursos que actualmente se destinan para la gestión municipal en discapacidad?, ¿por qué?, ¿de dónde provienen en la actualidad?
8. ¿Existen mecanismos para captar recursos adicionales—públicos o privados- para la discapacidad?
9. ¿Cuáles son los servicios, programas y actividades que preferentemente organizan los municipios para las PcD y para qué público? (preguntar si existe algún grupo que sea beneficiado por sobre otro)
10. ¿Qué medios de información/ comunicación son utilizados por los municipios con el fin de difundir su gestión municipal en discapacidad?

Organizaciones de la sociedad civil (osc) y otros actores

11. ¿Cuál es la participación que actualmente tienen las OSC de la discapacidad en la gestión municipal de la discapacidad?, ¿cuáles son los factores que facilitan esta participación?, ¿cuáles son los factores que dificultan y/o impiden esta participación?
12. ¿Existen algunas otras instituciones u organizaciones que sean relevantes por su apoyo a la gestión municipal en discapacidad?

Incidencia gestión municipal en discapacidad

13. A su juicio, ¿qué incidencia tiene hoy en día la gestión municipal en la vida de las personas con discapacidad?
14. ¿Qué factores facilitan y cuales dificultan dicha gestión?

Pauta etapa III: Encargados municipales discapacidad

Presentación del entrevistado: Nombre.

1. ¿Cuál es su cargo, que funciones cumple y en que consiste, en términos generales, el trabajo de la unidad?

Liderazgo y planificación estratégica.

2. ¿Cuáles son los actores municipales que actualmente lideran el tema de la discapacidad?, ¿qué funciones y tareas cumplen?, ¿cómo se articulan y comunican entre sí?
3. ¿Cuándo y por qué razón se decidió crear la oficina comunal de la discapacidad?
4. ¿Cuentan con una estrategia o un plan de desarrollo en el área de la discapacidad?, ¿cuáles son sus principales indicaciones?, ¿cómo se da a conocer la estrategia y cómo se evalúa o monitorea su aplicación?, ¿qué grado de relación tiene con el plan de desarrollo comunal?
5. ¿Existen actores externos al municipio que ejerzan algún tipo de liderazgo?, ¿qué funciones y tareas cumplen?, ¿cómo hacen conocer sus demandas al municipio?,
6. ¿Consideran las necesidades y expectativas de los usuari@s con discapacidad en la planificación de la unidad?

Compromiso y desarrollo de las personas

7. ¿Cuántas personas trabajan en la unidad de discapacidad?, ¿cuáles son sus cargos y funciones?
8. ¿Cómo evalúa el desempeño del equipo de la oficina de la discapacidad?
9. ¿Cómo se identifican y abordan las necesidades de capacitación?
10. ¿Qué grado de involucramiento tiene el equipo de discapacidad en las decisiones que se toman en su unidad?

Recursos financieros y materiales

11. ¿Cuáles son las fuentes de financiamiento y los recursos materiales con los que cuenta la unidad?
12. ¿Cómo se detectan las necesidades financieras y materiales de la unidad?, en la actualidad, ¿cuáles serían los principales déficit?

13. ¿Existen actores externos al municipio que contribuyan en la dotación de recursos materiales o en la disponibilidad de recursos financieros?

Relación con usuarios y usuarias

14. ¿Quiénes son sus usuari@s y cuáles son sus principales necesidades?, ¿cómo se recogen sus demandas o requerimientos?, ¿existe algún colectivo de la discapacidad que no esté cubierto por la actual oferta municipal?

Prestación de servicios municipales

15. ¿Cuáles son los principales servicios que actualmente ofrece su unidad?, ¿Cómo se lleva el control en la ejecución de las actividades? (procedimientos y proveedores)

Información, análisis de los servicios y resultados

16. ¿Cuáles son los indicadores de desempeño de la unidad?, al respecto, ¿existen mediciones periódicas o instancias de análisis de la información?
17. ¿Cuáles son los principales resultados que tiene la unidad en la actualidad? (financieros, RRHH, usuari@s, proveedores y comunidad)

Fortalezas/ Debilidades

18. ¿Cuáles son las principales fortalezas que usted identifica en la labor que el municipio realiza para las PeSD?
19. ¿Cuáles son las principales debilidades que usted identifica en la labor que el municipio realiza para las PeSD?

Pauta fase tres: Dirigentes comunales discapacidad

Presentación del entrevistado: Nombre.

1. ¿Cuál es su cargo y desde cuando lo ocupa?
2. ¿Qué funciones cumple y en que consiste, en términos generales, el trabajo de su agrupación en beneficio de las PeSD?

Gestión municipal en discapacidad

3. ¿Cuáles son los actores que lideran el tema a nivel comunal y qué rol le atribuye a cada uno?
4. ¿Cómo evalúa la gestión municipal en discapacidad de la comuna de El Bosque?, ¿usted considera que la opinión de dirigentes y PeSD es recogida a la hora de decidir qué y cómo se hace?
5. ¿Cómo evalúa la labor de las personas que trabajan en la municipalidad en la atención de usuarios y usuarias con discapacidad?
6. ¿Cómo evalúa los recursos financieros y materiales que la municipalidad pone a disposición de las PeSD de la comuna?
7. ¿Cuáles son los servicios que la municipalidad pone a disposición de las PeSD y cómo los califica?
8. ¿Cuáles son las principales fortalezas que usted identifica en la labor que el municipio realiza para las PeSD?
9. ¿Cuáles son las principales debilidades que usted identifica en la labor que el municipio realiza para las PeSD?
10. ¿Qué recomendaciones daría para mejorar la gestión municipal en discapacidad en la comuna?
11. Desea agregar algún comentario.

Pauta fase tres: Otros funcionarios municipales discapacidad.

Presentación del entrevistado: Nombre.

1. ¿Cuál es su cargo, que funciones cumple y en que consiste, en términos generales, el trabajo de la unidad en beneficio de las PeSD?

Liderazgo y planificación estratégica.

2. ¿Cuáles son los programas y servicios que su unidad ofrece para PeSD?, ¿cómo lo hacen para considerar las necesidades y expectativas de las PeSD en la planificación de las actividades de su unidad?
3. ¿Existen otros actores- internos y externos al municipio- que ejerzan algún tipo de liderazgo en la prestación de servicios para PeSD?, ¿Qué funciones y tareas cumplen?

Recursos financieros y materiales

4. ¿Cuáles son las fuentes de financiamiento que sostienen la oferta de programas y servicios que su unidad entrega a las PeSD?
5. ¿Cuáles son los recursos materiales de su unidad con los que pueden contar las PeSD?

Relación con usuarios y usuarias

6. Considerando a los usuari@s de su unidad, ¿Quiénes son las PeSD que constituyen parte de ese público?, ¿Cuáles son sus principales necesidades y demandas y cómo se recogen éstas?

Prestación de servicios municipales

7. ¿Cómo se lleva el control en la ejecución de las actividades para PeSD? (procedimientos y organismos colaboradores)

Información, análisis de los servicios y resultados

8. Teniendo presente los programas y servicios para las PeSD de su unidad, ¿existen mediciones periódicas o instancias de análisis de la información?
9. ¿Cuáles son los principales resultados que su unidad tiene en el ámbito de la discapacidad? (financieros, RRHH, usuari@s, proveedores y comunidad)

Fortalezas/ Debilidades

10. ¿Cuáles son las principales fortalezas que usted identifica en la labor que el municipio realiza para las PeSD?
11. ¿Cuáles son las principales debilidades que usted identifica en la labor que el municipio realiza para las PeSD?

ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO

I. INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado(a) a participar en la investigación “Calidad de los servicios municipales en discapacidad en las comunas de Ñuñoa y El Bosque desde la perspectiva de actores internos y externos a los municipios”. Su objetivo es *analizar los servicios municipales en discapacidad en las comunas de El Bosque y Ñuñoa desde la perspectiva de la calidad en la gestión municipal*. Usted ha sido seleccionado(a) porque es parte de los usuarios o usuarias de los servicios municipales en discapacidad. El investigador responsable de este estudio es el Licenciado en Sociología de la Universidad de Chile, Iñigo García Pacheco.

Para decidir participar en esta investigación, es importante que considere la siguiente información. Siéntase libre de preguntar cualquier asunto que no le quede claro:

Participación: Su participación consistirá en contestar una entrevista semi-estructurada, una técnica que consiste en el desarrollo de una conversación entre un entrevistador(a) y un(a) entrevistado(a). La entrevista durará alrededor de 15 minutos, y abarcará varias preguntas sobre detallar los temas que se consultarán.

La entrevista será realizada, preferentemente, en las dependencias de la municipalidad. Para facilitar el análisis, esta entrevista será grabada. En cualquier caso, usted podrá interrumpir la grabación en cualquier momento, y retomarla cuando quiera.

Riesgos: a participación en esta investigación no supone riesgos, en caso de producirse cualquier imprevisto usted puede tomar contacto con el responsable mediante los datos de contacto que figuran al final de este documento.

Beneficios: Usted no recibirá ningún beneficio directo, ni recompensa alguna, por participar en este estudio. No obstante, su participación permitirá generar información para evaluar la calidad de los servicios municipales en su comuna.

Voluntariedad: Su participación es absolutamente voluntaria. Usted tendrá la libertad de contestar las preguntas que desee, como también de detener su participación en cualquier momento que lo desee. Esto no implicará ningún perjuicio para usted.

Confidencialidad: Todas sus opiniones serán confidenciales, y mantenidas en estricta reserva. En las presentaciones y publicaciones de esta investigación, su nombre no aparecerá asociado a ninguna opinión particular. El archivo de audio será guardado por el investigador responsable por un máximo de 5 años y sólo será usado como insumo para elaborar publicaciones.

Conocimiento de los resultados: Usted tiene derecho a conocer los resultados de esta investigación. Para ello, puede tomar contacto con el responsable mediante los datos de contacto que figuran al final de este documento

Datos de contacto: Si requiere mayor información, o comunicarse por cualquier motivo relacionado con esta investigación, puede contactar a la/el Investigador/a Responsable de este estudio:

Iñigo García Pacheco

(+569) 98020289

Avenida Providencia 021, of 3. Providencia.

igarcia.tesis@gmail.com

II. FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,, acepto participar en el estudio Calidad de los servicios municipales en discapacidad: Los casos de la comuna de El Bosque y Ñuñoa.

Declaro que he leído (o se me ha leído) y (he) comprendido, las condiciones de mi participación en este estudio. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y estas han sido respondidas. No tengo dudas al respecto.

Firma Participante

Firma Investigador/a Responsable

Lugar y Fecha: _____

Este documento se firma en dos ejemplares, quedando una copia en cada parte.

ANEXO III: Listado de siglas.

- **SUBDERE.** Subsecretaría de Desarrollo Regional.
- **ONU.** Organización de Naciones Unidas.
- **FONADIS.** Fondo Nacional de la Discapacidad.
- **SENADIS.** Servicio Nacional de la Discapacidad.
- **DIDECO.** Dirección de Desarrollo Comunitario.
- **CCR.** Centros de Rehabilitación con base Comunitaria.
- **MIDEPLAN.** Ministerio de Planificación y Cooperación.
- **SPANL.** Sociedad Pro Ayuda de Niño Lisiado.
- **OMS.** Organización Mundial de la Salud.
- **MINREL.** Ministerio Relaciones Exteriores.
- **SII.** Servicio de Impuestos Internos.
- **INP.** Instituto Normalización Previsional.
- **SRCI.** Servicio de Registro Civil e Identificación.
- **INE.** Instituto Nacional de Estadísticas.
- **MINSAL.** Ministerio de Salud.
- **MUNITEL.** Asociación Chilena de Municipalidades.
- **BCN.** Biblioteca del Congreso Nacional.
- **PeSD.** Persona en situación de discapacidad
- **PeD.** Persona con discapacidad
- **CIF.** Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.
- **EDLI.** Estrategia de Desarrollo Local Inclusivo.
- **TICs.** Tecnologías de la información y la comunicación.
- **PROFIM.** Programa de fortalecimiento institucional de la gestión municipal.
- **CASEN.** Encuesta de Caracterización Socioeconómica
- **ENCAVI.** Encuesta de Calidad de Vida y Salud
- **ENDISC.** Estudio Nacional de la Discapacidad.
- **NSE.** Nivel socio-económico.
- **IMDIS.** Índice Integral de Inclusión Municipal.
- **FCM.** Fondo Común Municipal.
- **PADEM.** Plan anual de educación municipal.

- **PBSI.** Pensión básica de invalidez.